AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ

EUGMS
European Union Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe
Observer Member

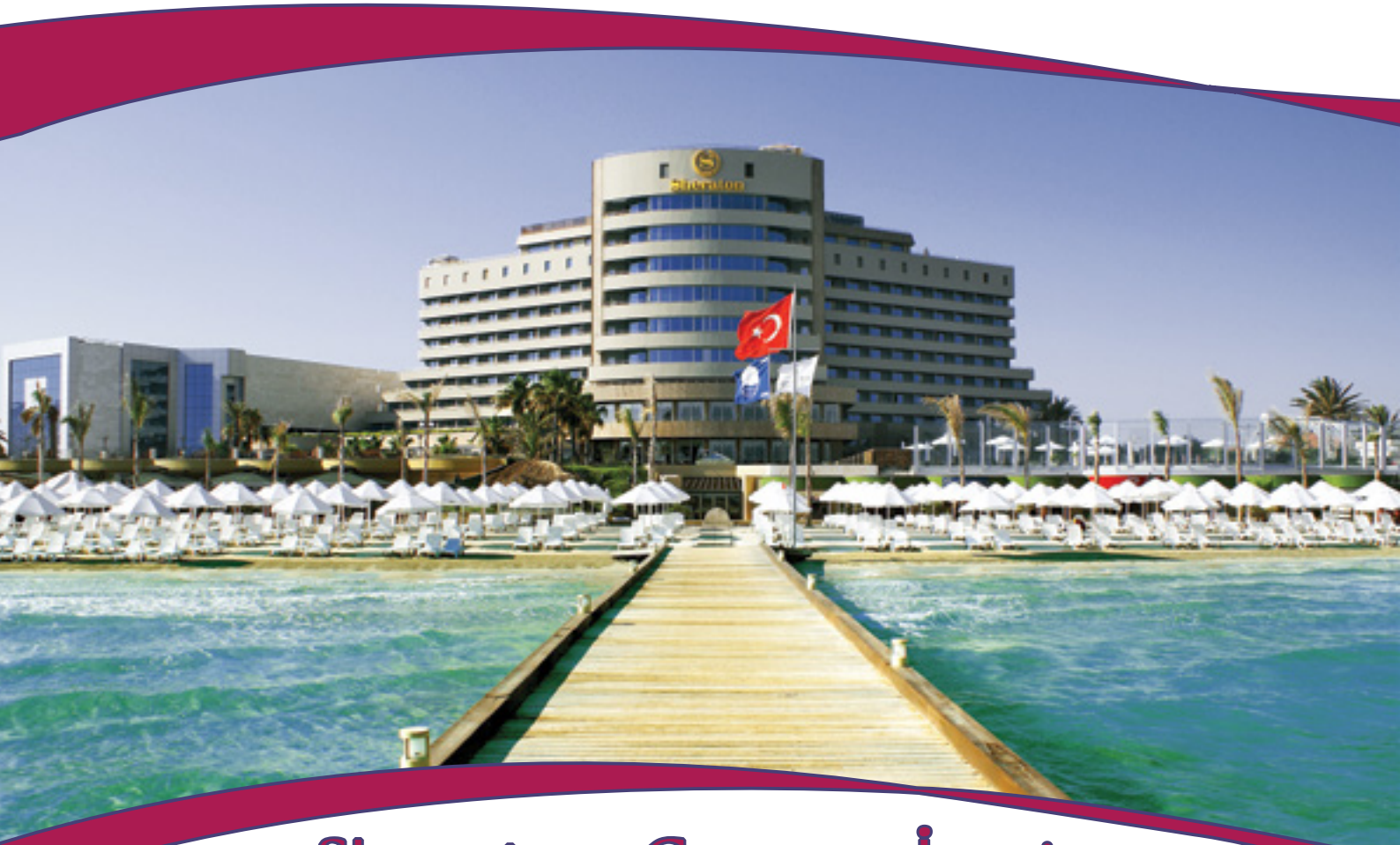
6. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ 2013

Tip2 DM Tedavisi 2013 Kursu

Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu Geriatrik Nöropsikiyatri Tanı ve Tedavi Kursu 2013

Nutrisyon ve Beslenme Destek Ürünleri Kursu 2013

Geriatri Hemşireliği Kursu 2013



Sheraton Çeşme, İzmir
22 - 26 Mayıs 2013

ELEKTRONİK KİTAP

www.akademikgeriatri.org

KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Prof. Dr. Servet ARIOĞUL

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Tanju BEĞER

İstanbul Üniversitesi , Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. M. Akif KARAN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Deniz Suna ERDİNÇLER

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Ender TERZİOĞLU

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Teslime ATLI

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı , Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Hüseyin DORUK

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Aslı ÇURGUNLU

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Yalçın KEPEKÇİ

Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Erkan ÇOBAN

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Mustafa CANKURTARAN

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Berrin KARADAĞ

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Ünitesi

Uzm. Dr. Sibel AKIN

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Değerli Meslektaşlarımız,

"Akademik Geriatri Derneği" tarafından 22 – 26 Mayıs 2013 tarihlerinde, Sheraton Çeşme Hotel, İzmir'de "**6. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ 2013**" gerçekleştirilecektir. 2012 yılında Antalya 'da 800 katılım ile gerçekleştirilen kongremiz bu yıl da tüm geriatri camiasını, iç hastalıkları uzmanlarını, aile hekimlerini, pratisyen hekimlerini, fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimlerini, nöroloji uzmanlarını, psikiyatri hekimlerini, huzur ve bakım evlerinin başta hekimleri olmak üzere tüm çalışanlarını, romatoloji hekimlerini, endokrinoloji hekimlerini, göğüs hastalıkları uzmanlarını, kardiyoloji hekimlerini, üroloji hekimlerini, nefroloji hekimlerini, fizyoterapist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, beslenme uzmanı ve bu alana ilgi duyan herkesi kucaklayacak bir kongre olacaktır.

2008 yılından bu yana bir çok derneğin aktif olarak destek verdiği kongremiz, 2013 yılında da Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF), Ege Geriatri Derneği, İzmir Aile Hekimleri Derneği (İZAHED), Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Geriatri Derneği Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu, Alzheimer Derneği, Kontinans Derneği, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Metabolik Sendrom Derneği, Özel Huzurevleri Derneği, Aile Hekimleri Dernekleri, Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği (AHEAD), Yaşlılık Platformu, İstanbul Aile Hekimleri Derneği (İAHDER), İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED), Ankara Aile Hekimleri Derneği (ANKAHED), Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ve Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV) ve diğer aile hekimleri il derneklerinin katkılarıyla daha da güçlenecektir.

Kongremiz, Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, İstanbul Kayışdağı Darülacezeve İzmir Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Mekezi'nin destek ve katkılarıyla daha da güçlenecektir.

Akademik Geriatri Derneği, European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)'de Türkiye adına Gözlemci Dernek olarak yer almaktadır, ayrıca Akademik Geriatri 2013 Kongresi EUGMS tarafından desteklenmektedir. Kongremize EUGMS Derneği Başkanı Prof. Dr. Jean Pierre Michel ve (IAGG-Europe) International Association of Gerontology and Geriatrics Avrupa başkanı Prof. Dr. Vladimir Khavinson katılacaktır.

Geriatrik yaş grubunun sık görülen tüm hastalıklarının ve bakımının inceleneceği bu kongrenin yaşlı nüfusunun hızla arttığı ülkemizdeki geriatrik sorunlara önemli bir açılım sağlayacağından emin olarak sizi de bu çabanın içinde mutlaka görmek istiyoruz.

Saygılarımızla,

Kongre Eş Başkanı
Prof. Dr. Servet Arıoğul
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Kongre Eş Başkanı
Prof. Dr. Fehmi Akçiçek
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

KURULLAR 6
BİLİMSEL PROGRAM 10
TİP 2 DİYABET TEDAVİSİ KURSU KONUŞMA METİNLERİ 17
DİYABETTE ORAL ANTİDİYABETİKLERE DETAYLI BAKIŞ: METFORMİN, SÜLFONİLÜRE, AKARBOZ 19
DOÇ. DR. AYŞEGÜL ATMACA
DİYABETTE ORAL ANTİDİYABETİKLERE DETAYLI BAKIŞ: İKRETİN BAZLI TEDAVİLER 22
PROF. DR. NEVİN DİNÇÇAĞ
NUTRİSYON VE BESLENME DESTEK ÜRÜNLERİ KURSU KONUŞMA METİNLERİ 27
OLGULARLA ÖZEL HASTA GRUPLERINDA BESLENME DESTEK TEDAVİSİ 29
DOÇ. DR. YAPRAK SEÇİL
GERİATRİ HEMŞİRELİĞİ 2013 KURSU KONUŞMA METİNLERİ 33
SAĞLIKLI VE AKTİF YAŞLANMA: BİREYSEL SORUMLULUKLAR 35
DOÇ. DR. HATİCE SÜTÇÜ ÇİÇEK
YAŞLI DEPRESYONU TANIMA, ÖNLEME VE TEDAVİ SÜRECİ 39
DOÇ. DR. EYLEM ŞAHİN CANKURTARAN
YAŞLI SAĞLIĞINDA KORUYUCU/TEDAVİ EDİCİ/REHABİLİTE EDİCİ HİZMETLER 40
YRD. DOÇ. DR. HATİCE BEBİŞ
YAŞLIDA DEPRESYONU TANIMA, ÖNLEME VE TEDAVİ SÜRECİ- HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI 45
DOÇ. DR. LEYLA ÖZDEMİR
YAŞLI BİREYE SUNULAN HİZMETLER: KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ HİZMETLERİ 49
DOÇ. DR. SEVGİSUN KAPUCU
YAŞLI RUH SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU 2013 KURSU KONUŞMA METİNLERİ 53
ALZHEİMER DIŞI DEMANSLARIN AYIRICI TANISINDA NELERE DİKKAT EDELİM? 54
DR. HAŞMET A. HANAĞASI
YAŞLIDA SOMATİK BELİRTİLER VE PSİKİYATRİK AYIRICI TANISI 56
DOÇ. DR. SEMRA ULUSOY KAYMAK
ALZHEİMER'DE KULLANILAN İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER 58
DOÇ. DR. ERGÜN BOZOĞLU
DEMANS İLAÇLARI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARINDA NE KADAR İŞE YARIYOR? 66
DOÇ. DR. EYLEM ŞAHİN CANKURTARAN
6. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ KONUŞMA METİNLERİ 69

OLGULARLA POLİKLİNİKTE MALNÜTRİSYON TEDAVİSİ 71
YRD. DOÇ. DR. MEHMET İLKİN NAHARCI

YAŞLIDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI 73
DOÇ. DR. MURAT VARLI

OLGULARLA AKILCI NSAİİ KULLANIMI 77
DOÇ. DR. VELİ YAZISIZ

YAŞLILARDA ANEMİYE YAKLAŞIM 80
DOÇ. DR. BERRİN KARADAĞ

BİRİNCİ BASAMAKTA ERİŞKİNDE VİTAMİN D, B_{12} VE DİĞER VİTAMİNLER 83
UZM. DR. HAKAN YAVUZER

DEMANSLI YAŞLILARDA TIBBİ GİRİŞİMLERİN SINIRLARI 88
DOÇ. DR. ALPER DÖVENTAŞ

YAŞLI HASTADA BAŞ DÖNMESİNE YAKLAŞIM 92
UZ. DR. TOLGA TAYMAZ

YAŞLI HASTADA DİYABETİK İLAÇLARIN YAN EKİLERİ VE İLAÇ GÜVENLİĞİ 96
DOÇ. DR. ZELİHA FULDEN SARAÇ

ANTİAGREGAN VE ANTİKOAGÜLANLAR: YİNE, YENİ, YENİDEN 102
YRD. DOÇ. DR. GÜVEN ÇETİN

TEK DOZ GABAPENTİNE BAĞLI GELİŞEN DELİRYUM TABLOSU 107
ESİN BEYAN, TOLGA AKKAN, ASLIHAN METE YILDIRIM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA YAŞLI HASTALAR 108
DR. HALİL AKTAŞ

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE BİRİNCİ BASAMAK İÇİN PRATİK ÖNERİLER 111
DR. RIDVAN KARAGÖZ

YAŞLILARDA POLİFARMASİ VE AİLE HEKİMLİĞİ 113
DR. BANU DEMİRCAN

DARÜLACEZE'DE İKAMET EDEN DEMANS HASTALARINDA ANTİPSİKOTİK İLAÇ KULLANIMI ÖZELLİKLERİ 115
MUSTAFA KARAGÖZ

SÖZEL BİLDİRİLER 119

POSTER BİLDİRİLER 157

DİZİN 206

DÜZENLEME KURULU

Dr. Murathan Abacı
Prof. Dr. Osman Abbasoğlu
Dr. Davut Açıkgöz
Dr. Mehmet Akça
Dr. Oğuzhan Akgün
Uzm. Dr. Sibel Akın
Doç. Dr. Özlem Erden Aki
Prof. Dr. Serdar Aksöyek
Dr. Cemile Akyıldız
Dr. Halil Aktaş
Prof. Dr. Bülent Altun
Uzm. Dr. Sevgi Aras
Prof. Dr. Mustafa Arıcı
Doç. Dr. Leyla Aslan
Prof. Dr. Enver Atalar
Prof. Dr. Kudret Aytemir
Doç. Dr. Gülistan Bahat Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Bakar
Dr. İrfan Balcı
Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı
Dr. Fehmi Başbuğ
Prof. Dr. Tanju Besler
Doç. Dr. Oktay Bilgir
Dr. Güven Bilir
Prof. Dr. Zahit Bolaman
Dr. Kemalettin Can
Dr. Tolgaz Çakmak
Dr. Hüseyin Çandar
Dr. Engin Çapar
Prof. Dr. İsmail Çelik
Dr. Veysel Çetinkaya
Dr. Cengiz Dağlaraştı
Dr. Erhan Ersan Demir
Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici
Doç. Dr. Güzel Dişcigil
Doç. Dr. Alper Döventaş
Prof. Dr. Tevfik Ecder
Dr. Akif Emre Eker
Prof. Dr. Engin Eker
Prof. Dr. Murat Emre
Prof. Dr. Yunus Erdem
Prof. Dr. Ali Ergen
Dr. Vedat Erkul
Dr. Nilgün Ertan
Prof. Dr. Turan Ertan
Prof. Dr. İhsan Ertenli
Prof. Dr. Çetin Erol
Doç. Dr. Erdal Eskioğlu
Dr. Hamza Gemici
Dr. Berkant Genç
Dr. Murat Girginer
Dr. Yusuf Göçmen
Prof. Dr. Sibel Göksel
Dr. Şevki Gülay
Prof. Dr. Kerim Güler
Prof. Dr. Serdar Güler
Prof. Dr. Hakan Gürvit
Dr. Hülya Güzelkaya
Doç. Dr. Meltem Halil
Dr. Banu Hopancı
Dr. Mehmet Aslan İncesu
Dr. Ahmet İpek
Prof. Dr. Giray Kabakçı
Dr. Erhan Kabasakal
Dr. Osman Kaçıran
Dr. Mustafa Kalaycı
Dr. Zafer Kalaycıoğlu
Dr. Yaprak Hatice Karakoç Güvercin
Doç. Dr. Berrin Karadağ
Prof. Dr. Yahya Karaman
Prof. Dr. Çimen Karasu
Dr. Faruk Karslı
Dr. Şaban Kaya
Dr. Mithat Kıyak
Prof. Dr. Sedat Kiraz
Prof. Dr. Ömer Kozan
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu
Dr. Fikret Kurt
Uzm. Dr. İbrahim Kutluer
Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu
Dr. Tamer Meydanaçar
Dr. Aydın Müezzinoğlu
Yrd. Doç. Dr. Mehmet İlkin Naharcı
Prof. Dr. Aytekin Oğuz
Uzm. Dr. Alpay Onuk
Prof. Dr. Zeynep Oşar Siva
Prof. Dr. Başak Oyan Uluç
Dr. Veysel Yaşar Örs
Dr. Turgut Özcan
Doç. Dr. E. Tuğba Özel Kızıl
Prof. Dr. Haluk Özen
Dr. A. Oğuz Öziltürk
Dr. Murat Özkan
Dr. M. Kürşat Özkök
Dr. Levent Özseven
Uzm. Dr. Zeynel Abidin Öztürk
Doç. Dr. Bülent Saka
Dr. İlknur Salman
Doç. Dr. Fulden Saraç
Dr. Mustafa Sarışen
Dr. İsmail Sayar
Dr. Cumhur Sayın
Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu
Dr. Ayhan Soysal
Doç. Dr. Bülent Sözmen
Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran
Uzm. Dr. Sumru Savaş
Dr. Gürbüz Şen
Dr. Esin Şener
Dr. Murat Şentürk
Dr. Sayragül Şişmanlar Rakıcı
Doç. Dr. İlker Taşçı
Uzm. Dr. Tolga Taymaz
Doç. Dr. Nil Tekin
Dr. Niyazi Tekin
Prof. Dr. Vecdet Tezcan
Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu
Dr. Eray Tombak
Doç. Dr. Dilek Toprak
Prof. Dr. Nizamettin Toprak
Uzm. Dr. Aslı Tufan
Uzm. Dr. Fatih Tufan
Dr. Kadir Can Tuncel
Prof. Dr. Engin Turan
Prof. Dr. Çetin Turgan
Prof. Dr. Murat Turgay
Dr. Hami Türkoğlu
Doç. Dr. Kayıhan Uluç
Prof. Dr. Serhat Ünal
Dr. Şaban Ünsan
Doç. Dr. Murat Varlı
Dr. Ülker Vural
Doç. Mehmet Akif Yalçın
Doç. Dr. Füsun Yarış
Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz
Doç. Dr. Bünyamin Yavuz
Prof. Dr. Görsev Yener
Yrd. Doç. Dr. M. Cem Yenicesu
Uzm. Dr. Yusuf Yeşil
Prof. Dr. Okan Bülent Yıldız
Dr. Ali Yılmaz
Prof. Dr. İdris Yücel
Dr. Nurullah Yücel
Prof. Dr. Mehdi Zoghi

DÜZENLEME KURULU (İNTERDİSİPLİNER EKİP)

Prof. Dr. Nalan Akbayrak
Prof. Dr. Nuran Akdemir
Murat Altuğgil
Dr. İmatullah Akyar
Doç. Dr. Hicran Bektaş
Dr. Psk. Semra Binici
Sos. Hiz. Uzm. Arş. Gör. Bilge Ö. Dölek
Prof. Dr. Filiz Can
Necati Doğan
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu
Sos. Hiz. Uzm. Aynur Gökkaya
Uzm. Dyt. Evrim Türkmen Güngör
Doç. Dr. Oya Hazer
Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Prof. Dr. Nuray Kırdı
Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü
Fügen Mavi
Hem. Münevver Özcan
Doç. Dr. Leyla Özdemir
Hem. Hülya Kayaoğlu
Doç. Dr. Fisun Şenuzun Akyar
Prof. Dr. Mine Uyanık

DÜZENLEYEN KURULUŞ

Akademik Geriatri Derneği

DESTEK VEREN KURULUŞLAR

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Şubesi

Avrupa Geriatri Derneği (EUGMS)

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği

Ege Geriatri Derneği

Akademik Geriatri Derneği Antalya Şubesi

Geriatri Derneği Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Sağlığı Çalışma Grubu

Yaşlılık Platformu

Özel Huzurevleri Dinlenme ve Bakımevleri Dayanışma Derneği

Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV)

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

Kontinans Derneği

Özel Huzurevleri Derneği

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF)

Aile Hekimleri İl Dernekleri

Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği (AHEAD)

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği

Metabolik Sendrom Derneği

Alzheimer Derneği

Geriatrik Psikiyatri Derneği

İstanbul Aile Hekimleri Derneği (İAHDER)

İstanbul Aile Hekimliği Derneği (İSTAHED)

Ankara Aile Hekimleri Derneği (ANKAHED)

İzmir Aile Hekimleri Derneği (İZAHED)

Adana Aile Hekimleri Derneği (ADANAHED)

Trabzon Aile Hekimleri Derneği (TRAHED)

Bursa Aile Hekimleri Derneği (BURSAHED)

Denizli Aile Hekimleri Derneği (DAHED)

Kocaeli Aile Hekimleri Derneği (KAHED)

İzmir Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi

İstanbul Kayışdağı Darülaceze

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Serap Alper
Dr. Abdullah Altınkaynak
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Nihat Arıkan
Yrd. Doç. Dr. Özden Arısoy
Prof. Dr. Serap Arslan
Prof. Dr. Şahap Atik
Uzm. Dr. Volkan Atmış
Doç. Dr. Yusuf Aydın
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksıoğlu
Doç. Dr. Selim Baybaş
Dr. Murtaza Baykan
Prof. Dr. Miyase Bayraktar
Prof. Dr. Yusuf Bayraktar
Dr. Erhan Bayuk
Prof. Dr. Kadir Biberoğlu
Doç. Dr. Başar Bilgiç
Prof. Dr. Engin Bozkurt
Doç. Dr. Ergün Bozoğlu
Prof. Dr. Ali Çayköylü
Prof. Dr. Fatma Çelik
Dr. Tayfun Çiğdem
Prof. Dr. Abdurrahman Çömlekçi
Prof. Dr. Lütfi Çöplü
Doç. Dr. Reşat Dabak
Prof. Dr. Muzaffer Değertekin
Doç. Dr. Oğuzhan Deyneli
Prof. Dr. Fitnat Dinçer
Doç. Dr. Özlem Erden Aki
Prof. Dr. Gürbüz Erdoğan
Doç. Dr. Gökhan Erkol
Prof. Dr. Murat Ersanlı
Prof. Dr. Ergün Ertuğ
Prof. Dr. Nurten Eskiyurt
Doç. Dr. Sibel Eyigör
Prof. Dr. Berna Göker
Doç. Dr. Kamile Gül
Prof. Dr. Sadi Güleç
Prof. Dr. Serdar Günalp
Prof. Dr. Ahmet Sadi Gündoğdu
Prof. Dr. Alper Gürlek
Prof. Dr. Vedat Hamuryudan
Doç. Dr. Hasan Hanağası
Prof. Dr. Şeminur Haznedaroğlu
Doç. Dr. Haşmet Işıklı
Prof. Dr. Barış İlerigelen
Prof. Dr. Cem Kalaycı
Uzm. Dr. Özlem Karaarslan Cengiz
Prof. Dr. Derya Karadeniz
Prof. Dr. Hakan Karpuz
Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ
Dr. Alper Kaya
Doç. Dr. Bayram Kaymak
Prof. Dr. Ali Keskin
Prof. Dr. Kenan Keven
Prof. Dr. Sedat Köse
Prof. Dr. Merih Kutlu
Doç. Dr. İsmet Melek
Doç. Dr. Ahmet Levent Mete
Prof. Dr. Çağatay Öktenli
Prof. Dr. Gül Öngen
Prof. Dr. Zeki Öngen
Prof. Dr. Demet Özbabalık
Prof. Dr. Filiz Özerkan
Doç. Dr. Mesut Özkaya
Prof. Dr. Gülay Sain Güven
Doç. Dr. Mehmet Sargın
Prof. Dr. Bülent Sivri
Prof. Dr. Merih Sarıdoğan
Dr. Okan Sarıoğlu
Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
Prof. Dr. Hülya Sungurtekin
Prof. Dr. Altay Şahin
Doç. Dr. Mustafa Şahin
Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran
Prof. Dr. Türker Şahiner
Doç. Dr. Lut Tamam
Prof. Dr. İzzet Tandoğan
Dr. Kazım Tırpan
Doç. Dr. Hülya Tireli
Prof. Dr. Mazhar Tokgözoğlu
Doç. Dr. Esen Saka Topçuoğlu
Prof. Dr. Arzu Topeli İskit
Prof. Dr. Neşe Tuncer Elmacı
Prof. Dr. Mehmet Uyar
Doç. Dr. Ahmet Ünal
Doç. Dr. Nezih Varol
Uzm. Dr. Ahmet Yalçın
Doç. Dr. Orhan Yağız
Prof Dr. Gülşen Yakupoğlu
Prof. Dr. Ertan Yetkin
Prof. Dr. Temel Yılmaz
Prof. Dr. O. Gazi Yiğitbaşı
Prof. Dr. Nevzat Yüksel
Dr. Alper Zobarlar
Uzm. Dr. Yaşar Zorlu

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU (İNTERDİSİPLİNER GERİATRİ EKİBİ)

Doç . Dr. Sibel Aksu Yıldırım
Prof. Dr. Gülümser Argon
Prof. Dr. Nesrin Aştı
Dr. Uzm. Fizyoterapist Çiğdem Ayhan
Doç. Dr. Kezban Bayramlar
Doç. Dr. Özgün Bener
Doç. Dr. Zeynep Özer
Prof. Dr. Fatih Erbahçeci
Doç. Dr. Zafer Erden
Prof. Dr. Aynur Esen
Prof. Dr. Sebahat Gözüm
Prof. Dr. Ayşe Karaduman
Prof. Dr. Nimet Karataş
Prof. Dr. Nuray Kırdı
Doç. Dr. Nilgün Küçükkaraca
Doç. Dr. Sakine Memiş
Doç Dr. Nesrin Nural
Prof. Dr. Rukiye Pınar
Prof. Dr. Ümit Seviğ
Doç. Dr. Nuran Tosun
Prof. Dr. Beril Tufan
Prof. Dr. Besti Üstün
Doç. Dr. Sabire Yurtsever
Dr. Hülya Yücel

*Bilimsel Danışma Kurulları soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilmiştir.

	22 MAYIS - A SALONU	22 MAYIS - B SALONU
	Tip 2 Diyabet Tedavisi 2013 **Kurs Koordinatörü:** Prof. Dr. Abdurrahman Çömlekçi	**Nutrisyon ve Beslenme Destek Ürünleri Kursu 2013** **Kurs Koordinatörü:** Prof. Dr. Tanju Besler **Kurs Koordinatör Yardımcısı:** Doç. Dr. Meltem Halil
08:45-09:00	**Açılış** Prof. Dr. Abdurrahman Çömlekçi	
09:00-10:30	Panel: Diyabet Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Ahmet Sadi Gündoğdu, Prof. Dr. Prof. Dr. Servet Arıoğul 09:00 – 09:20 Diyabette Yaşlılığa Özgül Özellikler Uzm. Dr. Sevgi Aras 09:20 – 09:40 Diyabette İlaç Uyumu, Hasta Takibi, Eğitim Sorunları, Yaşlı Hastada Sorunlar Doç. Dr. Okcan Basat 09:40 – 10:30 Yaşlı Hastalarda Tip 2 DM Tedavisinde Olgularla Oral Antidiyabetik İlaç Seçimi Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ	Panel: Malnutrisyon, Sarkopeni, Frailite **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Tanju Besler, Prof. Dr. Hüseyin Doruk Sarkopeni Tanı ve Tedavisi Doç. Dr. Meltem Halil Olgularla sarkopeni, malnutrisyon frailite ve fonksiyonla ilişkisi Doç. Dr. Gülistan Bahat Öztürk Beslenme Destek Ürünlerini Tanıyalım, Ürün Seçiminde Nelere Dikkat Edelim? Doç. Dr. Zekeriya Ülger
10:30-11:00	**KAHVE MOLASI**	
11:00-12:30	Panel **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı, Prof. Dr. Teslime Atlı Yaşlı Hastada İnsulinler ve GLP Analogları Prof. Dr. Yüksel Altuntaş İnsülin Nasıl Başlanır, Nasıl Ayarlanır? Olgularla İnsulin Tedavisi Prof. Dr. Abdurrahman Çömlekçi	Panel: Malnutrisyon Tedavisi; Olgularla Tartışalım **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Osman Abbasoğlu, Doç. Dr. Fatma Çelik Olgularla Poliklinikte Malnutrisyon Tedavisi Yrd. Doç. Dr. Mehmet İlkin Naharcı Olgularla Hastane Malnutrisyonu Tedavisi Op. Dr. Kemal Yandakçı Olgularla Yoğun Bakımda Malnutrisyon Tedavisi Doç. Dr. Melda Aybar
12:30-13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30-15:00	Diyabette Oral Antidiyabetiklere Detaylı Bakış **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Nevin Dinççağ, Prof. Dr. Aslı Çurgunlu Metformin, Sulfanilüre, Acarboz Prof. Dr. Ayşegül Atmaca Piaglitazon, Glinidler Prof. Dr. Nevin Dinççağ DPP4 inhibitörleri Prof. Dr. Nevin Dinççağ	Panel: Olgularla Özel Hasta Gruplarında Beslenme Destek Tedavisi **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Seher Demirel, Doç. Dr. Sercan Aksoy Olgularla Perioperatif Beslenme Destek Tedavisi Doç. Dr. Mutlu Doğanay Olgularla Demans Hastasında Beslenme Destek Tedavisi Doç. Dr. Yaprak Seçil Onkolojik Hastalarında Enteral Beslenme Ürünleri Kullanımı Yrd. Doç. Dr. Şükran Ülger
15:00-15:15	**KAHVE MOLASI**	
15:15-16:15		Olgu Oturumu: Enteral Beslenme Destek Tedavisinde Farklı Yönler **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Mehmet Uyar, Prof. Dr. Hülya Sungurtekin Malnutrisyon tedavisinde güncel hayatta zorluklar - rapor, geri ödeme, tedaviye ulaşım, zor kararlar Uzm. Dr. Yusuf Yeşil Nutrisyon Desteği Programının Monitorizasyonu, Kalite Göstergeleri Doç. Dr. Bülent Saka
16:15-16:30		**KAHVE MOLASI**
16:30-17:30		Tartışma Oturumu: Malnutrisyon ve Farmakoekonomi **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Tanju Besler, Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran Abbott Medikal Müdürü (10 dk) Dr. Anıl Akşit Nestle Medikal Müdürü (10 dk) Uzm. Dr. Murat İşçi Nutricia Medikal Müdürü (10 dk) Uzm. Dr. Oraj Dikmen
	SERTİFİKALARIN VERİLMESİ VE KAPANIŞ	

	23 MAYIS - A SALONU	23 MAYIS - B SALONU
09:00-10:15	Panel : **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Servet Arıoğul, Prof. Dr. Fehmi Akçiçek** Nutrition, Ageing and Longevity **Prof. Dr. Jean Pierre Michel** (EUGMS Avrupa Geriatri Derneği Başkanı) Active Aging, Antiaging and IAGG **Prof. Dr. Vladimir Khavinson** (IAGG Europe Başkanı)	
10:15-10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30-11:15	Minipanel: Akılcı İlaç Kullanımı **Oturum Başkanları:** **Dr. Ali Alkan** (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü Daire Başkanı), **Prof. Dr. Teslime Atlı** 10:30 – 10:50 Devlet Politikaları Açısından Akılcı İlaç Kullanımı **Uzm. Ecz. Demet Çelik** (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü) 10:50 – 11:05 Akılcı İlaç Kullanımı, Geriatri ve Sorunlar **Doç. Dr. Murat Varlı** 11:05 – 11:15 Tartışma	Minipanel: İki Sorun İki Çözüm **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Vecdet Tezcan, Prof. Dr. Aytekin Oğuz** Olgularla Akılcı Antibiyotik Kullanımı **Uzm. Dr. Sevnaz Şahin** Olgularla Akılcı NSAİİ Kullanımı **Doç. Dr. Veli Yazısız**
11:15-11:30	**KAHVE MOLASI**	
11:30-12:30	**Uydu Sempozyumu** **Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Sevet Arıoğul** **Konuşmacılar:** **Prof. Dr. Francesco Landi** (Universita Cattolica del Sacro Cuore, Roma Geriatri Bilim Dalı) **Dr. Anıl Akşit** (Abbott Nutrition, Medikal Müdür)	**Sözlü Bildiriler 1-6** **Prof. Dr. Aslı Çurgunlu, Doç. Dr. İlker Taşçı, Uzm. Dr. Yavuz Altunkaynak**
12:30-13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30-14:30	**Uydu Sempozyumu** Açılış - **Prof. Dr. Servet Arıoğul** Alzheimer ve demans hastalarında malnütrisyon: Türkiye datası ve olgular ışığında nütrisyon desteği yaklaşımları **Doç. Dr. Meltem Halil** Erken Evre Alzheimer hastalığının tedavisinde yeni yaklaşımlar. **Dr. Jean Pierre Michel**	**Sözlü Bildiriler 7 - 13** **Prof. Dr. Vecdet Tezcan, Yrd. Doç Dr. Mehmet İlkin Naharcı, Uzm. Dr. Sibel Akın**
14:30-14:45	**KAHVE MOLASI**	
14:45-15:45	**Uydu Sempozyumu** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Servet Arıoğul** Yaşlı Bakımında Mobil Sağlık Uygulamaları **Kağan Karamanoğlu** Proje Sunumları **Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz**	**Sözlü Bildiriler 14-20** **Prof. Dr. Hüseyin Doruk, Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz, Uzm. Dr. Fatih Tufan**
15:45-16:00	**KAHVE MOLASI**	
16:00-17:30	Ülkemizde Yaşlılık Politikaları **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Servet Arıoğul, Prof. Dr. Yalçın Kepekçi** Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Geriatri **Dr. Aylin Çiftçi** Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Dairesi ve Geriatri **Dr. Banu Ekinci** SGK ve Geriatride Geri Ödeme Sorunları ve Çözüm Önerileri **Dr. Hüseyin Kılıçarslan** Geriatri Bakış Açısı **Doç. Dr. Zekeriya Ülger**	Panel: Yaşlıda Beslenme Destek Tedavisi 2013 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Osman Abbasoğlu, Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler** Sarkopeni ve Tedavisi **Doç. Dr. Meltem Halil** Demansta Malnutrisyon Tedavisi **Prof. Dr. Hakan Ekmekçi** Nutrisyon Ürününü Neye Göre Seçelim, Nasıl Uygulayalım, Pratik Yaklaşımlar **Doç. Dr. Bülent Saka**
17:30-17:45	**KAHVE MOLASI**	
17:45-18:15	**Açılış** Açılış Oturumu Sunumu **Uzm. Dr. Aslı Tufan** **Açılış Konuşmacıları:** **Prof. Dr. Fehmi Akçiçek** (Kongre Eş Başkanı) **Dr. Murat Girginer** (Aile Hekimleri Federasyonu Başkanı) **Dr. Murat Bolat** (İZAHED Başkanı) **Dr. Mehmet Sargın** (AHEAD ve TAHEV Yönetim Kurulu Üyesi) **Prof. Dr. Jean Pierre Michel** (Avrupa Geriatri Derneği Başkanı) **Dr. Ali Alkan** (TC Sağlık Bakanlığı Türk İlaç Kurumu Akılcı İlaç Şubesi Başkanı) **Dr. Banu Ekinci** (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanı) **Doç. Dr. Mustafa Tözün** (İzmir Halk Sağlığı Müdürü, Halk Sağlığı Uzmanı) **Aziz Kocaoğlu** (İzmir Büyükşehir Belediye Başkanı) **Prof. Dr. Servet Arıoğul** (Akademik Geriatri Derneği ve Kongre Başkanı) **Dr. Aylin Çiftçi** (T.C. ASPB Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü)	
18:15-18:45	**Açılış Konferans Başkanı**: **Prof. Dr. Fehmi Akçiçek** Türkiye'de Geriatri **Prof. Dr. Servet Arıoğul**	
19:00	**AÇILIŞ KOKTEYLİ**	

	24 MAYIS - A SALONU	24 MAYIS - B SALONU
09:00-10:15	Panel: Alzheimer Hastalığı 2013 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Hüseyin Doruk , Prof. Dr. Neşe Tuncer Elmacı** Tanıda Yenilikler ve Pratik Noktalar **Prof. Dr. Demet Özbabalık** Alzheimer Hastalığı Tedavisi 2013 **Prof. Dr. Gökhan Erkol** Demans İlaçlarına Ne Zaman Başlayalım, Ne Zaman Kombine Edelim, Kesmek Gerekir mi? **Prof. Dr. Mustafa Bakar**	Panel: Tip2 Diyabet 2013 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. İlhan Yetkin, Prof. Dr. Alper Gürlek** Yaşlıda Oral Antidiyabetik İlaç Seçimi Nasıl Olmalı? **Prof. Dr. Sevim Güllü** Yaşlıda Diyabet Tedavisinde İnsulin Kime, Ne Zaman, Hangi Dozda? **Prof. Dr. Murat Yılmaz** Yaşlı Hastada Diyabetik İlaçların Yan Etkileri ve İlaç Güvenliği **Doç. Dr. Fulden Saraç**
10:15-10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30-11:15	Minipanel: İki Sorun İki Çözüm **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Kerim Güler, Prof. Dr. Mehmet Akif Karan** KOAH Tedavisi 2013 **Doç. Dr. Murat Varlı** Yaşlıda İmmunizasyon; Pnömoni, İnfluenza **Prof. Dr. Servet Arıoğul**	Minipanel : 2 Sorun – 2 Yaklaşım **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. İbrahim Şahin, Doç. Dr. Mehmet Sargın** Olgularla Yaşlıda Tiroid Hastalıkları Pratik Noktalar **Prof. Dr. İbrahim Şahin** Olgularla Yeni Anteagreganlar ve Antikoagulanlar **Yrd. Doç. Dr. Güven Çetin**
11:15-11:30	**KAHVE MOLASI**	
11:30-12:30	İZAHED Paneli **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Cengiz Beyan, Dr. Murat Bolat** (İZAHED Başkanı) **Dr. Nusret Paksoy** (İZAHED Başkan Yardımcısı) Birinci Basamakta Antihipertansif İlaçlara Pratik Bakış **Doç. Dr. İlker Taşçı** Yaşlıda Anemi Tedavisi Pratik Noktalar **Doç. Dr. Berrin Karadağ** Birinci Basamakta Erişkinde Vitamin D, B12 ve Diğer Vitaminler **Uzm. Dr. Hakan Yavuzer**	
12:30-13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30-14:30	Demanslı Yaşlılarda Etik ve Hukuk **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Fehmi Akçiçek, Prof. Dr. Erkan Çoban** Demanslı Yaşlılarda Tıbbi Girişimlerin Sınırları **Doç. Dr. Alper Döventaş** Demanslı Yaşlılarda Beslenme Uygulamalarının Sınırları **Prof. Dr. Fehmi Akçiçek** Demanslı yaşlılarda suistimal işaretleri nelerdir? **Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş**	Yaşlılar Nerede Nasıl Bakılmalı? **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Mehmet Akif Karan, Dr. Muzaffer Saraç** Yaşlının Evinde Bakım **Dr. Hakan Farımaz** Huzurevinde Bakım **Dr. Nurullah Yücel** Bakımevinde Bakım **Doç. Dr. Nil Tekin**
14:30-14:45	**KAHVE MOLASI**	
14:45-15:45	TAHUD Paneli **Oturum Başkanları:** **Doç. Dr. Dursun Aras, Doç. Dr. Hülya Akan** Baş Dönmesi ile Başvuran Yaşlı Hasta **Uzm. Dr. Tolga Taymaz** Düşme Riski Değerlendirme ve İzlem **Doç. Dr. Nil Tekin** Yaşlıda Bilişsel Sorunlar ve Bellek Sorunları **Doç. Dr. Hülya Akan**	**Konferans:** **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Gülistan Bahat Öztürk** Huzurevi ve Bakımevinde Alzheimer Hastasına Kurumsal Bakım **Dr. Nurullah Yücel**
15:45-16:00	**KAHVE MOLASI**	
16:00-17:00	Panel: Romatoloji 2013 **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Vedat Hamuryudan, Prof. Dr. Mazhar Tokgözoğlu** Osteoartrit - Gonartroz; Tedavi ama Nasıl? **Prof. Dr. Ender Terzioğlu** Osteoporoz İlaçları – Pratik Noktalar **Prof. Dr. İhsan Ertenli** Yaşlıda Diğer Romatolojik Hastalıklara Pratik Bakış **Prof. Dr. Sedat Kiraz** NSAİİ Dışı Ağrı Kesiciler ve Yaşlılıkta Kullanımı **Prof. Dr. Gökhan Keser**	

	24 MAYIS - C SALONU	24 MAYIS 2012 D SALONU
		Geriatri Hemşireliği Kursu 2013 **Kurs Koordinatörü:** Prof. Dr. Nuran Akdemir
09:00-10:15	Olgu Paneli-1 **Oturum Başkanları:** Doç. Dr. Derun Ertuğrul, Doç. Dr. Hamiyet Yılmaz Olgu-1 Dr. Filiz Kutluer Olgu-2 Uzm. Dr İbrahim Kutluer Olgu-3 Uzm. Dr. Aslıhan Mete Yıldırım	
10:15-10:30	KAHVE MOLASI	
10:30-10:45	Olgu Paneli-2 **Oturum Başkanları:** Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif Yalçın, Dr. Kürşat Dal Olgu-4-5 Olgularla Geriatride Sanal Kolonoskopi Doç. Dr. Barış Bakır Olgu-6 Uzm. Dr. Ahmet Yalçın	**Açılış -** Prof. Dr. Nuran Akdemir Yaşlı Bireyde Fizyolojik Değişiklikler Paralelinde Hemşirelik Değerlendirmesi Prof. Dr. Nuran Akdemir
10:45-11:15		Sağlıklı ve Aktif Yaşlanma **Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu Toplumsal Sorumluluklar Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu Bireysel Sorumluluklar Doç. Dr. Hatice Çiçek
11:15-11:30	KAHVE MOLASI	
11:30-12:30	Olgu Paneli-3 **Oturum Başkanları:** Doç. Dr. Yusuf Tamam, Uzm. Dr. Zeynel Abidin Öztürk Olgu-7 Uzm. Dr. Cihan Fidan Olgu-8 Uzm. Dr. Banu Tamam Olgu-9 Uzm. Dr. Osman Öncel Olgu-10 Uzm. Dr. Barış Önder İpek	Polifarmasiyi Önlemede Hemşirenin Sorumlulukları **Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Nuran Akdemir Akılcı İlaç Yaklaşımı ve İlaç Uyumu Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü İlaç-İlaç ve Besin-İlaç Etkileşimi Doç. Dr. Gülistan Bahat Öztürk
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30-14:30	**Sözlü Bildiriler 21-25** **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler, Doç. Dr. Alparslan Kılıçarslan, Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu	Yaşlıda Depresyonu Tanıma, Önleme ve Tedavi Süreci **Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Nalan Akbayrak Geropsikiyatrist Değerlendirmesi Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran Hemşirelik Yaklaşımları Doç. Dr. Leyla Özdemir
14:30-14:45	KAHVE MOLASI	
14:45-15:45	**Sözlü Bildiriler 26-32** **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Teslime Atlı, Doç. Dr. Zekeriye Ülger Uzm. Dr. Sumru Savaş	**Yaşlı Bireye Sunulan Hizmetler: Güncel Durum** **Oturum Başkanı:** Doç. Dr. Fisun Şenuzun Aykar Kurumsal Bakım Hizmetleri Doç. Dr. Sevgisun Kapucu Evde Bakım/ Evde Sağlık Sunumu Hizmetleri Doç. Dr. Yasemin Kuzeyli Yıldırım Koruyucu/Tedavi Edici/Rehabilite Edici Hizmetler Yrd. Doç. Dr. Hatice Bebiş
15:45-16:00	KAHVE MOLASI	
16:00-16:30		İkili Konferans **Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Nuran Akdemir Yaşam Sonu Bakım Doç. Dr. Yasemin Tokem Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Tele Medicine Kullanımı: Dünyadan Örnekler ve Ülkemiz İçin Öneriler Doç. Dr. Fisun Şenuzun Aykar
16:30-17:00		Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Tele-Medicine Kullanımı: Dünyadan Örnekler ve Ülkemiz için Öneriler Doç. Dr. Fisun Şenuzun Aykar
17:00-17:30		SERTİFİKALARIN VERİLMESİ VE KAPANIŞ

	25 MAYIS - A SALONU	25 MAYIS - B SALONU
		Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu Kurs Panelleri 2013 **Kurs Koordinatörü:** **Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu** **Kurs Koordinatör Yardımcıları:** **Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran,** **Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz**
09:00-10:15	Panel : Hipertansiyon Tedavisi 2013 **Oturum Başkanları** **Prof. Dr. Çetin Turgan; Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu** Damar Yaşlanması **Prof. Dr. Hasan Sadi Güleç** Yaşlıda Antihipertansif İlaç Seçimi **Doç. Dr. Rahmi Yılmaz** Kombinasyon Ama Nasıl? **Prof. Dr. Fatih Sinan Ertaş**	Panel: **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu, Prof. Dr. Hakan Gürvit** Pratik Yönleriyle Unutkanlık Değerlendirmesi Nasıl Yapılmalı? **Doç. Dr. Başar Bilgiç** Hafif Kognitif Bozukluk Tanısı ve Tedavisi **Doç. Dr. Özge Yılmaz Küsbeci** Alzheimer Dışı Demanslar Ayırıcı Tanıda Nelere Dikkat Edelim? **Prof. Dr. Haşmet Hanağası**
10:15-10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30-11:15	Minipanel **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Enver Atalar, Doç. Dr. Ergun Bozoğlu** Yaşlıda Asit Peptik Hastalıklara Yaklaşım **Doç. Dr. Yusuf Erzin** İrritabl Barsak Hastalığı Pratik Yaklaşım ve Tedavi **Doç. Dr. Reşat Dabak**	Minipanel **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Ali Çayköylü, Prof. Dr. Hakan Türkçapar** Yaşlıda Somatik Belirtiler ve Psikiyatri Ayırıcı Tanısı **Doç. Dr. Semra Kaymak** Yaşlıda Depresyon Tedavisi ve İlaç Seçimi **Doç. Dr. Ahmet Ünal**
11:15-11:30	**KAHVE MOLASI**	
11:30-12:30	Panel: Tedavide İlaçlarla ilgili pratik noktalar **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Murat Turgay, Doç. Dr. Alparslan Kılıçarslan** Statinler ve Yaşlı Hasta **Doç. Dr. Barış Kaya** Nöropatik Ağrı İlaçları ve Yaşlı Hasta **Doç. Dr. Bayram Kaymak** Üriner İnkontinans İlaçları **Doç. Dr. Bülent Akdoğan**	Minipanel: **Oturum Başkanları:** **Doç. Dr. Nesrin Dilbaz, Prof. Dr. Remzi Yiğiter** Demansta Davranış Bozuklukları Nasıl Değerlendirelim, Nasıl Baş Edelim? **Doç. Dr. E.Tuğba Özel Kızıl** Yaşlıda Sedatif Hipnotik Kullanımı **Doç. Dr. Özden Arısoy** Yaşlı Hastada Deliryumda Tanı Tedavi **Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz**
12:30-13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30-15:00	Birinci Basamak Paneli-AHEF **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Kenan Keven, Dr. Murat Girginer** (AHEF Başkanı) Aile Hekimliği Sisteminde Yaşlı Hastalar **Dr. Halil Aktaş** (AHEF 2. Başkanı) Kronik Hastalık Yönetiminde Birinci Basamak için Pratik Öneriler **Dr. Rıdvan Karagöz** (SAKAHED Başkanı) Yaşlıda Polifarmasi ve Birinci Basamak, Pratik Noktalar **Dr. Banu Hopancı Demircan** (KAHED Başkanı)	Panel: Alzheimer Hastalığı Tedavisinde İlaçlar **Oturum Başkanları:** **Prof. Dr. Yahya Karaman, Prof. Dr. Aslı Çurgunlu** Kolinesterazinhibitörleri **Prof. Dr. Pervin İşeri** Memantine **Prof. Dr. Hüseyin Şahin** Alzheimer'de Kullanılan İlaçların Yan Etkileri ve Dikkat Edilmesi Gerekenler **Doç. Dr. Ergun Bozoğlu** Demans İlaçları Davranış Bozukluklarında Ne Kadar İşe Yarıyor? **Doç. Dr. Eylem Şahin Cankurtaran**
15:00-15:15	**KAHVE MOLASI**	
15:15-16:30	Panel: Yaşlıya Kurumsal Bakımda "Darülaceze Örnekleri" **Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Mehmet Akif Karan** Kurumsal Bakım Merkezlerinde Yaşlı ve Hasta Takip Sistemi **Dr. Hafize Doğan** Kurumsal Bakımda Uyku ve Düşme **Uzm. Dr. Hilal Özkaya** Kurumsal Beslenme ve Bası Yarası **Uzm. Dr. Esad Karışık** Kurumsal Bakımda Depresyon ve Antipsikoitik İlaç kullanımı Azaltımı **Dr. Mustafa Karagöz**	
16:30-17:15	**Kapanış Töreni** **Doç. Dr. Ergun Bozoğlu** **Doç. Dr. Gülistan Bahat Öztürk** **Doç. Dr. Zekeriya Ülger** **Uzm. Dr. Sevgi Aras**	

TİP 2 DİYABET TEDAVİSİ KURSU KONUŞMA METİNLERİ

DİYABETTE ORAL ANTİDİYABETİKLERE DETAYLI BAKIŞ: METFORMİN, SÜLFONİLÜRE, AKARBOZ

DOÇ. DR. AYŞEGÜL ATMACA

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BİLİM DALI, SAMSUN

Giriş

Tip 2 diabetes mellitus, ortalama insan ömrü uzadıkça sıklığı giderek artan bir hastalık olmaktadır. National Health and Examination Survey (NHANES) çalışmasının sonuçlarına göre yaşla birlikte diyabet prevalansı artmakta ve 60 – 74 yaşları arasında zirve yapmaktadır (1).

Yaşlılarda gelişebilecek makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların spektrumu gençlerle aynı olsa da, kardiyovasküler komplikasyon sıklığı daha fazladır. Diyabetli yaşlılarda morbidite ve mortalite oranı diyabetli olmayanlara göre daha fazladır. Ayrıca yaşlılarda polifarmasi, fonksiyonel kapasitede azalma ve bazı geriatrik sendromlar gençlerden daha fazladır. Bu geriatrik sendromlar arasında kognitif fonksiyonlarda bozulma, depresyon, idrar inkontinansı, düşme ve ağrılar sayılabilir (2). Bunun dışında diyabeti olan yaşlı popülasyon heterojen bir gruptur ve toplum içinde bağımsız yaşayanlardan bakım evinde yatağa bağlı yaşayanlara kadar değişik spektrumda olabilmektedir.

Glisemik Hedefler

Genel olarak tedavi hedefleri yaşlı diyabetlilerle genç diyabetlilerde benzerdir. Ancak yaşlılarda hipoglisemiden, hipotansiyondan ve polifarmasinin yaratacağı ilaç etkilerinden kaçınmak için daha dikkatli olmak gerekmektedir (3). Ayrıca hiperglisemi; dehidratasyon ve görme bozukluğu yaparak düşmelere yol açabilir (4). Bu nedenle yaşlılarda glisemik hedefler kişinin genel sağlığı ve beklenen yaşam süresine göre kişiselleştirilmelidir. Ko-morbiditesi olmayan, beklenen yaşam süresi 10 yıldan uzun olan hastalarda HbA1c hedefi < %7 iken ko-morbiditeleri olan, beklenen yaşam süresi 10 yıldan kısa olan hastalarda hedef HbA1c ≤ %8 olmalıdır (2, 5-7).

Tüm hastalara eğitim verilmeli, tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavinin ilk basamağını oluşturmalıdır (5). Kontrendikasyonu olmadığı sürece ilk başlanması gereken oral antidiyabetik ajan metformindir. Metformine konrendikasyon varsa veya hasta metformini tolere edemiyorsa glipizid gibi kısa etkili bir sülfonilüre başlanabilir. Beklenen hedefe ulaşamayan hastalarda tedavi uyumu, yan etkiler ve beslenme uyumsuzluğu gibi durumlar gözden geçirilmelidir. Yaşlı diyabetlilerde ikinci bir ajan eklemek veya tedaviyi değiştirmek gerektiğinde seçenekler genç diyabetlilerle aynıdır. Genel bir kural olamamakla birlikte yaşlılarda oral antidiyabetik ajanlara önerilen dozun yarısıyla başlanmalı ve doz yavaş artırılmalıdır.

Bu yazıda, oral antidiyabetiklerden metformin, sülfonilüre ve akarbozun yaşlılarda kullanımından bahsedilecektir.

Metformin

Metfromin karaciğerde insulin direncini azaltıp hepatik glukoz çıkışını baskılayarak kan şekerini düşürür. Ayrıca bir miktar da periferik insülin direncini azaltır. Yakın dönemde yapılan bir çalışmada metforminin yaşlı Tip 2 DM'lilerde tek başına veya kombinasyon tedavisi ile tüm nedenlere bağlı mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (8). İnsülinle kombine edildiğinde kilo alımını ve hipoglisemiyi önler ancak özellikle yaşlılarda doza bağımlı bulantı, ishal ve karın ağrısı gibi yan etkileri daha fazla gözlenmiştir (9). Kilo alımını neden engellediği tam olarak bilinenemekle birlikte anorektik etkisi nedeniyle kalori alımını kısıtlamaktadır. Bu nedenle özellikle kalori alımı az olan düşkün yaşlılarda dikkat edilmelidir.

Metformin, hipoglisemi riski az olduğu için yaşlılarda iyi bir tedavi seçeneğidir. Ancak laktik asidoz riski olan hastalarda verilmemelidir. Yaşlı hastalarda serum kreatinin düzeyi normal bile olsa renal fonksiyonlar bozuk olabilir. Ayrıca re-

nal fonksiyonları daha da bozabilecek ve laktik asidoza yol açabilecek bazı hastalıklar da yaşlanmayla birlikte daha sık görülebilir. Bunlar arasında miyokard enfarktüsü, inme, kalp yetmezliği, pnömoni ve karaciğer yetmezliği sayılabilir. Kreatinin klerensi < 50 mL/dakika ise metformin kullanılmamalıdır (10). Metformin uzun süreli kullanımında vitmain B12 vitamin malabsorpsiyonu yapabilir. Bu durum özellikle periferik nöropatisi olan hastalarda semptomları daha da kötüleştirebilir (5). Araya giren bir hastalık olduğunda, iyotlu kontrast madde alımından önce ve genel anestezi gerektirecek bir operasyon öncesinde metformin kesilmelidir.

Sülfonilüreler

Sülfonilüreler genellikle iyi tolere edilirler. Yaşlı hastalarda diyet tedavisi ile hedef glisemik değerlere ulaşılamadığında sülfonilüreler iyi bir seçenek olabilirler. Ancak ciddi semptomatik hipoglisemi en önemli yan etkileridir. Özellikle yaşla birlikte renal fonksiyonlar azaldığından yaşlı diyabetliler hipoglisemi açısından daha fazla risk altındadırlar. Özellikle klorpropamid, glibürid ve glimeprid gibi uzun etkili sülfonilürelerle bu risk daha fazladır. Bu nedenle yaşlı diyabetik hastalarda glipizid gibi kısa etkili sülfonilüreler tercih edilmelidir. Sülfonilüre kullanan tüm yaşlı diyabetik hastalar her vizitte hipoglisemi açısından değerlendirilmelidirler.

Yaşlılarda sülfonilürelere bağlı hipoglisemi sıklığı farklı çalışmalarda farklı rapor edilmiştir. Gözlemsel bir çalışmada 65 yaşın üstündeki diyabetli hastalarda glibürid ve klorpropamid ile hipoglisemi sıklığı benzer bulunmuştur (16.6/1000 hasta-yılı) (11). Başka bir çalışmada glibürid ve glipizid-gastrointestinal terapötik sistem (GITS) ile tedavi edilen 52 yaşlı hastada 23 saatlik açlık sırasında hiç hipoglisemi saptanmamıştır (12).

Yaşlı hastalarda sülfonilürelere bağlı hipoglisemi aşağıdaki durumlarda daha sık gelişir ve ilacın kullanımını kısıtlar (11):

- Egzersiz sonrası
- Öğün atlanması
- Kötü beslenme
- Alkol bağımlılığı
- Renal fonksiyon bozukluğu
- Kardiak yetmezlik
- Araya giren gastrointestinal sistem hastalığı
- Salisilat, sülfonamid, fibrik asit türevleri (özellikle gemfibrozil) ve warfarinle birlikte kullanımı
- Hospitalizasyon sonrası

Akarboz:

Akarboz diyetteki kompleks karbohidratların monosakkaridlere dönüşümünü sağlayan alfa-glukozidaz enzimini inhibe eder. Böylece postprandiyal glukozun yükselmesini engeller. Akarboz tek başına kullanıldığı gibi, insülin, sülfonilüre ve metforminle kombine de kullanılabilir.

Akarbozun yaşlı diyabetik hastalarda kullanımı ile ilgili deneyim sınırlıdır. Ancak güvenli ve etkin bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir. Barsaklar üzerinde etki ettiği için emilimi sınırlıdır. Bu nedenle akarbozla hipoglisemi riski düşüktür. En önemli yan etkileri karında gaz ve şişkinlik, diyare ve karın ağrısıdır. İnce barsak hastalığı olanlarda ve ciddi renal yetmezlikte kontrendikedir.

Kaynaklar

1. Cowie CC, Rust KF, Ford ES, ve ark. Full accounting of diabetes and pre-diabetes in the U.S. population in 1988-1994 and 2005-2006. Diaeates Care 2009; 32: 287-294.
2. Brown AF, Mangione CM, Saliba D, ve ark. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc 2003; 52: S265-S280.
3. Lightelm RJ, Kaiser M, Vora J, Yale JF. Insulin use in the elderly adults: risk of hypoglycemia and strategies for care. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 1564-1570.
4. Mooradian AD, Perryman K, Fitten J, ve ark. Cortical function in elderly non-insulin dependent diabetic patients. Behavioral and electrophysiologic stuides. Arch Intern Med 1988; 148: 2369-2372.
5. Abbatecola AM, Paolisso G. Diabetes care targets in older persons. Diabetes Res Clin Pract 2009; 86 Suppl 1: S35-S40.
6. American Diabates Association. Standarts of medical care in diabetes--2013. Diabetes Care 2013; 36 Suppl 1: S11-S66.
7. Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, ve ark. European Diabates Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. Diabetes Met 2011; 37 Suppl 3: S27-38.
8. Johnson JA, Majumdar SR, Simpson SH, ve ark. Decreased mortality associated with the use of metformin compared with sulfonylurea monotherapy in type 2 diabetes. Diabetes Care 2002; 25: 2244-2248.
9. Strowing SM, Aviles-Santa ML, raskin P. Improved glycemic control without weight gain using triple therapy in type 2 diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 1577-1583.

10. Hornick T, Aron DC. Managing diabetes in the elderly: Go easy, individualize. Cleve Clin J Med 2008; 75: 70-78.
11. Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR, ve ark. Incidence and risk factors for serious hypoglycemia in older persons using insulin or sulfonylureas. Arch Intern Med 1997; 157: 1681-1686.
12. Burge MR, Schmitz-Fiorentino K,Fischette C, ve ark. A procpective trial of risk factors for sulfonylurea-induced hypoglycemia in type 2 diabetes mellitus. JAMA 1998; 279: 137-413.

DİYABETTE ORAL ANTİDİYABETİKLERE DETAYLI BAKIŞ: İKRETİN BAZLI TEDAVİLER

PROF. DR. NEVİN DİNÇÇAĞ

İ.Ü. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD, ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BD

Diabetes mellitus, insülin eksikliği ya da etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik metabolizma hastalığıdır. Görülme sıklığının artışı önemlidir; artan prevalansın yol açtığı yüksek maliyet ve akut ya da kronik dönemde oluşturduğu komplikasyonları nedeniyle iyi tedavi edilmelidir. Tedavide amaç; gün içerisinde glisemik kontrolün sağlanması, akut komplikasyon gelişim riskinin azaltılması, mikrovasküler ve makrovasküler kronik komplikasyonların önlenmesi, eşlik eden diğer sorunların düzeltilmesi ve böylelikle diyabetlide yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

Tedavide amaç; gün içerisinde glisemik kontrolün sağlanması, akut komplikasyon gelişim riskinin azaltılması, mikrovasküler ve makrovasküler kronik komplikasyonların önlenmesi, eşlik eden diğer sorunların düzeltilmesi ve böylelikle diyabetlide yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

Halen geniş çapta kabul gören öneriler doğrultusunda erişkin diyabetliler için glisemik kontrol hedefleri Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1: Glisemik kontrol hedefleri

A1C*	< % 6.5 (48 mmol/mol)
Preprandiyal kapiller plazma glukozu	70–130 mg/dL (3.9–7.2 mmol/L)
Pik postprandiyal kapiller plazma glukozu†	<180 mg/dL* (<10.0 mmol/L)

* Hastanın yaşı, yaşam beklenti süresi, diyabet süresi ya da komplikasyon varlığına göre bireyselleştirilir.
† Yemeğin başından itibaren 2. saat tokluk , gebelerde 1. saat hedef alınmalıdır.

Tedavide ilk basamaktan itibaren her aşamada, egzersiz ve vücut ağırlığının normale gelmesini sağlayan Tıbbi Beslenme Tedavisi(TBT) ve egzersizden ibaret yaşam tarzı değişikliği ön planda ele alınmalıdır. Ancak, tip 2 diyabette (T2DM) uzun vadede bu önlemler metabolik kontrolü sağlamada yetersiz kaldığı için hastaların çoğu kısa sürede en azından ağızdan kullanılan bir ilaçla tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Tip 1 diyabette (T1DM) ise yaşamın sürdürülmesi için mutlaka insülin gerekir.

Etkinliklerini karaciğer, kas, yağ dokusu ve barsaklar üzerinden gösteren T2DM tedavisinin temel taşlarından olan oral antidiyabetikler(OAD) 4 gruptur.

1. Karbonhidrat emilimini azaltanlar(α-glukozidaz inhibitörleri)
2. İnsülin duyarlılığını artıran ilaçlar(Metformin ve Thiazolidinedionlar)
3. İnsülin sekresyonunu artıran ilaçlar(Sulfonilüre ve meglitinid analogları(glinid)
4. İnkretin bazlı tedaviler; gliptinler: GlukagonLikePeptid-1 (GLP-1) reseptör agonistleri ve Dipeptidil Peptidaz-4(DPP-4) inhibitörleri

Bu sunumda yeni grup ilaçlardna inkretin bazlı tedaviler özetlenecektir.

İnkretin bazlı ilaçlar

Tip 2 diyabette önemli defektlerden birisi de inkretin hormonların (GLP-1 ve GIP) düzeyi ve/veya etkisinin azalması ve glukagon sekresyonunun inhibe edilememesidir. Bu grupta yer alan ilaçlar inkretin hormonları taklid etmek(GLP-1 agonistleri= inkretinmimetik) ya da inkretinlerin degredasyonunu inhibe etmek(DPP-4 inhibitörleri_inkretin artırıcı) üzere geliştirilmiştir, her iki grubun farkları ve klinik preparat bilgileri Tablo 2 ve 3 te belirtilmiştir.

Tablo 2: İnkretin bazlı tedaviler

İlaç grubu	Jenerik adı	Ticari adı	Günlük doz	Alınma şekli
İnkretin- mimetik (GLP-1A)**	Eksenatid	Byetta 5, 10 µg kartuş	Günde 2 kez 5-10 µg	Günde 2 kez, sabah ve akşam yemekten 0-60 dk önce, s.c. injeksiyon
	Liraglutid(*)	Victoza 0.6, 1.2, 1.8 mg kartuş	Günde 1 kez 1.2-1.8 mg	Günde 1 kez, yemekten bağımsız, s.c.
İnkretin artırıcı (DPP-4 inhibitörleri)	Sitagliptin	Januvia 100 mg tb	50-200 mg	Günde 1 kez, kahvaltıda veya kahvaltıdan önce
	Vildagliptin	Galvus 50 mg tb	50-100 mg	Günde 1-2 kez, yemeklerden bağımsız
	Saksagliptin	Onglyza 2.5, 5 mg tb	2.5-5 mg	Günde 1 kez, yemeklerden bağımsız

(*)Ülkemizde mevcut değildir. (**)İnsülin dozları %50 azaltılmalı, karbonhidrat miktarı artırılmalıdır.
GLP-1A: Glukagona benzer peptid-1 agonistleri, DPP-4: Dipeptidil peptidaz 4.

Tablo 3: İnkretin bazlı tedaviler

	İnkretin mimetikler (GLP-1 analogları)	**İnkretin artırıcılar (DPP-4 inhibitörleri)**
Uygulama	Subkütan	Oral
GLP-1 düzeyi	Farmakolojik	Fizyolojik
GLP-1reseptör stimülasyonunda ana mekanizma	Hedef organ/hücre reseptörlerine yönelik	Afferent sinirlerdeki reseptörlere yönelik
Diğer mediatörler	yok	GIP
Mide boşalımına etkisi	azaltır	nötr
İştah üzerine etkisi	azaltır	etkiler
Vücut ağırlığına etkisi	azaltır	nötr
Yan etkiler	Bulantı, kusma, pankreatit, antikor oluşumu	ÜSYE, Cilt reaksiyonları, KC enzim artışı, pankreatit

İnkretinmimetikler (GLP-1 agonistleri)

Endojen inkretin olan glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1)' i taklid ederler. Örnek: GLP-1 reseptör (GLP-1R) agonistleri (Eksendin-4: Eksenatid, eksenatid LAR, liraglutid), subkütan injekte edilirler.

Eksenatid: USA'da 2005 yılından beri, AB ülkelerinde ise 2006 yılından beri kullanılmaktadır. Tip 2 diyabetli hastalarda kullanılan eksenatid, ülkemizde Byetta ismiyle piyasadadır. Günde 2 kez injeksiyon gerektiren ve tokluk glisemisini düşürmede daha etkili olan bu ilaç, diğer anti-hiperglisemik ilaçlar ve insülinin aksine, ortalama 2-4 kg kilo kaybı sağlamaktadır.

İndikasyonları: Özellikle BKİ ≥35 kg/m^2 olan kişilerde metformin, sulfonilüre veya TZD grubu ilaçlarla kombine olarak kullanılması önerilmektedir. Ancak emniyet açısından 18 yaş altındaki obez tip 2 diyabetlilerde kullanılmamalıdır. Eksenatid kullanan hastalarda bir yıllık tedavi ile A1C'de %1 azalma olmamış ise ve 6 aylık tedavi ile vücut ağırlığında en az %3 azalma sağlanamamışsa tedaviye devam edilmemelidir.

Yan etkisi: Bu grup ilaçlarda en önemli yan etki bulantıdır. Eksenatid piyasaya verildikten sonra akut pankreatit riskinde artış bildirilmişse de diyabetin kendisinin de pankreatit riskini artırması nedeniyle bu konu kesinlik kazanmamıştır. Ancak FDA'nın isteği ile 2008 yılında ilaç prospektüsüne bu konuda bir uyarı konulmuş ve hekimin eksenatid kullanan hastalarında akut pankreatit kuşkusu (şiddetli karın ağrısı, bulantı-kusma, amilaz/lipaz yükselmesi ve radyolojik bulgular) varsa ilacı hemen kesmesi önerilmiştir.

***Liraglutid*:** Yurt dışında henüz kullanıma sunulmuş olan bu ilaç eksenatide benzer şekilde etkilidir, günde 1 kez injeksiyon gerektirmektedir. Kullanım endikasyonları ve yan etkileri eksenatid gibidir. Liraglutid kullanımında da pankreatit vakaları bildirilmiştir; deneysel çalışmalara dayanarak tiroid bezinde C hücreli hiperplaziyi artırdığı yönündeki kuşkular nedeniyle hastada tedavi öncesi kalsitonin düzeyi bakılması; normal olanlarda takiple başlanması önerilmektedir.

Benzer etkili olan ve FDA'den henüz kullanım onayı alan *Eksenatid LAR* ise haftada bir injeksiyon şeklinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

İnkretin artırıcı ajanlar (DPP-4 inhibitörleri)

Endojen inkretinler GLP-1 ve GIP'in yıkımını sağlayan DPP-4'ü inhibe ederler (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin), oral olarak verilmek üzere geliştirilmiştir. Bu grup ilaçlar genellikle günde 1 (gerekirse 2) kez kullanılır, kilo açısından (MF ve akarboz gibi) nötr etkilidir. Sitagliptin, ülkemizde 2008 yılında Januvia, vildagliptin 2010'da Galvus, saxagliptin ise 2011'de Onglyza adıyla kullanıma sunulmuştur.

İndikasyonları: Glukoz-bağımlı etki gösterdikleri için hipoglisemiye sebep olmazlar. DPP-4 inhibitörleri SU, MF veya TZD grubu ilaçlarla birlikte kullanılabilirler. Bu durumda hipo riski olabilir; ilaç dozu düşürülmelidir. İnsülin ile birlikte kullanılmaları için FDA onay vermiştir. Ülkemizde MF ve Su ler ile yeterli kontrol sağlanamamış diyabetlilerde 2. veya 3. seçenek olarak kullanılmasına izin verilmektedir, hepsi geri ödeme kapsamındadır.

Yan etkileri: Klinik çalışmalarda bu grup ilaçların önemli bir yan etkisi bildirilmemiştir. Ancak pazara sunulduktan sonra bazı hastalarda gripal infeksiyona benzer bir klinik tabloya yol açtıkları görülmüştür. Ayrıca Eylül 2009'da akut pankreatit vakalarının bildirilmesi nedeniyle FDA tarafından ilaç prospektusüne uyarı konulması istenmiştir. Bununla beraber, konuyu destekleyen klinik kanıtlar bulunmamaktadır. Aynı şekilde yakın zamanda eksenatid ve sitagliptin kullanımında pankreas kanseri riskinin arttığı yönündeki kuşkuları da destekleyen kesin veriler mevcut değildir.

Sonuç olarak GLP-1 analogları ve DPP-4 inhibitörleri monoterapi ya da kombine tedavide kullanılabilen inkretin bazlı tedavilerdir. HbA1C düzeyindeki iyileşmeler başlangıç düzeyine bağlı olarak monoterapide %0.6-1.1 arasında; kombinasyon tedavisinde 0.7-1.9 arasında değişmektedir. Kilo alımını artırmazlar. Hipoglisemi yan etkileri nisbeten azdır. Tolerabiliteleri iyi, pankreas α ve β hücresi cevaplılığını artırarak adacık fonksiyonlarını düzelttiği gösterilmiştir. Bununla birlikte adacık hücreleri üzerindeki etkileri, uzun dönem mortalite ve komplikasyonlar üzerindeki sonuçları açısından uzun süreli, çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2011. (Yazım Komitesi: Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S ve Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu). Beşinci Baskı, Bayt Matbaacılık, Ankara, 2011.
2. Sinha Roy R, Bergeron R, Zhu L et al. Metformin is GLP-1 sectretagog, not a dipeptyl peptidsa-4 inhibitor. Diabetologia 2007; 50(suppl1):S284
3. Gurnell M. Peroxisome prolierator- activarted receptor gama and hyperglycamic agents in type 2 diabetes. Edited by Khan CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM; Moses AC, Smith RJ, Joslin's Diabetes Mellitus, 14th edition, Lippicott WilliaMS& Wilkins; 2005; 687-710,
4. Niessen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazon on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. N Engl J Med 2007; 356: 2457-2463,
5. Nathan DM, Buse JB, DavidsonMB, et al. Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes. Diabetes Care 2008; 31: 1-11
6. Miller SA, Onge EL. Sitagliptin: a dipeptidyl peptidase IV inhibitor or the treatment of type 2 diabetes. Ann Pharmacotherapy 2006, 40: 1336-1343,
7. Aschner P, Kipnes MS, Lunceford JK, Sanchez M, Mickel C, Williams-Herman DE. Effect of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2006, 29:2632-7,
8. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, Terranella L, Stein PP. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab 2007; 9:194-205,
9. Rosenstock J, Baron MA, Dejager S, Mills D, Schweizer A. Comparison of vildagliptin and rosiglitazone monotherapy in patients with type 2 diabetes: a 24-week, double

blind, randomized trial. Diabetes Care 2007; 30:217-23,

10. Zinman B, Hoogwerf BJ, Duran Garcia S, et al. The effect of adding exenatide to a thiazolidinedione in suboptimally controlled type 2 diabetes: a randomized trial. Ann Intern Med. 2007; 146(7):477-485,
11. American Diabetes Association Position Statement: Standards of medical care in diabetes-2012. Diabetes Care Jan 2012; 35 (Suppl 1)
12. Inzucchi SE, Porte DJr, Sherwin RS, Baron A (Editors): The Diabetes Manual: A Primary Care Companion to Ellenberg and Rifkin's. Sixth Edition. McGraw-Hill Medical Publishing Division, NewYork, 2005.
13. Pickup JC, Williams G (Editors): Textbook of Diabetes. Volume 1-2, Third Edition. Blackwell Publishing, Massachusetts, 2003.

NUTRİSYON VE BESLENME DESTEK ÜRÜNLERİ KURSU KONUŞMA METİNLERİ

OLGULARLA ÖZEL HASTA GRUPLERINDA BESLENME DESTEK TEDAVİSİ

DOÇ. DR. YAPRAK SEÇİL

OLGULARLA DEMANS HASTASINDA BESLENME DESTEK TEDAVİSİ

Demans kavramı içerisinde en sık rastladığımız Alzheimer (AH) tipi demans hastaları bizi izlemleri sırasında beslenme konusunda en çok yoran gruptur. Hem poliklinik izlemlerinde hem de araya giren hastane yatışları sırasında hastaların ana hedef olan optimal nutrisyonel durum ile uygun hidrasyon halinde tutulması büyük önem taşımaktadır. En büyük amacımız bu grup hastada kilo kaybının önlenmesi, iyi bir hidrasyon durumunun sağlanmasıdır. AH klinik bulguları dikkate alındığında, hastalığın genel olarak farkına varıldığı evreden itibaren 3 evrede incelenir. Erken, orta ve ileri evre olarak adlandırılan bu dönemlerin klinik açıdan kendilerine has özellikleri bulunmaktadır. Yardımcı incelemelerle de evreleme konusunda ipuçları alabileceğimiz gibi klinik olarak da evrelemede bazı ipuçlarını kullanabiliriz. Örneğin erken evrede daha çok evdışı aktivitelerde sorunla karşılaşılırken, orta evreye gelindiğinde ev içinde de aktivitelerde sorunlar oluşmaya başlar, ileri evrede artık özbakım sorunları, sfinkter sorunları diğer sorunların yerini alır. Mini mental test puanları da klinik evreleme ile birlikte bize yardımcı olur. Demans hastalarında beslenme sorunları ile ilgili kılavuzlarda bilgiler bulunmaktadır, bunlardan en çok kullandığımız ESPEN kılavuzu demansla ilgili olarak hem oral destek ürünleri ile ilgili hem de tüple beslenme ile ilgili çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Erken ve orta evre hastalarda destek ürünlerinin kullanılabileceği, gerekirse diğer demans hastalarında tüple beslenmenin önerilebileceği, PEG konusunda bazı çelişkili durumların bulunduğu belirtilmektedir. Ancak yine de en son söylenen nokta her bir hastanın, bireyin kişisel bazda değerlendirilmesi gerektiğidir. Çünkü demans hastalarında sadece hastalıkla ilgili sorunlar değil, işin içine bakıcı sorunları, bakımevi sorunları, aile faktörleri, ek hastalıklar gibi bir çok faktör girmektedir. Daha önce sözünü ettiğimiz evreleme konusu burada önem kazanmaktadır. Özellikle AH'ında erken evrede yutma, çiğneme ile ilgili ciddi sorunlarla karşılaşılmazken, ileri evre hastalarında bu sorunlar oluşabilmektedir. Ancak orta-ileri evre hastalarında kilo kaybı ve beslenme bozukluğuna yol açan esas faktörler şöyle sıralanabilir;

Yemek yemeyi unutma

- Yemek odasını bulamama
- Masada nasıl davranılacağını unutma
- Henüz yemek yediğini unutma
- Aşırı yürüme ya da hareketlilik nedeni ile fazla kalori harcama
- Masadaki araçların nasıl kullanılacağını bilememe
- Artmış şeker tüketimi
- Azalmış koku hissi
- Azalmış iletişim
- Yemeği saklama, paketleme alışkanlığı
- Ağza koyulan yemeği çiğnemeyi ya da yutmayı unutma
- Yemeği reddettme
- Yemeği tanıyamama
- Çiğneme ve yutma sorunları

Böyle sorunlarla karşımıza gelen ailelere önerilerimiz şunlar olabilir;

- El ile yenebilecek besinler verilmeli
- Renkli dikkat çekici besinler kullanılmalı
- Küçük porsiyonlar tercih edilmeli
- Bir seferinde tek bir yemeğin servisi yapılmalı
- Çok fazla uyaran vermemeli
- Hastayla sakin bir tonda konuşulmalı
- Masada sadece gerekli raçlar bulunmalı hastanın kafası karışmamalı

- Ortam sakin olmalı, etrafta kafa karıştırıcı başka şeyler olmamalı
- Yemek için ekstra zaman harcanmalı
- Kalorice yüklü elde yenebilir gıdalar tercih edilmeli
- Çiğneme ve yutma hatırlatılmalı
- İsimle seslenilmeli, hasta yüreklendirilmeli, verbal ve taktil uyarılar devamlı verilmeli

Alınması gereken bu tedbirlerin bu konuda eğitimli kişiler tarafından yapılmasının daha başarılı sonuçlar verdiği bildirilmektedir. Mutlaka hasta yemek konusunda pozitif anlamda desteklenmelidir. Oral beslenmeye devam edebilen hastaların tümünün bu konuda enerji harcanarak devam edilmesi ve oral beslenme destek ürünleri ile arada ek kalorilerinin tamamlanması yararlı olacaktır. Yeterli kalori alımını normal gıdalarla sağlayamayan hastalarda biz de oral beslenme destek ürünleri ile hastalarımızı destekliyoruz. Yutma fonksiyonu bozulan, hiçbir şeklide oral beslenmeyen ya da araya giren ek hastalıklar nedeni ile yutma fonksiyonu bozulan demans hastalarında tüple beslenme gündeme gelebilir. PEG konusu oldukça tartışmalıdır. Hasta bazında düşünülmelidir.

Bu oturum olgu tartışması olduğundan burada verilen temel bilgileri içeren AH olguları oturum sırasında bu temelde tartışılacaktır.

GERİATRİ HEMŞİRELİĞİ 2013 KURSU KONUŞMA METİNLERİ

SAĞLIKLI VE AKTİF YAŞLANMA: BİREYSEL SORUMLULUKLAR

DOÇ. DR. HATİCE SÜTÇÜ ÇİÇEK
GATA HEMŞİRELİK YÜKSEL OKULU

Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile nüfusun yaşlanması şeklindeki demografik değişim; ileri yaşlarda yaşam kalitesinin sürdürülmesini, paralelinde de sağlıklı ve aktif yaşlanma kavramlarını gündeme getirmiştir. Sağlıklı yaşam süresi/sağlıklı yaşlılık, yaşın artmasıyla daha yaygın görülen kronik durumların sınırlandırılmalarını içermektedir. Sadece erken ölümleri önlemek ve ömrü uzatmak değil, hastalıklı yaşanan süreyi azaltmak, bu şekilde insanların ölene kadar sağlıklı kalabilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır.

Yaşlılıkta sık görülen hastalıklar, yetersizlikler sadece yaşla ilgili değildir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek, fiziksel olarak aktif ve daha eğitimli olma gibi özelliklere sahip bireylerde morbidite çok daha düşüktür. Farklı toplumlarda kronik hastalık hızlarında farklılıklar olması da yaşla ilgili görülen kronik hastalıkların büyük bölümünün önlenebileceğini, en azından geciktirilebileceğini düşündürtmektedir. Yaşlanmayla fizyolojik fonksiyonlarda olan değişimin, bu döneme özgü hipertansiyon, diyabet gibi hastalıkların prognozunun çeşitli koşullarda farklılıklar göstermesi ve her toplumda aynı olmaması genetik faktörlerden başka faktörlerin de etkili olabileceğini göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında "Sağlıklı Yaşlanma Deklerasyonu" yayınlanmış, Herkes İçin Sağlık Hedefleri listesinde "Sağlıklı Yaşlanma/Yaşanan Yıllara Yaşam Katılması" hedefi yer almıştır. Yaşamın her evresindeki insanlar için sağlıklı yaşamı koruma ve sürdürme, sağlıklı olarak yaşanan yılları arttırma, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini güçlendirme, aktif ve üretici yaşlanma, başarılı yaşlanma olanaklarını artırmak amaçlanmıştır. Sağlıklı yaşlanma bütüncül bir kavram olup anahtar ögeleri; sağlık/iyilik halini sürdürme ve yaşlılıktaki sağlık düzeyinin geçmişteki sağlık alışkanlıkları/yaşam şeklinin göstergesi olduğudur. Sadece hastalığın olmaması değil, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spirituel olarak saglıklı / tam bir iyilik halinde olmayı içermektedir.

Sağlıklı yaşlanma hedefine yönelik stratejiler; sağlıklı davranışları benimseyerek fiziksel ve mental işlevselliği geliştirtirmek ve güçlendirmek için adımlar atma, aktif ve üretici olma, toplumun içinde olma ve toplumsal katılım, anlamlı kişilerarası ilişkileri sürdürmeyi içerir. Beklenen sonuç ise yaşam kalitesinde iyileşmedir.

Başarılı yaşlanma ve aktif yaşlanma kavramları, sağlıklı yaşlı hedefi ile doğrudan ilişkili olan kavramlardır. Başarılı yaşlanma, yaşlı bireylerin etkinliklerini en üst düzeyde sürdürebilmelerine yönelik öngörüleri içermektedir. Başarılı yaşlanmanın temel öğeleri; yaşlılık dönemindeki hastalıkların azaltılması, fiziksel ve bilişsel kapasitenin en üst düzeyde sürdürülmesi, yaşlı bireylerin aktif olarak yaşamın içinde bulunmasının sağlanmasıdır. Aktif yaşlanma ise sağlıklı geçirilen yaşam süresini uzatmak ve yaşlılıkta yaşam kalitesini artırmak için tüm yaşam boyunca fiziksel, sosyal ve mental iyilik hali fırsatlarını en iyi duruma getirme ve sürdürme süreçlerini tanımlamaktadır. Yaşlılık döneminde sağlıklı ve üretici kalabilmek için insanların yaşam boyunca sağlıklı yaşam şekillerini önemseyerek seçim yapabilmeleri ve yaşam kalitelerini iyileştirmeleri gerekmektedir.

Aktif yaşlanma, yaşlı insanların hayat kalitesini artırabilmek için uluslararası, ulusal ve yerel seviyede; sağlık, güvenlik ve katılım olanaklarını içermektedir. 8-12 Nisan 2002'de, yaşlılık konusunda yapılan Birleşmiş Milletlerin Dünya Birleşiminde sunulan "DSÖ Aktif Yaşlanma: Çerçeve Politikası" insanların yaşlanırken fiziksel, sosyal ve mental işlevselliklerinin olası en üst düzeyde sürdürmelerini sağlamayı ve yaşam kalitesini

iyileştirmeyi hedefleyen önerileri kapsamaktadır. Çerçevede; hastalık ve yetersizliklerin/sakatlıkların erken başlamasına yol açan yoksulluk, eğitimsizlik gibi faktörlerin kontrol altına alınması, sağlıklı yaşam şekillerinin desteklenmesi, uygun beslenme ve aktivitenin sağlaması, tüm yaş gruplarında alkol ve tütün kullanımının kontrolü, gözlük, yürüteç gibi destekleyici araçların ve ilaçların sağlanabilirliğinin artırılması, yaşlı bireyin aile içi bakım vericilerinin desteklenmesi öngörülmektedir. Ancak aktif yaşlanma için sağlıklı ve üretici kalmayı sağlayacak kararlarda politikacılardan ziyade, bireylerin kendileri sorumludur. Kişiler kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yetkin kılınmalı, sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesini görevleri olarak algılamalı ve riskli davranışlardan uzak durarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamalıdırlar.

Sağlıklı ve aktif yaşlanma için bireysel olarak yapılabilecekler aşağıda açıklanmıştır.

1. **Yeterli ve dengeli beslenme:** Uygun beslenme ve nutrisyonel bakım yaşam kalitesinin korunması/sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesinde indikatördür. Beslenmenin obezite, kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet gelişimi üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Hastalıklardan korunmada yaşam biçimi değişiklikleri içerisinde beslenme stratejisileri üzerinde önemle durulmaktadır.

Yaslılar kötü beslenme açısından risk grubudur. Avrupa'da sağlıklı yaşlı grupta yapılan çalışmada malnütrisyon oranının düşük olmasının yanı sıra ağır protein ve enerji malnütrisyonunun (PEM) insidansının yüksek olduğu gösterilmiştir. Kötü beslenme nedenleri; ekonomik zorluklar, egitim düzeyinin düsük olması, dis sorunları ve zihinsel fonksiyonlarda yetersizliktir. Her yaşlı bireyin doğru ve bilinçli beslendiğinin takip edilmesi ve eğitilmesi gerekmaktedir.

Yaşam boyu sağlıklı kalabilmek için beslenme önerileri aşağıda özetlenmiştir.

a. Sağlıklı beslenme ile ifade edilen, yağ, karbonhidrat ve protein içerikli besinlerin dengeli bir şekilde tüketilmesidir. Sebze ve meyvelere ağırlık verilmeli, vitamin ve mineraller yeterli miktarda alınmalıdır.
b. Antioksidan maddeler olan C ve E vitamini ile vücutta A vitaminine dönüşen beta-kroten, kalp hastalıkları ve kanserden koruyucu özellikler taşırlar. Serbest radikallerin zararlı etkilerinden korunmada da etkili oldukları için vitamin ve mineralleri en fazla içeren sebze ve meyvelerden hergün 5-9 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir
c. Sahip oldukları antioksidantların pişirmeyle yok olması nedeniyle, sebzeler çiğ veya az pişmiş olarak tüketilmelidir (Az pişirme beta karoten emilimini de artırır). Konserve besinler yerine taze veya donmuş olanları tercih edilmelidir.
d. Hayvani yağlar yerine, zeytinyağı ve fındık yağı öncelikle tüketilmelidir (ayçiçekyağı, kanola yağı, soya yağı sonraki tercihler olmalı). Zeytinyağı en iyi antioksidant yağ olup E vitamini içermektedir. LDL'nin okside olmasını ve damar duvarına girmesini önler, HDL'yi arttırır, ateroskleroz, kalp-damar sistemi hastalıkları, kalp krizi ve inmeleri azaltır.
e. Yağsız süt ürünleri, protein ve kalsiyumdan zengin, doymuş yağdan fakir besinler kemik, diş ve kasların yapısını sağlamlaştırır ve potasyum içerir.
f. Yeterli miktarda demir içeren besinler alınmalı, eksikliğinde demir takviye edilmelidir.
g. Etler, yüksek ısıda pişirildiklerinde ve kızartıldıklarında kanserojen etki yapan heterosiklik aminler oluşur. Bu nedenle fırında, buharda veya mikrodalgada pişirilmelidir.
h. Beyaz unlu gıdalar, beyaz ekmek, pirinç, patates ve tüm şeker katkılı gıdaların glisemik indeksi yüksektir. Beyaz pirinç yerine, posa bakımından zengin esmer pirinç veya bulgur pilavı tercih edilmelidir.
i. Günde 30-35 gram kadar lif almak yararlıdır. Ne kadar fazla sebze, meyve ve işlenmemiş tahıl yenirse o kadar fazla lif alınmış olur.
j. Tuz kısıtlamasının, artmış posa, sebze, meyve ve kalsiyum tüketimi ile birlikte tansiyon kontrolünde çok daha etkin olduğu bildirilmiştir.
k. İdeal sınırlarda kiloyu tutmak için fiziksel ihtiyaçlara göre kalori alınmalı, obeziteden korunulmalıdır. Beyin, tüm vücut dokuları gibi kalori yaktığı, günlük alınan kalori miktarı düşürüldüğünde, hücrelerin daha az kalori yakarak DNA veya mitokondriyi hasara uğratan serbest oksijen radikallerini daha az ürettiği akılda tutulmalıdır.
l. Hiperlipidemisi, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olanlar ya da diyetle ilgili başka kronik hastalık riski yüksek olanlar danışmanlık hizmeti almalıdır.

m. Kronik hastalıkların engellenmesinde nütrisyonel suplement kullanımı ilgi çekmesine rağmen, çalışmalar multivitaminler ya da antioksidan kombinasyonu suplementlerin etkin olduğuna dair lehte ya da aleyhte yeterli kanıt bulunmadığını göstermektedir. Kanserden korunmak için alınan alfa-tokoferol ve beta-karoten kanseri engellemediği, beta karoten akciğer kanserini ve tüm sebeplere bağlı ölümleri arttırdığı da iddia edilmiştir. Bir metaanalizde, vitamin E suplemantasyonunun tüm sebeplere bağlı ölümleri arttırdığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar, vitaminlerin doğal formunun zararlı olduğu anlamını taşımamaktadır. Özellikle doğal şekliyle alındıklarında etki gösteriyor olabildikleri düşünülmektedir.

2. **Fiziksel egzersiz yapma:** Fiziksel aktivite; sağlıklı, aktif ve bağımsız bir yaşam sürdürülmesi, vücut ağırlığının konrolü, hastalıkların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir. Egzersizin; osteoporoz ve kırıklardan korunmada, denge, dayanıklılık, barsak motilitesi, uyku, sosyal yaşam, duygu durumu ve zihinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Haftanın en az beş günü yapılan sadece 30 dakika süren hafif fiziksel aktivite bile kardiyovasküler olayları azaltmaktadır. Fiziksel aktivitenin meme, bağırsak, böbrek, endometrium ve özafagus kanserlerinin riskini azalttığı yolunda çalışmalar yayınlanmaktadır. Ayrıca fiziksel aktivite, insülin duyarlılığını etkilemekte ve tip 2 diyabet gelişimini azaltmaktadır. Tedavi ve rehabilitasyonun en önemli öğeleriden biri olduğu unutulmayarak, yaşlının sağlık durumuna ve fiziksel kapasitesine uygun egzersiz programı önerilmeli, periyodik kontroller ile çeşitlendirilmelidir.
3. **Sigara, alkol gibi maddeleri kullanmama**: Sağlıklı yaşam ilkeleri arasında sigaradan uzak kalınmasının büyük önemi vardır. Tek başına sigara, neden olduğu hastalıklar açısından en önemli engellenebilir hastalık ve erken ölüm nedenidir. Sigaranın kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları ve kanser gelişimi ile ilişkisi çok iyi bilinmektedir. Sağlık kontrolünde sigara kullanım durumu mutlaka gözden geçirilmeli, danışmanlık hizmetlerine her görüşmede yer verilmelidir. Alkol karaciğer sirozu, gastrointestinal kanserler, pankreatit ve ülserin de bulunduğu 60'ın üzerinde tıbbi durumla ilişkilendirilmekte olup, bireyleri sosyal, psikolojik ve fiziksel olarak da riske sokabilir. Aşırı alkol ve ilaç bağımlılığı beyin hücreleri için de zararlıdır.
4. **Kazalardan korunma**: Denge zayıflığı nedeniyle düşmeler yaşlılarda çok yaygındır. Gücün ve hareketliliğin azalması en önemli risk faktörleridir. İhmal, istismar, suisid girişim, şiddet, düşmeler, trafik kazaları, zehirlenmeler, yanıklar gibi nedenlerle olan yaralanmalara dikkat edilmelidir. Alkollü iken araç kullanılmamalıdır.
5. **Yeterli ve düzenli dinlenme**: Dinlenmeye ve yeterli düzeyde uykuya zaman ayrılmalıdır.
6. **Güvenli cinsel yaşam:** Öncelikle HPV ve HIV vb bulaşıcı hastalık ve kanser etkenlerinden korunmak için güvenli cinsel yaşam sürdürülmelidir.
7. **Zararlı güneş ışınlarından ve aşırı soğuğa maruz kalmadan korunma:** Yeterli güneş alma, vitamin D sentezi yoluyla osteoporozdan korunmak için gereklidir. Ancak fazla güneş maruziyeti cilt kanseri riskini arttırmaktadır. Ultraviole ışına maruziyetinin herpes labialis, foto-yaşlanma, kortikal katarakt ve pterjiyum gelişimi ile ilgisi vardır. Güneş maruziyetini azaltma ya da koruyucu krem kullanma yassı hücreli cilt kanserini azaltırken, maliğn melanom ve bazal hücreli kanserleri azaltmada etkinliği gösterilememiştir. Özellikle çocukluk çağında yoğun ve akut maruziyet azaltılmalı ve güneş yanıkları engellenmelidir.
8. **Stresten korunma:** Hayata karşı yapıcı ve olumlu bir tutum içinde olmak, mutlu eden şeyleri ortaya çıkarmak, sağlıklı bir yaşlanma sürecini desteklemektedir. Yaşlanma ile olan değişikliklere başarıyla adaptasyon, mesleki yaşama devam etmek, gönüllü aktiviteler, aile yaşamı ya da daha engelli yaşlı ve küçük çocuklara yardım etme gibi sosyal aktiviteler, mental stimulasyon, bilişsel aktivitelere devam etmek fonksiyonları iyileştirir ve korur.
9. **Sosyal ağın ve aktivitelerin sürdürülmesi** Yeni yetenekler kazanmak ve hafızayı canlı tutmak için zihinsel egzersizler yapmak (bulmaca çözme, şiir gibi belirli metinleri hatırlama vb.) beyin hücreleri arasındaki bağlantıyı arttırarak mental bozulma ve depresyonu önlemektedir. Aile ve arkadaşlarla sağlıklı ilişkiler sürdürme, iş, eğlence ve sosyal aktivitelerde canlı ve aktif kalmanın fiziksel hareketliliği artırıp obziteyi azalttığı da bildirilmiştir.
10. **İmmunizasyon, düzenli sağlık kontrolü ve tarama testlerinin yaptırılması:** Doğumdan itibaren aşılama immun cavabı iyileştirmede ve infeksiyon hastalıkları-

nın önlenmesinde önemlidir. İleri yaşlarda özellikle solunum sistemi hastalıklarının seyrini hafifletebilecegi için pnömokok ve influenza aşıları, sık yaralanma riski olan yaşlılarda tetanoz aşısı önemsenmelidir.

Hastalıkların erken tanı ve doğru tedavisi hastalık ve ölümleri azaltmada önemlidir. Tarama testleri etkin şekilde kullanılarak özellikle risk altındaki gruplar incelenmelidir. Komplikasyonlar ve erken ölümlerin engellenmesinde, tanıdan sonra etkin tedavi, bakım ve rahabilitasyonun önemi unutulmamalıdır. Yaşla birlikte ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği değiştiği için ilaç tedavilerinin etkileri ve polifarmasi takip edilmelidir. Bireyler ve yakınları ilaç tedavilerinin yan etkileri konusunda uyarılmalı, bilgilendirmeli, sıklıkla kontrol edilemlidir. Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanılmamalıdır.

Bazı yaşlılar, kendilerinde kanser veya kalp hastalığı gibi moral yönden de önemli etkisi olabilecek ya da diyabet ve hipertansiyon gibi özellikle beslenmeyi etkileyecek hastalık tanısı alma kaygısı ile sağlık kuruluşuna başvurmaktan çekinebilirler. Diğer taraftan, kendilerinde bulunan bazı belirti ve bulguları yaşlanmanın doğal sonucu olarak görebilir ya da fizyolojik işlevlerin zayıflamasına bağlı olarak belirti ve bulguları algılamada zorluk yaşayabilirler. Yakınmaları olduğu halde sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünemeyebilirler. Ya da yakınmaları için sağlık kuruluşuna gitmek istedikleri halde ulaşamadıkları, maddi olanakları yetersiz oldukları için sağlık hizmetinden yararlanamayabilirler. Bu tür durumlarda yaşlı bireyin destek sistemleri gözden geçirilmeli, sosyal hizmet kurumlarından veya yerel yönetimlerden yardım alınmalı ve yaşlı bireyler kullanabilecekleri kaynaklar konusunda bilgilendirilmelidirler.

Kaynaklar

1. Cruz-Jentoft AJ, Franco A, SommerP, BaeyensJP, Jankowska E, Maggi A, Ponikowski P, Ryś A, Szczerbińska K, Milewicz A. European Silver Paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research and clinical aspects of age-related diseases. Pol J Endocrinol 2009; 60 (5): 408–414).
2. Aydın D. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2006;13(4): 43-48
3. Hirai H, Kondo K, Kawachi I.Social Determinants of Active Aging: Differences in Mortality and the Loss of Healthy Life between Different Income Levels among Older Japanese in the AGES Cohort Study. Current Gerontology and Geriatrics Research. 2012; Article ID 701583, 9 pages. doi:10.1155/2012/701583
4. Bilir N. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam Sağlığın korunması. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf
5. İlhan MN. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Yönünden AntiAging Bakımın Önemi. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(Suppl):248-251
6. Seifarth JE, McGowan C L,. Milne K J. Sex and Life Expectancy.Gend Med.2012;9:390–401
7. Leroux JS, Moore S, Richard L, Gauvin L. Physical Inactivity Mediates the Association between the Perceived Exercising Behavior of Social Network Members and Obesity: A Cross-Sectional Study PLOS ONE. 2007;7(10) e46558 www.plosone.org
8. Thanakwang K, Soonthorndhada K, Mongkolprasoet J. Perspectives on healthy aging among Thai elderly: A qualitative study. Nursing and Health Sciences (2012), 14, 472–479
9. Josefsson M, Luna X, Pudas S, Nilsson LG, Nyberg L. Genetic and Lifestyle Predictors of 15-Year Longitudinal Change in Episodic Memory J Am Geriatr Soc 60:2308–2312, 2012.
10. Williams SJ, Higgs P, Katz S. Neuroculture, active ageing and the 'older brain':problems, promises and prospects. Canada Sociology of Health & Illness 2012; 34(1): 64–78
11. Samancıoglu S, Karadakovan A. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010;5(13): 125-141
12. Erdemir F. Sağlıklı yaşlı ve yaşlılıkta yaşam kalitesinin önemi, I. Ulusal Geriatri Kongresi, Kongre Kitabı, 30 Ekim - Kasım 2002, Belek, Antalya
13. Keleştimur F.: Yaşlanma önlenebilir mi?, I. Ulusal Geriatri Kongresi , Kongre Kitabı, 30 Ekim - Kasım 2002, Belek, Antalya

YAŞLI DEPRESYONU TANIMA, ÖNLEME VE TEDAVİ SÜRECİ

DOÇ. DR. EYLEM ŞAHİN CANKURTARAN
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

Yaslılarda depresyon hem hastalar, hasta yakınları hem de sağlık personeli tarafından yaslanmanın doğal bir sonucu gibi görülmektedir. Bu nedenle de tanınmasında zorluklar yaşanmaktadır.

Yaşlılarda depresyon belirtileri sık görülmektedir. Majör depresyon görülme yaygınlığı % 14-42 arasında iken minor depresyon ya da depresyon belirtileri yaygınlığı % 25'lere varmaktadır. Hastanede yatan yaşlılarda ise depresyon yaygınlığı daha da artmaktadır. Yaşlılarda eşik altı depresyon belirtileri, majör depresyona göre 3 kat fazla görülmektedir.

Depresyon varsa yaşla birlikte daha sık görülen fiziksel hastalıkların belirtileri artmaktadır ve fiziksel hastalıkların seyrini de olumsuz etkilemektedir. Depresyon belirtileri eşlik ediyorsa miyokard enfarktüsü gibi fiziksel hastalıklarda mortalite artmaktadır ve hastalarda yaşam kalitesini düşürmektedir.

Yaşlılarda depresyon belirtilerinin klinik görünümü daha genç yaştaki erişkinlerden farklı olabilmektedir. İştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık, cinsel isteksizlik gibi somatik yakınmalar ve dalgınlık, unutkanlık gibi bilişsel belirtiler klinik tabloya hakim olmaktadır. İçe çekilme, irritabilitede artış, endişe yaşlı depresyonunun belirtileridir. Yaslılar ruhsal durumlarından bahsetmek yerine daha sıklıkla somatik yakınmalarından bahsederler.

Tedavide farmakolojik yaklaşım kadar psikoterapi yaklaşımları da kullanılmalıdır. En yüksek tedavi başarısı ilaç tedavileri ve psikoterapi birlikte kullanıldığında olmaktadır. Farmakolojik tedaviler, hasta ve bakım verenin günlük pratiğini kolaylaştırmak açısından mümkün olduğunca basit bir biçimde planlanmalıdır. Bir yandan da hastaların diğer medikal hastalıkları, bu hastalıklar için kullandıkları ilaçlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlılar için temel farmakoloji kuralları burada da geçerlidir; düşük başlayıp ilaç dozunu yavaş artırmak önerilmektedir. İlaçları etkin doz ve sürede kullanma kuralı geçerlidir. Yaşlı depresyon hastalarında etkili psikoterapiler ise kişilerarası terapi, kognitif davranışçı tedavi ve problem çözme terapisidir.

İlaçların etkileri ve uygulama şekilleri dışındaki önemli konulardan biri de tedavi uyumudur. Yaşlılar çok sayıda fiziksel hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaç sayısı da fazladır. Bu nedenle de ilaç uyumu yaslılarda önemli bir sorundur. Hastaların yaklaşık % 70'i ilaçlarının %25-50'sini almayı unutmaktadırlar. Hastaya ve aileye tedavinin önemi ve ilaç uyumu mutlaka anlatılmalıdır.

YAŞLI SAĞLIĞINDA KORUYUCU/TEDAVİ EDİCİ/ REHABİLİTE EDİCİ HİZMETLER

YRD. DOÇ. DR. HATİCE BEBİŞ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BD.

Sağlıklı toplum, sağlıklı çocuklar ve yetişkinler kadar sağlıklı yaşlıları da kapsamaktadır. Bu nedenle sağlıklı yaşlanma veya yaşlanma döneminde sağlığın geliştirilmesi, yaşlılıkta ortaya çıkacak sakatlıklar sonucu oluşan birincil ve ikincil özrün tedavisi ve yaşlının toplumsal yaşama tam katılımının sağlanması, toplumsal sağlık için çok önemli bir hedeftir. Dünya genelinde yaklaşık olarak 580 milyon yaşlı bulunmakta ve yarısından fazlası gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye'nin nüfusu da dünyadaki pek çok ülke gibi değişmektedir. Ülkemizde 2012 yılı itibariyle 5.5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun 8,4 milyon olacağı öngörülmektedir. Buna göre 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacağı, yaşlı bağımlılık oranının ise yüzde 14,5'e yükseleceği düşünülmektedir. Yaşlı sağlık hizmetlerinin temelini; hastalıklardan korunma, yeti yitimini önleme veya geciktirme, bağımlı olmadan yaşama, tedavi edici hizmetlerin verilmesi yanında yeti yetersizliği olan yaşlılara üretken ve kaliteli bir yaşam sağlama oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "XXI. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası kapsamında yaşlı sağlığı ile ilgili Avrupa Bölgesi hedefini, "2020 yılına kadar daha sağlıklı bir yaşlanma ve yaşlıların toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmasına olanak vermektir" şeklinde belirlemiştir. Bu amaçla; 2020 yılına kadar, 65 yaşın üzerindeki bireylerin sağlık potansiyellerinin tam yerinde olmasına fırsat verilmesi ve yaşamda daha aktif sosyal bir rol oynayabilmelerine çalışılmaktadır. Özellikle 65 yaş üzeri yaşlının yeti yitimi olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması, otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerini sürdürebilmesi, ev ortamında yeterli sağlıklı düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda bulunan yaşlıların oranın en az %50 artırılması hedeflenmektedir.

Yaşlıya yönelik sağlık hizmeti sunulurken, yaşlı sağlığı ile ilgili sağlık- hastalık bileşenlerini göz önüne almak gerekir. "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" (DSÖ,1947). Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır. Yaşlının sağlık durumu iç ve dış çevresinin etkileşimi ve bütünleşmesiyle belirlenmektedir. Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlıklı yaşlı, çevresine anlamlı ve başarılı bir biçimde uyum sağlayabilir.

İnsan bedeninin herhangi bir biriminin görevini yerine getirmediği durumda rahatsızlıktan hastalığa, hastalıktan ölüme pek çok problem ortaya çıkabilir. İnsanın bedeni dışında, onu çevreleyen toplumsal sistem ile bu sistemi oluşturan aile, ekonomi, kültür, din, sağlık sistemi gibi alt sistemler de kişinin sağlık ve hastalık durumunu etkiler.

Hastalık kavramı; tıbbi açıdan, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği göstermekte, muayene sonrasında bir hastalık tanısı alması anlamına gelmektedir. Toplumsal-kültürel açıdan hastalık, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin ağrı, acı vb. duyma durumunu yükümlü olduğu rolleri yerine getirememe durumunu belirtir. *Özellikle kronik hastalıkla birlikte* yaşlı çalışamaz, günlük yaşamdaki rollerini yerine getiremez duruma gelebilir, zamanla içinde bulunduğu aile de bu hastalık durumundan etkilenmeye başlar. Tek bir kişiyi ilgilendirir gibi görünen hastalık, böylece zincirleme bir ileti ile topluma zarar verir.

Hastalık davranışı; yaşlıkta da bireyden bireye farklılık gösterir. Bazı yaşlılar yorgunluk, sırt ağrısı gibi hastalık belirtilerini, normal yaşamın bir parçası olarak görüp önemsemezken, bazıları sağlık personeline danışmakta, bazıları ise kendi kendine çeşitli rahatlatıcı ve iyileştirici yöntemler kullanmaktadır. Hastalık bulgularını yorumlama, değerlendirme ve tıbbi yardım arama kararı yaşlı bireyin cinsiyeti, yaşı, mesleği, inancı, içinde yer aldığı sosyal sınıf, kültürel yapı gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir.

Yaşlı sahip olduğu hastalığı, toplum içindeki normal rollerini sürdürmeye bir engel olarak görülüyorsa ve sosyal gruplardan dışlanma ile sonuçlanacağına inanıyorsa *yıkıcı olarak algılanmaktadır. Hastalığı bu şekilde algılayan* yaşlılar; sosyal izolasyonu engellemek amacıyla sıklıkla hasta olduklarını kabullenmezler ve bu nedenle genellikle sağlık hizmeti almazlar. Eğer yaşlılar; sosyal yükümlülüklerinden muaf tutulma gibi bir nedenle hastalığı olumlu bir deneyim olarak algılamakta ve hastalığa kurtarıcı olarak görürse genellikle tıbbi yardımı hasta rolüne yasal bir dayanak sağlamak için ararlar. Hastalık bir iş olarak görüldüğünde ise yaşlı; ev işleri veya para ödenen işlerde olduğu gibi çalışma zorunluluğu olan bir şey olarak hastalığı düşünebilmektedir. Özellikle birden fazla kronik hastalığı olan yaşlılar, gününün önemli bir kısmını hastalığına ve tedavisine göre düzenlemeler yapmakla geçirir.

Aniden başlayan ve *şiddetli belirtiler gösteren hastalıklarda* yaşlılar yardım almanın gerekliliğine daha *çabuk kanaat getirirler.* Genellikle şiddetli ağrı ya da kanama gibi belirtiler gözlendiğinde birey durumu ciddi olarak algılar ve tıbbi yardım aramaya yönelir. Yavaş ilerleyen, günlük yaşam akışını bozmayan, hafif belirtilerle seyreden kronik hastalıkların başlangıç aşamasında sağlık kuruluşuna başvurmayabilir.

Yaşlı daha çok bireysel düzeyde, sağlıklı kalmak için sahip olduğu bilgiler doğrultusunda (çevresinde bulunan akraba, arkadaşlarından, kitaplardan, internetten veya sağlık personelinden edinmiş olduğu) kendini hastalık belirtileri yönünden gözler ve bir rahatsızlık hissettiğinde (evdeki ilaçları kullanma, istirahat etme, bitkilerden yararlanma gibi) tedavi yöntemi uygular.

Yaşlının yeterli uyku, sağlıklı beslenme, ortama uygun giyinme gibi temel gereksinimler yönünden kendine gerekli *özeni gösterme; yaşamında sigarayı-alkolü bırakma, egzersiz yapma gibi* düzenlemeler yapması; düzenli olarak sağlık kontrollerine gitmesi ve verilen tedavi, rehabilitasyon uygulamalarını yerine getirmesi yaşlıda bir sağlık bilinci oluşturmaya bağlıdır. Bunu sağlamak için; yaşlının dolayısı ile toplumun sağlığını korumak, hastaların tedavilerini yapmak, tam iyileşmeyip sakatlıkları bulunanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak sağlık düzeyini yükseltmek için "sağlık hizmetleri" planlı bir şekilde sürdürülmelidir. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir.

1. **Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri**:
   Sağlıklı yaşam ilkelerini yerine getirmek suretiyle yaşlılıkta ortaya çıkabilecek pek çok sağlık sorunundan birincil düzeyde korunma sağlamak mümkündür. Yaşlılıkta koruyucu hizmetler; kişiye ve çevreye yönelik hizmetleri kapsar.
   Çevreye yönelik hizmetler çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, sosyal, ekonomik vb. etmenleri genel olarak kamu yoluyla ortadan kaldırmak ya da bu etmenlerin kişileri olumsuz şekilde etkilemelerini önleyerek, çevreyi olumlu duruma getirmeye yönelik hizmetlerdir. Ayrıca yaşlının yaşadığı çevrenin güvenli hale getirilmesi (cadde güvenliği, yaşlıya yönelik şuaları önlemek, evinde yaşlıya uygun ergonomik mobilya-koltuklar, raflar, kaymayan halı, banyo güvenliği, iyi aydınlatma, ısınma) çevreye yönelik koruyucu tedbirleri içerir.
   Kişiye yönelik hizmetler; sağlık eğitimi, kişisel hijyen, yalnızlıktan koruma, egzersiz programları, beslenmenin düzenlenmesi, kazalardan korunma, iyatrojenik hastalıklar ve ilaç etkileşimlerinden koruma, bağışıklama, ayak bakımı eğitimi, sigara bırakma danışmanlığı gibi koruyucu hizmetleri kapsar.
   Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülen bu hizmetlerde görev alan sağlık personelinin etkin bir hizmet sunabilmesi için bulundukları bölgenin yerleşim yeri özelliklerini, toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısını iyi tanımaları yerel yöneticiler ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde olmaları gerekmektedir.

2. **Yaşlılarda Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,**
   a. ***Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:*** Hastanın ilk başvurduğu hekim ya da sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşunda veya evde, ayakta muayene edilmesini ve tedavisini kapsar. Yaşlıların tedavi edici hizmetleri almalarını engelleyen bazı durumlar şöyle sıralanabilir:

Yaşlılar, kendilerinde bulunan bazı belirti ve bulguları yaşlanmanın doğal sonucu olarak kabul ederler. Bu düşünceye göre; yaşlanma sonucunda bazı işlevlerin zayıflaması ve bazı sağlık sorunlarının olması yaşın gereği sayılır ve doğal olarak kabul edilir. Bu konuya ilişkin olarak görme ve işitmenin zayıflaması, idrar kaçırma, vb. fizyolojik değişiklikler sayılabileceği gibi; diyabet, hipertansiyon, kalp/damar hastalıkları gibi kimi sağlık sorunları da örnek olarak verilebilir. Yaşlı kişi, bütün bu sağlık sorunlarını yaşlanmanın doğal sonucu olarak değerlendirebilir ve bu sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna gitmeyebilir.

Fizyolojik işlevlerin zayıflamasına bağlı olarak belirti ve bulguları algılamada bozulma olabilir. Yaşlı bir kişi, hangi belirtinin hastalığa işaret ettiğini tam olarak değerlendiremez ve bazı yakınmaları olduğu halde bu yakınması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünmeyebilir.

Yaşlıların genel eğitim düzeylerinin düşük olması da algılamada yetersizsizliğe neden olabilir. 65 yaş üzeri yaşlıların okur-yazar olmama durumu diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında daha fazladır ve yaşlıların bir bölümünde değişik düzeylerde depresyon vardır. Bu durum yaşlının sağlığına ilişkin motivasyonunu etkiler ve "nasıl olsa iyileşmem" düşüncesi ile sağlık kuruluşuna başvurmaz. Bazı yaşlılar da kendilerinde hastalık bulunacağı kaygısı ile sağlık kuruluşuna başvurmaktan çekinir. Özellikle kanser veya kalp hastalığı gibi moral yönden de önemli etkisi olabilecek hastalıkların ortaya çıkarılacağı konusundaki korkular, yaşlıların bazı yakınmalarını gizlemelerine ve bu yakınma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınmalarına yol açar. Yaşamda özellikle beslenme bakımından kısıtlamaya yol açabilecek olan diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar bulunacağı kaygısı da yaşlıyı sağlık kuruluşuna başvurmaktan alıkoyabilir.

Sağlık kuruluşları ile ilgili durumlar yaşlının hizmeti almasını engeller. Bazı durumlarda yaşlılar, birtakım yakınmaları olduğu ve bu yakınması için sağlık kuruluşuna gitmek istediği halde, ulaşamadıkları için sağlık hizmetinden yararlanamazlar. Bazılarının sağlık kuruluşuna gitmek için maddi olanağı yetersizdir, bazılarının da sağlık kuruluşuna götürecek kimsesi olmadığı için gidememektedir. Ayrıca sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin düzenlenmesi bakımından yaşlılara özel hizmet sağlanmıyorsa, yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları güçleşir, bu yüzden de yaşlıların sağlık sorunları saptanamaz.

b. ***İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:*** Hastalığının erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi bakım almasını kapsar. İkincil korunma önlemleri hastalıkların erken tespitine olanak verir, tedavi şansını artırır en önemlisi yaşlının yaşam kalitesini olumlu etkiler. Herhangi bir yakınması olmasa bile yaşlılar, en seyrek yılda bir kez muayene olmalıdır.

Yaşlılıkta erken tanı ile belirlenmesi önerilen hastalıklar; hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, diyabetes mellitus, bazı kanserler (meme kanseri, serviks kanseri, larenks kanseri, prostat kanseri, kolon-rektum kanseri, deri kanseri), obezite, kas-iskelet sistemi hastalıkları (osteoporoz, dejeneratif artrit), anemi, görme-işitme bozukluklardır. Ancak İezzoni ve ark. hareket kısıtlılığı olan, zorlukla yürüyen, merdiven çıkmakta, ayakta durmakta zorlanan kişilerin tarama ve öneyici sağlık hizmetlerine önem göstermediklerini bulmuştur. Özellikle yaşlı kadınların mamoğrafi ve pab-semear taramasını yaptırmadıkları belirlenmiştir.

Yaşlıların taramalara katılma konusunda bilinçli ve istekli olmaları kadar sağlık hizmetlerinin var olması önemlidir. Ülkemizde KETEM'ler belirli hastalıkların erken teşhisinde yaşlı sağlığı bakış açısı ile erken tanı konusunda hizmet vermektedir. Ayrıca 65 yaş üzeri bireylerin sağlık durumlarına göre periyodik muayeneleri de yapılmalıdır. Hemşireler; yaşlıların erken tanı ve periyodik muayeneler konusunda farkındalığını artırmak ve olumlu sağlık davranışı, geliştirip sürdürmeleri için sağlık eğitimleri yaparlar.

c. ***Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:*** Hastanın en üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı tedavi merkezinde tedavisini kapsar. Ülkemizde 65 yaş üzerindeki yaşlıların %90'ının kronik bir hastalığa sahip olduğu, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört ve daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu belirtilmektedir. Görme, işitme yetileri azalan yaşlıların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Kronik hastalık komplikasyonları, kaza ve yaralanmalar nedeniyle düşmelerle sık karşılaşılmaktadır.

Özşaker ve ark. yaptığı çalışmada; yaşlı hastaların acil servislere başvuru oranı %13,0 (79,123 başvuru) olarak tespit edilmiştir, literatürde bu oran %11-50 arasındadır. En sık beş başvuru nedeni olan hastalık grubu hipertansiyon, bronşit-amfizem-astım, kalbin diğer hastalıkları, üst solunum yolu enfeksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonu olarak sıralanmaktadır. Literatüre göre toplumda yaşayan depresif hastaların daha çok somatik nedenlerle polikliniklere başvurdukları, psikiatri servislerine gitmedikleri ve antidepresan kullanmadıkları belirtilmektedir. Ayrıca kırsal bölgede yaşan, depresif hastaların verilen hizmetlerin farkında olmamaları ve hizmet imkanlarının sınırlı olması da ruh sağlığı hizmetlerden yeterince yaralanamdıklarını göstermektedir. 1996-2010 (13 yıl) yıllarında devam eden bir izlem çalışmasında, genel popülasyona göre kırsal bölgede yaşayan 70 üstü depresif yaşlıların; pratisyenler hekimlere, psikiyatri hastanelerine daha fazla gittiklerini, ileri yaş döneminde prognozlarındaki kötüleşmeye bağlı, mortalite oranlarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu sonuç üçüncü basamakta yaşlının hastalık tanısı doğru konulsabile tedavilerinin düzenli yürütülmesi, takip edilmeleri için birinci basamakla işbirliği yapılması gerekmektedir. Böylece ilaçların düzenli kullanmalrı ve tekrarlayan depresif atakların önlenmesi mümkün olacaktır.

3. Rehabilitasyon Hizmetleri:

Geriatrik rehabilitasyon, yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Fonksiyonel ve medikal değerlendirme yapılarak, gerçekçi hedefler doğrultusunda, iyi organize edilmiş rehabilitasyon programının, interdisipliner prensiple oluşturulmuş rehabilitasyon ekibi tarafından, zaman, mekan yoğunluk bakımından değerlendirilerek, hastaya özgü tedavi yaklaşımları kapsayan ilkelerle yürütülmesi gerekir. Rehabilitasyon programlarında, özürlülük sürecinin farklı aşamalarında farklı sağlık çalışanlarının ekip anlayışı içinde hizmet vermesi gerekir.

Rehabilitasyon ekibinde hekim, hemşire, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, psikolog, sosyal çalışmacı, beslenme uzmanı, ortez-protez uzmanı, mesleki danışman, rekreasyonel terapisti gibi ihtiyaç dahilinde meslek mensupları görev alır. Hekimler, geriatrik hastanın değerlendirilmesi, hastalık, yetersizlik ve özürlülük seviyelerinde erken tanı, tedavisini planlarlar. Fizyoterapistler, kas-iskelet sistemi ve sinir sistemi üzerine çalışırlar. Uğraşı terapisti, yaşlının kendine bakım ve günlük yaşam aktivitelerini (GYA) değerlendirir, yardımcı malzemelere uyum sağlayıcı cihazların kullanılmasını öğretir. Günlük yaşamda para harcama, ev içi güvenlik, uygun ve doğru karar verme gibi kognitif işlevler konusunda hasta ile pratik yaparlar. Diyetisyen yaşlının kendi kendine yeterli ve dengeli beslenmesi için gereken düzenlemeyi sağlar. Konuşma terapisti, tüm yönleriyle yaşlının iletişimi ile ilgili konularda çalışır. Yutma ile ilgili sorunlar, larenjektomi ve diğer baş boyun cerrahisi girişimlerinin sonucu ortaya çıkan komplikasyonlarda ilgilenir. Sosyal çalışmacılar, genellikle engellilik aşamasında görev yaparlar. Hastanın toplum içerisindeki sosyal, fiziksel, ekonomik durumu değerlendirilmesini yaparlar. Rekreasyonel terapistler, engellilik aşamasında boş zamanların anlamlı şekilde geçirilmesi için düzenleme yaparlar. Yaşlılara gruplar halinde aktiviteler düzenleyerek sosyal iletişimi sağlar kişisel hobileri kullanarak kendine güven ve bakımı kolaylaştırmaya, bu şekilde yaşlının özürlülük durumuna uyumunu sağlarlar. Psikologlar, rehabilitasyon ekibine yaşlının psikolojik veya kognitif durumunun test edilmesinde katılırlar.

Hemşire, rehabilitasyonun her aşamasında görev almaktadır. Bazı hemşireler rehabilitasyon alanında özelleşirler. Günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmada hemşirenin görevleri ve işlevleri vardır. Hastaların genel durumlarını izleyerek aksaklıkları tespit eder gerekli hemşirelik girişimlerini uygular. Hastanın kendisi ve bakımında görev alacak aile bireyleri eğitir. Hastanın ilaçlarını doğru bir şekilde almasında, kabızlık korunma, barsak ve mesane aktivitesini öğrenmesinde, yatak seviyesindeki yaşlının bası ülserlerinin önlenmesinde, ilaçlarını almasında, beslenmesinin sağlanmasında, cilt bakımında önemli görevleri vardır. Aile, toplum, resmi kurumlar ve diğer kaynaklarla iletişime geçip yaşlının yeniden işlevsel bir birey olası için uygun düzenlemeleri yaparlar. Ev ziyaretleri ile hastanın sonraki ihtiyaçlarında aracı olurlar. Toplumla tekrar bütünleşmeye yardımcı olurlar. Yeni gelişen özürlülüğe uyum sağlamada, rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyecek demans ve depresyon gibi konuları tespit ederek psikolog ve psikiyatristlerle işbirliği sağlarlar Rehabilitasyonun hizmetleri akut bakım hastaneleri, rehabilitasyon hastaneleri, özelleşmiş bakım evleri, poliklinik hizmetleri ve ev ortamı yürütülür. Hemşireler her birimde de görev alırlar.

Rehabilitasyon Programlarının; sağlık izlemleri ile birlikte yürütülmesi esastır. Yaşlının genel sağlık durumu ve laboratuvar değişiklileri rehabilitasyon uygulamaları nedeniyle bozulabilir. Örneğin kalp krizi geçirmiş bir yaşlıya, hastalığına yönelik

rehabilite edici kilo verme, egzersiz programı planlanmış ise rehabilitasyon ekibinin planlamada hastanın mevcut hastalıklarını göz önüne alması, hemşirenin yaşlıyı hipertansiyon yönünden takip etmesi gerekir. Diabetik yaşlı hastaların; hipoglisemi olmaksızın normal aktiv düzeylerini sürdürmeleri, sedanter olmayan yaşlılarda aerobik egzersiz ile insülin direncinin azaltılması hedeflenirken, şeker hastalarının kan basıncını izlemek gerekir. Yaşlı diğer ilaçlarını kullanırken yan etkiler yönünden değerlendirilmelidir.

Kaynaklar:

1. BEĞER T., YAVUZER H.: "Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi" Klinik Gelişim 2012; 25: 1-3
2. DEMİRSOY N., ÖZYE MİŞÇİ TAŞKIRAN Ö.: "Yaşlılarda kardiyak rehabilitasyon: Türkiye'ye ve dünyaya genel bir bakış" Turkısh Journal Of Gerıatrıcs Supplement 2, 2010
3. TEKİN A.: Sağlık-hastalık olgusu ve Toplumsal kökenleri" TC Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi 2007
4. DANIŞ M.Y.: "Toplum temelli bakim anlayışı ve Sosyal hizmetler: Türkiye örneğinde Bir bakım modeli önerisi" Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11 (2): 94-105
5. SAMANCIOGLU S., KARADAKOVAN A.: "Yaşlı Sağlığının Korunması ve Gelistirilmesi" Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:13 (2010)
6. WHO Information Fact Sheet. Population ageing-a public health challenge, Number 135, September 1998 (https://apps.who.int/ inf-fs/en/fact135.html, 22.04.2013.
7. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2012, Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri http://www.tuik.gov.tr /VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. 22.04.2013.
8. Kutsal YG.: Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. http://thb.hacettepe.edu.tr/, 2003, sayı
9. Health For All For The Twenty First Century, The Health Policy for Europe. World Health Organisation, Regional Office For Europe, Copenhagen, 1997: 33
10. World Health Organisation. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 6) Copenhagen, 1999. p: 33-37
11. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challange. UNFPA Publication 2012,pp.19,170,171. http://gerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2013/04/UNFPA-Report.pdf. Erişim:28.04.2013.
12. "Birinci Basamak İçin Temel Geriatri" Ankara Türk Tabipler Birliği Eylül 2012
13. ÜNSAL A.; ÇEVİK A., METİNTAŞ S., ve ark.: "Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları" Geriatri 6 (3): 83-88, 2003
14. ÖZŞAKER E., DEMİR-KORKMAZ F.;DÖLEK M.: "Acil servise başvuran yaşlı hastaların Bireysel özelliklerini ve başvuru nedenlerinin incelenmesi" Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14 (2) 128-134

YAŞLIDA DEPRESYONU TANIMA, ÖNLEME VE TEDAVİ SÜRECİ- HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

DOÇ. DR. LEYLA ÖZDEMİR

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ A.D

Major depresyon ile birlikte DSM-IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual) tanı kriterlerini karşılayamayan hastalar için eşik altı depresif durumlar "Başka Türlü Adlandırılamayan" (BTA) depresif bozukluklar başlığı altında tanımlanmıştır. Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluklar arasında *distimi* (iki yıldan uzun süreli majör depresyon tanısı için yetersiz seviyede bulguların görüldüğü kronik depresif bozukluk), *minör depresyon* (9 depresyon belirtisinden (depresif ruh hali, yaşamdan alınan zevk ve ilginin azalması, kiloda değişim, uykuda artma ya da azalma, ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, değersizlik ya da suçluluk hissi, konsantrasyonda azalma, ölüm ya da intihar düşüncesi) 5 ile 2'sinin en az iki hafta görülmesi) ve *rekürren* kısa depresyon (majör depresyon tanısı koymaya yetecek sayı ve şiddete semptomun iki haftadan kısa süreli görülmesi) bulunmaktadır. Yaşlılarda depresyon sadece hafif formlarda değil, aynı zamanda hiçbir afektif belirti olmadan da kendini gösterebilmektedir. Bu durumda afektif belirtiler yerine somatizasyon (ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin (duygusal ve bilişsel tepki yerine) bedensel belirtilerle ifade edilmesidir) görülmekte; ortaya çıkan tablo *maskeli depresyon* olarak tanımlanmaktadır (Kesebir 2004; Akın-Aslan ve ark. 2011). Yaşlıda depresyon kronik hastalıkları, bilişsel durumu, aile yaşantısını olumsuz etkilemekte; mortaliteyi artırmaktadır. Blazer et al. yaşlıda depresyona bağlı mortalite riskini artıran faktörler arasında; kronik hastalıkların, bilişsel bozuklukların ve yetersiz sosyal desteğin bulunduğunu bildirmiştir (Blazer et al.2001). Major depresyon olan yaşlıda konsantrasyon güçlüğü, mental süreçlerde yavaşlama ve yönetimsel fonksiyonlarda sorunlar gibi demansa benzer tablo (psödodemans) görülmektedir (Alexopoulos 2005, Martin et al 2000). Bu nedenle yaşlıda depresyon, demans ve deliryum tablolarının klinik açıdan ayırt edilmesi zordur (Martin & Haynes 2000).

Yaşlıda görülen majör depresyona genellikle hiperkolestrolemi, tip 2 diyabet, hipertansiyon, abdominal yağlanma ve azalmış kemik yoğunluğu eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada yaşlıda görülen depresyon ile azalmış serebral perfüzyon ve vazomotor aktivite arasında ilişki saptanmıştır (Tiemeier et al. 2002). Ayrıca ekonomik güçlükler, sahip olunan sakatlıklar, düşük fonksiyonel kapasite, daha önceki depresyon öyküsü, sosyal izolasyon, olumsuz yaşam deneyimleri, yaşanılan yerin değiştirilmesi ve yakınların kaybı da, yatkınlığı olan yaşlı grupta depresyonu başlatabilmektedir (Hybels et al. 2001; Kraaij et al. 2002; Cole & Dendukuri 2003; Alexopoulos 2005; Lyness et al. 2009). Yaşlının yaşadığı yerin zorla değiştirilmesi depresyona bağlı morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilerken; taşınmak için gönüllü olarak verilen kararların (özellikle huzurevlerine geçişte) olumlu etkisi bulunmaktadır. Eşini kaybeden yaşlıda da kaybı takiben ilk bir yıl içinde %10-20 oranında depresyon görülmektedir. Kadın cinsiyet ve olumsuz yaşam deneyimleri depresyon için risk faktörü olarak kabul edilirken; yaşlıda depresyon ile genetik markerlar arasında ilişki tam olarak ortaya çıkarılamamıştır (Demirkan et al. 2011). Ancak metilentetrahidrofolat redüktaz enzimindeki mutasyon nedeniyle oluşan serebrovasküler lezyonlar ile vasküler depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalar sürmektedir (Martin et al. 2000; Alexopoulos 2005). Schulman et al. yaptıkları çalışmada depresyon riskini yalnız yaşamanın 3.3 kat ve şehirde yaşamanın kırsalda yaşamaya göre 3.8 kat artırdığını; günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyacı olan yaşlılarda depresyonun daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir (Schulman et al. 2002). Kuo et al. depresyon ile düşük beden kitle indeksi

ve yüksek kortizol düzeyi arasında ilişki bulmuştur (Kuo et al. 2011; Smoliner et al. 2009). Tanaka et al. ise kadınlarda yüksek beden kitle indeksi, günde 9 saatten fazla uyuma ve sigara içmeyi depresyon için risk faktörleri olarak belirtmiştir (Tanaka et al. 2011). Yaşlıda depresyon riskini azaltan faktörlere ilişkin yapılan çalışmalarda ise dini sosyal aktivitelere katılmanın ve omega 3 yağ asidi kullanmanın depresyon riskini düşürdüğü saptanmıştır (Black et al. 2003; Blay et al. 2008; Tajalizadekhoob 2011).

Genel olarak yaşlı nüfusta major depresyon %1-4, minör depresyon %4-13, distimik bozukluk %2 oranında değişmekle birlikte; bu oran 70-85 yaşlarında ikiye katlanmaktadır (Alexopoulos 2005). Yaşın artışı ile depresyon insidansı önemli oranda yükselirken, iyileşme oranı azalmaktadır (Solhaug et al. 2012). Ayrıca depresif sendromlar hastaneye başvuran, huzurevlerinde ve uzun süreli bakımevlerinde bulunan yaşlılarda %35 gibi yüksek oranlarda görülmektedir (Alexopoulos 2005).

Yaşlı nüfusun sıklıkla başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında (aile sağlığı merkezlerinde) çalışan hekim ve hemşirelerin nadiren depresyonu tanıladığı ve çoğunlukla uygun olmayan şekilde tedavi ettiği bilinmektedir. Bu durumun nedenleri arasında depresyonu tanılamak ve yönetmekle ilgili bilgi eksikliği, duygusal sorunları konuşmadaki isteksizlik ve hastaya ayrılan zamanın kısıtlı olması yer almaktadır. Sonuç olarak yaşlı bireyde depresyon genellikle tanılanmamakta ve uygun şekilde tedavi edilememektedir (Alexopoulos 2005). Mellor et al. yaşlıda depresyonu yönetmeye yönelik sağlık çalışanlarına verdikleri modüler eğitimle sağlık çalışanlarının depresyon bilgi ve becerisini; depresyonu tanılama, izleme ve tedavi etme etkinliğini artırmışlardır (Mellor et al. 2008). Japonya'da 10 yıl süresince yaşlılara depresyon açısından izlem ve eğitim; mental sağlık ve psikiyatrik tedavi hizmetlerinin sunumu ile kadın ve erkekte depresyon riskinin azaldığı bildirilmiştir (Oyama et al. 2004).

Depresyon semptomlarını hafifletmek için gevşeme teknikleri, bilişsel yeniden yapılanma stratejileri (duygu ve düşünceleri izleme, kanıt sorgulama, alternatifleri sınama, felaketsizleştirme, yeniden düzenleme-çerçeveleme, düşünceleri durdurma), problem çözme ve iletişim ile uyku ve beslenme sorunlarına yönelik müdahaleler kullanılmaktadır (Alexopoulos 2005; Çalık & Aktaş 2011). Depresyondan primer korunma kapsamında özellikle vasküler depresyon için hipertansiyon, hiperlipidemi ve plazma homosistein düzeyinin kontrol altında tutulması; yaşlı gruba depresyon ve tedavi ile ilgili eğitim verilmesi; toplumsal düzeyde stigma nedeniyle depresyonun gizlenmesi sonucu tıbbi yardım arayışına girilmemesi ve tedaviye uyumla ilgili sorunların ele alınması gerekmektedir. Sekonder korumada ise antidepresanların ve psikoterapinin ayrı olarak ya da kombine kullanımı ile yaşlıda relaps riskinin azaltılması vurgulanmaktadır. Yaşlıda depresyonun yönetiminde geleneksel bakım modelleri yerine multidisipliner işbirliği ve konsültasyonu içeren yaklaşımın daha başarı olduğu bilinmektedir. Sekonder koruma ayrıca aile hekimlerine ve hemşirelere depresyonun tanılanması ve yönetimi ile ilgili eğitim etkinliklerini de içermelidir. Tersiyel koruma kapsamında ise yaşlıda öz kıyım düşüncesini ve riskini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını ve depresyon semptomlarının kontrol altında tutulması yer almaktadır (Alexopoulos 2005).

Depresyon açısından yaşlının değerlendirilmesinde hemşire öncelikle tıbbi kayıtları incelemeli ve psikotrop ilaçların kullanım öyküsünü araştırmalıdır. Ayrıca hemşire depresyon belirti ve göstergeleri arasında bulunan duygusal küntlük, öz-bakım uygulamalarının yetersizliği, kilo kaybı ya da alımı, uyku düzeninde değişim, çaresizlik duygusu ve düşük yaşam enerjisi gibi durumları da değerlendirmelidir. Hemşire, yaşlı hastada depresyondan şüphelendiğinde yaşlının öz-kıyım ya da ölüm düşüncesini de sorgulamalı ve bu durumu saptadığında gerekli önlemleri almalıdır. Depresyon tanısı alan yaşlıya bakım veren hemşire, yaşlıyı duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmeli, terapötik dinleme tekniğini kullanarak gerekli ilgiyi sağlamalıdır. Depresyonu olan yaşlıya eğitim veren hemşire ise, depresyonun öğrenme sürecini yavaşlattığını; öğrenmenin sağlanması için sabır ve tekrar gerektiğini, verilen bilginin anlaşıldığına ilişkin geri bildirim alınması ve aile bireylerinin de eğitim sürecine dahil edilmesi gerektiğini bilmelidir (Martin & Haynes 2000).

Öz-kıyım düşüncesi depresyonun şiddeti ile yakından ilgilidir. Kontrol altına alınmayan ya da uygun şekilde yönetilemeyen depresyonun en önemli sonucu olan öz-kıyım, yaşlıda genel popülasyona göre iki kat fazla görülmekte ve genellikle ölümle sonuçlanmaktadır. Ayrıca öz-kıyım düşüncesi olan yaşlılar gençlere göre daha fazla bu düşüncelerini eyleme dönüştürmektedir (Alexopoulos 2005). Geriatrik intiharların önlenmesinde sağlık personelinin görev ve sorumlulukları;

- Birinci basamak sağlık hizmeti veren personelin intihar olgusu ve önlenmesi hakkında bilgilendirilmesi,
- Kriz halinde bulunan yaşlıya uygun yaklaşım yollarının öğrenilmesi,
- İntihar girişiminde bulunan bireylere ve ailelerine bu alanda eğitim almış profesyonellerce, acil medikal tedavinin uygulanması,
- Gerekli psikososyal desteğin sağlanması,
- Kayıt sistemi oluşturarak intiharla ilgili veri bankası oluşturulması,
- İnterdisipliner işbirliği içerisinde diğer ekip üyelerine gerekli bilgilerin verilmesi,
- Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavileri için hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının eğitimi,
- İntihar girişiminde bulunup hayatta kalan bireylerin en kısa zamanda tedavi ve rehabilitasyon için uzmana yönlendirilmesi,
- İntihar düşüncesi olan bireylerin belirlenerek uzmanlara yönlendirilmesidir (Alptekin 2013).

Ayrıca akut intihar tehlikesini ortadan kaldırmak için intihar önleme merkezlerinin kurulması, özellikle majör depresyon gibi yüksek intihar riski taşıyanlar ile intihar girişiminde bulunanlar için rutin psikiyatrik danışmanlık hizmeti verilmesi ve bu konuda toplumun eğitilmesi gerekmektedir. İntiharları önleme ya da azaltmada ruh sağlığı alanında hizmet veren kurum, kuruluş ve kişilerin çalışmalarına (silah kontrolü, ilaç dağıtımı, alkol kullanımı gibi) konu ile ilgili politika ve yasalar destek olmalıdır. Bu kapsamda kitle iletişim araçlarının intihar nedenlerine dikkat çekmesi ve intihar haberi aktarımında özendirici olmaması gerekmektedir. Sonuç olarak, yaşlıda depresyonun önlenmesi ve depresyon oranlarının azaltılması için bireysel çabaların yanı sıra mesleki, toplumsal ve yasal çalışmalar da gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005 Jun 4-10; 365(9475):1961-70.
2. Alptekin K. İntiharları önlemede izlenecek çeşitli stratejiler. URL:http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ intiharonleme.htm. Nisan 28, 2013.
3. Aslan AA, Sarı BA, Kuruoğlu A. Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. Klinik Psikiyatri 2012; 15:56-64.
4. *Black HK, White T, Hannum SM. The lived experience of depression in elderly African American women.* Journal of Gerontology: Social Sciences 2007 Nov; 62B(6):S392-8.
5. Blay SL, Batista AD, Andreoli SB, Gastal FL. The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. Am J Geriatr Psychiatry 2008 Nov; 16(11):934-43.
6. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons A case for multiple, independent pathways. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2001 Aug; 56A(8):M505-9.
7. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2003 Jun; 160(6):1147-56.
8. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1):142-62.
9. Demirkan A, Penninx BW, Hek K, Wray NR, Amin N, Aulchenko YS et al. Genetic risk profiles for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. Molecular Psychiatry 2011; 16:773-83.
10. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: An analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. The Gerontologist 2001 Jun; 41(3):357-65.
11. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 1:14-9.
12. Kraaij V, Arensman E, Spinhoven P. Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. Journal of Gerontology: Psychological sciences 2002 Jan; 57B(1):P87-94.
13. Kuo SY, Lin KM, Chen CY, Chuang YL, Chen WJ. Depression trajectories and obesity among elderly in Taiwan. Psychological Medicine 2011; 41:1665-76.
14. Lyness JM, Yu Q, Tang W, Tu X, Conwell Y. Risks for depression onset in primary care elderly patients:Potential targets for preventive interventions. Am J Psychiatry 2009 December; 166(12): 1375–83.
15. Martin JH, Haynes LC. Depression, delirium, and dementia in the elderly patient. AORN J 2000 Aug; 72(2):209-17.
16. Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients implementation and qualitative evalua-

tion. Journal of Gerontological Nursing 2008; 34(9):8-15.

17. Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. Community Mental Health Journal Jun 2004; 40(3): 249-63.
18. Parmelee PA, Lawton MP, Katz IR. The structure of depression among elderly institution residents: Affective and somatic correlates of physical frailty. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1998 Mar; 53(2):M155-62.
19. Schulman E, Gairola G, Kuder L, McCulloch J. Depression and associated characteristics among community-based elderly people. J Allied Health 2002 Fall; 31(3):140-6.
20. Smoliner C, Norman K, Wagner KH, Hartig W, Lochs H. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly. British Journal of Nutrition 2009; 102:1663-67.
21. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: An 11-year follow-up in the general population - the HUNT study. Int Psychogeriatr 2012 Jan; 24(1):151-8.
22. Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: A seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry 2011; 11(20):1-10.*
23. *Tiemeier H, Bakker SLM, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MMB.* Cerebral hemodynamics and depression in the elderly. *J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 73:34-9.*
24. Trief PM, Morin PC, Izquierdo R, Teresi J, Eimicke JP, Goland R et al. Depression and glycemic control in elderly ethnically diverse patients with diabetes: The IDEATel project. Diabetes Care 2006 Apr; 29(4):830-5.

YAŞLI BİREYE SUNULAN HİZMETLER: KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ HİZMETLERİ

DOÇ. DR. SEVGİSUN KAPUCU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ve sorunları olan bir süreçtir. Yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelemeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanabilir. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu hızla artmakta ve ülke sağlık politikaları da yaşlı bakımına daha çok ağırlık vermektedir. Özellikle gelişmiş ülkeler artan yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetlerini planlamada geleceğe yönelik önlemler almaktadır. Yaşlılık dönemindeki sağlık sorunları diğer dönemlerden farklı özelliklere sahiptir, bu nedenle de bu dönemdeki sağlık hizmetleri önemli özellikler gösterir. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastalıklardan korunma, yeti yitimin önleme ve geciktirme, bağımlı olmadan yaşama, tedavi edici hizmetlerin verilmesi yanında rehabilitasyon imkanlarını sunan yaşlılara üretken ve kaliteli bir yaşam sağlanması olmalıdır. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri şunlardır;

- Yaşlılara götürülen hizmetler bütüncül yaklaşımla ele alınmalı ve koruyucu hizmetler öncelik verilmelidir. Sağlıklı yaşlanma ilkelerine uyulmasında toplum eğitilmelidir.
- Gereksinimleri olan bütün yaşlılar sağlık hizmetlerine erişebilmelidir.
- Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler işbirliği içinde yaşlı bakımı verilmelidir.
- Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak planlanmalıdır.
- Sağlık hizmetleri sürekli olmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin temel amacı, yaşlıların kendi evlerinde olabildiğince uzun, başkalarına bağımlı olmadan, rahat ve huzurlu yaşamalarını sağlamak olmalıdır.
- Bakım gereksinimi olan yaşlılara alternatif yerleşim olanakları sağlanmalıdır.
- Fiziksel ya da mental hastalık nedeniyle gereksinmesi olan yaşlılara uygun hastane koşulları sağlanmalıdır.

Yaşlılara götürülen sağlık koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanmasında risk gruplarının tespit edilmesi ve ele alınması gerekir.

- 80 yaş ve üzerindeki yaşlı grup,
- Yalnız yaşayanlar,
- Huzurevlerinde yaşayanlar,
- Tek başına ya da çift olarak izole edilmiş olanlar,
- Çocuksuz yaşlılar,
- Kronik bir hastalığı olanlar,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme güçlüğü olanlar,
- Sosyal kurumlardan destek almayan ya da çok az destek alanlar.

Bütün dünyada, yaşlılara sunulan hizmetlerde görev alan sağlık elemanlarının geriatri ve gerontoloji alanlarında eğitim görmüş olmaları benimsenen bir ilkedir. Özellikle yaşlı sağlığı alanında hizmet veren hemşirelere yaşlıların gereksinimlerinin belirlenmesinde ve belirlenen gereksinimlere yönelik hemşirelik bakımının sağlanmasında büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle, bu alanda çalışan hemşirelerden iyi bir klinik bilgisine sahip olmaları yanında, danışman, vaka yöneticisi ve sağlık eğitimcisi gibi birbirini tamamlayan rolleri yerine getirmeleri ve bu rollerini yerine getirirlerken öncelikle yaşlıların sağlık gereksinimlerini belirlemeleri ve bu doğrultuda planlama yapmaları beklenmektedir. Hemşire-

ler yaşlılara yönelik olarak bakım verici, eğitici, danışman ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedirler. Yaşlının hastanede, yaşlı bakım evi, huzurevi ve ya kendi evinde bulunması hemşirelerin yaşlı hastaya yönelik verecekleri hizmetleri değiştirmez. Hemşirelerin yaşlı bakımındaki rollerini etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, yaşlılıkta görülen kronik hastalıklar, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ve sosyal destek hizmetleri konusunda yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması ve sürekli eğitimlerle geliştirilmesi gerekmektedir.

Yaşın artmasıyla birlikte kronik hastalık görülme sıklığı da artmaktadır. Kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım sorunlarına yol açmaktadır. Tüm yaşlıların yaklaşık % 80'i en az bir, %50'si ise en az iki kronik hastalığa sahiptir. Eskişehir'de yapılan bir araştırmada yaşlıların %71.8'inde bir veya daha fazla kronik hastalık olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel sağlık sorunları olmasalar da yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bunların yanında yaşlılarda fizyolojik değişikliklere bağlı olarak diş kayıpları, iştahsızlık, hazımsızlık, emilim ve boşaltım bozuklukları, konstipasyon, diyare, kaşeksi, obezite ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir. Toplumda yaşayan yaşlılarda idrar inkontinansı prevalansının %8-34 arasında değiştiği, %70'inin ağrı yaşadığı bildirilmektedir.

Kişilerin fiziksel kapasiteleri yaşla birlikte azalmaktadır, bu durum yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (CDC) göre kronik hastalıklar 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %39'unun günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır. Yaşları 65-79 arasındaki yaşlıların yüzde 11.5'i hareket etme, banyo, giyinme, tuvalet ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerine yardıma gereksinimi vardır. Osteoartrit ve diğer romatizmal hastalıklar, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun %50'sinde görülür. Bu sorunlar yaşlılarda işlevsel yetersizliğe neden olmaktadır. Ayrıca duyu kayıpları, kalp hastalıkları, kırıklar, hipertansiyon, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar da günlük yaşantıyı etkilemektedir.

Yaşlılar sağlık sorunlarının daha az farkına varmaktadırlar ayrıca, semptomları inkar etme ya da şikayetlerini ifade etme güçlüğü, sağlık personelince yeterli ilgi gösterilmemesi, yakınmaların olağan sayılması ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, gençlere göre öğrenim düzeylerinin düşük olması yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü artırmaktadır. Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri bir ekip hizmetini gerektirir. Bu ekibin en etkin üyelerinden birisi olan hemşirenin, yaşlılara vereceği bakımı planlamada ilk adımı yaşlıların sağlık gereksinimlerini belirlemektir.

Yaşlının sağlık durumunun değerlendirilmesinde aşağıdaki başlıklar ele alınmalıdır;

1. Kapsamlı sağlık hikayesi,
2. Fizik muayene,
3. Zihinsel durumun değerlendirilmesi,
4. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi,
5. Yaşanılan çevrenin değerlendirilmesi,
6. Sosyal kaynakların değerlendirilmesi.

Hemşire yaşlıyı değerlendirirken yaşlı değerlendirme formu kullanırsa sorunların çözümünde daha etkili olabilir. Böylece yaşlıdan elde edilen veriler doğrultusunda hasta bakımı bireye özgü ve bütüncül yaklaşım ile hemşire tarafından verilir. Bakım planı ister hastane ister kurum bakımı olsun hemşirenin kaliteli bakım vermesinde etkilidir. Yaşlı bakımının planlanması gereksinimlerin öncelik sırasına konulmasını, doğru hedeflerin saptanmasını ve gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin doğru uygulamaların yapılmasını sağlar.

Türkiye'de yaşlı hizmetleri içinde ilk sırayı sosyal güvenlik programları ve sosyal hizmet programları çerçevesinde kurum bakımı (huzurevleri) almaktadır. Ülkemizde yaşlı bakım hizmetleri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülmektedir. 1956 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve bu tarih itibariyle yaşlılara götürülen hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi görevinden devlet sorumlu tutulmuştur. 1983 yılında çıkarılan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile bu kurum doğrudan yaşlı ferahı ile ilgili tüm görevleri üstlenmiştir. Yaşlı refahı ile ilgili hizmetlerden en önemlileri kurum bakım hizmetleri (huzurevi), yaşlı danışma merkezleri ve evde bakım hizmetleridir. Huzurevlerine maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olan, ancak günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve

daha yukarı yaştaki kişiler alınmaktadır. Huzurevlerine ekonomik gücü yerinde olmayan, kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ya da kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olan fakat yükümlülerin ekonomik gücü yeterli olmayan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yerinde olan ancak sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedirler. Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra, tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, ayrıca besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist gibi uzman kişiler tarafından koordineli bir biçimde verilmektedir. Onat (2004) tarafından Ankara'da yapılan araştırmada; 1300 yaşlı kişi ile görüşülmüş yaşlıların neredeyse tamamına yakınının (%91.7) huzurevinde kalmayı istemedikleri belirlenmiştir. Huzurevinde kalmayı istememe nedenleri incelendiğinde; yaşlıların yarısı (%50.1) ailesiyle kalmaktan mutlu olduğu, %21'i çocukları izin vermeyeceği, %9.9'u yalnız yaşamaktan hoşlandığı, %2.2'si huzurevi ortamından rahatsız olduğu için, %1.8'i ise toplum baskısı nedeniyle huzurevinde kalmak istememektedir (Onat, 2004).

Ülkemizde huzurevleri dışında yaşlı bakım evlerinde özellikle Alzheimer gibi ilerleyici ve bakım gereksinimi olan hastaların bakım aldığı kurum hizmetleri de verilmektedir. Ayrıca geriatri ünitelerinin yer aldığı hastaneler, devlet, üniversite ve özel hastanelerinin tüm yataklı ve ayaktan bakım bölümlerinde, rehabilitasyon hizmeti verilen kurum ve hastanelerde yaşlı bakım hizmetleri verilmektedir. Evde yaşlı bakım hizmetlerinin belediye, özel, bazı devlet ve üniversite hastaneleri tarafından ve ayrıca özel kuruluşlar tarafından verildiği ülkemizde, hizmet sunumu tam olarak sosyal güvenlik kurumu bünyesinde yerini alamamıştır.

Kaynaklar

1. Onat, Ü. (2004). Yaslanma ve Sosyal Hizmet. Yaşlılık Gerçeği. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, H.Ü. Hastaneleri Basımevi, Ankara.
2. Bahar, A. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
3. Dönümcü, S. (2006). Yaşlı ve Sosyal Hizmetler, Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 52 (Özel Ek A): 42-46.
4. Öz, F. (1999). Yaşlılıkta Psikososyal Özellikler, Sosyal Hizmetler Dergisi, 1(9);19-27
5. Soygür, H. (2000). Bakımevlerinde Yaşlı Bakımı ve Psikolojik değerlendirme, Demans Dizisi, 1:32-40
6. Arıoğul, S. (2006). Geriatri ve Gerontoloji, MN Medical&Nobel, Ankara.
7. Gökçe-Kutsal, Y. ve Aslan, D. (2007). Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara.
8. Çınar, İÖ, Kartal, A. (2008). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi TAF Prev Med Bull 7(5):399-404.
9. Bahar, G. Bahar, A. Savaş, HA. (2009). Yaslılık ve Yaslılara Sunulan Sosyal Hizmetler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12
10. İ, G. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlılar Üzerine Bir Araştırma, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 1:5-24

YAŞLI RUH SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU 2013 KURSU KONUŞMA METİNLERİ

ALZHEİMER DIŞI DEMANSLARIN AYIRICI TANISINDA NELERE DİKKAT EDELİM?

DR. HAŞMET A. HANAĞASI

İSTANBUL TIP FAKÜLTESI, NÖROLOJI ANABILIM DALI, DAVRANIŞ NÖROLOJİSİ VE HAREKET BOZUKLUKLARI BİRİMİ

Giriş

Günümüzde demans sendromuna neden olan hastalıklar özellikle yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği'nin yaptığı bir araştırmada dünyadaki demanslı hasta sayısının 2010 yılı itibarı ile 35 milyona yaklaştığı bildirilmiştir. Bu hastaların yaklaşık 1/3'ünün Alzheimer Hastalığı dışındaki demanslar olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde ve dünyada hızla artan yaşam beklentisine paralel olarak demansla ilişkli hastalıklar giderek daha faza önem taşıyan bir sağlık problemi haline gelmektedir. Buradaki yazıda Alzheimer Hastalığı dışı demansların ayırıcı tanısı hakkında bilgi verilecektir.

Demansa neden olan 100'den fazla hastalık bildirilmiştir. Bunlardan bazıları çok nadir olarak görülen hastalıklardır. Altmış beş yaşın üzerindeki demans sendromunun en sık nedeni Alzheimer hastalığıdır (2). Bunu sırasıyla vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve Frontotemporal demans izler.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Alzheimer Hastalığı ve diğer demansa neden olan hastalıkların tanısı öykü, fizik muayene, nörolojik muayene, mental durum muayenesi ve laboratuar incelemelerine göre konulur. Demansa neden olan hastalıkların ayırıcı tanısında kognitif, davranışsal ve işlevsel özelliklerin sorgulanması yanında motor, otonomik ve uyku bozukluklarına ilişkin yakınmaların da sorgulanması ve buna yönelik muayene yapılması gerekir.

Tanı aşamasında önemli bir nokta demans sendromunun benzerlerinden ayırt edilmesidir. Bu bağlamda sık rastlanan bir ayırıcı tanı sorunu akut konfüzyonel durumdur (deliryum). Çeşitli sistemik hastalıklar veya ilaçlar sonrasında ortaya çıkabilen akut konfüzyonel durum ile demans tablosu benzer özellikler taşıyabilir ve hatta iç içe geçebilir. Akut konfüzyonel durumun klinik özellikleri arasında ani başlangıç, dalgalanan seyir, bilinçte ve dikkatte bozulma, uyku-uyanıklık siklusunda değişiklik, psikomotor bozukluklar, emosyonel bozukluklar ve algı bozuklukları sayılabilir. Bazı hastalarda konfüzyonel durum aylar sürebilir.

Alzheimer Hastalığı diğer nörodejeneratif demansların çoğunda olduğu gibi yıllar içinde yavaş ilerleyen bir seyre sahiptir. Buna karşın vasküler demans sıklıkla basamaksı bir seyir gösterir. Travma, hipoksi ve enfeksiyonlara bağlı sekonder demanslar genellikle statik bir seyir gösterirler. Lewy cisimcikli demanslı hastalarda parkinsonizm, görsel halüsinasyonlar ve klinik bulgularda dalgalanma gibi temel özelliklerden bir veya birkaç tanesi demans sendromuna eşlik eder. Frontotemporal demans kliniği ilk bulgu olarak dil bozukluğu veya disinhibisyon, apati, kişilik değişikliği, hiperseksüalite, hiperfaji gibi davranışsal semptomlarla ortaya çıkar. Vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve Frontotemporal demans hastalarında bellek bozukluğu genellikle erken evrelerde görülmez veya dikkat ve yürütücü işlev bozukluğuna sekonder gelişir. Demansın ayırıcı tanısında önemli bir hastalık da depresyondur. Depresyon yaşlı bireylerde sıklıkla Alzheimer hastalığı ile karışabilir. Bu nedenle zihinsel yakınmalarla gelen hasta grubunda depresyon titizlikle sorgulanmalıdır. Depresyonun Alzheimer hastalarında da sık görülen bir tablo olduğu unutulmamalıdır. Akılda tutulması gereken önemli bir nokta bazı demans türlerinin erken yakalanabildiği takdirde tedavi edilebilir olmasıdır (Normal basınçlı hidrosefali, bazı beyin tümörleri, hipotiroidizm ve enfeksiyonlar gibi).

İleri derecede demansı olan veya motivasyon azlığı nedeniyle mental muayene yapılamayan hastalara öykü ve laboratu-

ar özelliklerine bakılarak tanı yaklaşımı yapılır. Demans tanısı konulan veya şüphenilen her hastaya basit bir biyokimya, tam kan sayımı, tiroit fonksiyon testleri, serum vitamin B12 incelemesi ve kranyal BT veya MR (MR tercih edilir) incelemesi yapılmalıdır. Özellikle kranyal MR incelemesi demans ayırıcı tanısı yapabilmek için yararlıdır. Atrofi paterni, ak madde bozukluğunun olması, hidrosefalinin olması ve yer kaplayıcı lezyonun bulunup bulunmaması gibi çeşitli bulgular ayırıcı tanıda kolaylık sağlar. Lomber ponksiyon, EEG, PET/SPECT, serolojik incelemeler, sistemik hastalıklara yönelik ayrıntılı tetkikler ve beyin biyopsisi sadece ayırıcı tanı gerekli olduğu zamanlarda söz konusudur. Belirgin aile öyküsü olan, nedeni gösterilememiş erken başlangıçlı demansı bulunan olgularda ileri genetik inceleme yapılabilir. Yakın bir gelecekte Alzheimer hastalığı başta olmak üzere bazı nörodejeneratif demansların ayırıcı tanısı için biyobelirteçlerin günlük klinik pratiğe girmesi beklenmektedir.

Kaynaklar

1. World Alzheimer Report 2011. http://www.alz.co.uk/research/world-report-2011
2. Hanağası HA., Emre M. Demans Kavramı ve Hastaya Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Dergisi-Nöroloji-Alzheimer Hastalığı Özel Sayısı 2009;1:1-4.
3. Gürvit İH. Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. Nöroloji Ders Kitabı. Güneş Kitabevi. 2002: Sf:367-415.
4. Bailey P. Biological markers in Alzheimer's disease. Can J Neurol Sci. 2007;34 Suppl 1:S72-6.

YAŞLIDA SOMATİK BELİRTİLER VE PSİKİYATRİK AYIRICI TANISI

DOÇ. DR. SEMRA ULUSOY KAYMAK
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

Stres karşısında ortaya çıkan hem fizyolojik hem de psikolojik tepkiler bireysel farklılıklar gösterir. Bu farklı tepkilerin bir tanesi de stresin somatik belirtilere dönüştürülerek aşılmaya çalışılmasıdır. Bu, bilinç dışı bir savunma düzeneğidir (1). Yaşlılarda psikolojik stresin somatize edilerek bedensel bir yakınma olarak karşımıza çıkması sık rastlanan bir durumdur. Bununla birlikte somatoform bozukluklarda yaşla birlikte ne artma olduğundan ne de iyileşme olduğundan söz edilebilir (2).

Yaşlılardaki somatik belirtiler diğer yaş gruptakilerle benzerdir; çarpıntı, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, kabızlık ve ishal, paresteziler ve ağrılar sık karşılaşılan psikojenik kökenli somatik belirtilerine örneklerdir. Somatik belirtiler otonom belirtiler, kas gerginliği belirtileri, ağrı belirtileri, motor huzursuzluk olarak sınıflanabilir (3). Psikolojik distresin yarattığı fiziksel belirtiler yaşlı tarafından fiziksel bir hastalığa atfedilir ve belirtinin temel kaynağı fiziksel rahatsızlık olarak düşünülür fakat bunların çok azı direngenleşerek somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis ve ya konversiyon bozukluğu tanısı alır. Bu durumda tanı için belirtilerin sadece var olması değil, kişiyi sıkıntıya sokması ve kişinin işlevselliğini bozacak süre ve şiddette olmasının gerektiği düşünülmelidir (2). Riski artıran etmenler depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklar, yaşam boyu stresli olaylar, fiziksel hastalıklar, sosyal destek azlığı ve yaşamın bu son dönemecindeki memnuniyetin azlığıdır. Yaşlılarda tanı konmasını daha da zorlaştıran bir başka faktör ise genç somatoform bozukluk hastalarına göre daha az biçimde ilişki sorunlarıyla birlikte olmasıdır (4).

Somatizasyon bozukluğu gelişen kişilerin aslında yaşam boyunca psikolojik stresi somatik belirtilere dönüştürdüğü görülmektedir. Yaşamları boyunca patolojik olarak raporlanmayan birçok tetkik yaptırdıklarını, kendilerine yardımcı olmamış tedaviler aldıklarını ve iatrojenik komplikasyonlara maruz kaldıklarını görebilmekteyiz. Somatizasyon bozukluğu kroniktir ve yaşla iyileşme göstermemektedir (1).

Hipokondriyak hastalar tek bir organ veya belirtiye odaklanır ve bunun kaynağı olduğunu düşündükleri anlaşılamayan önemli bir hastalığın keşfi peşinde birçok doktor, birçok şehir hatta ülke dolaşabilirler. Farklı ve ileri tetkiklerle ilgilidirler. Somatizasyon bozukluğu hastalarının ise birçok bedensel belirtisi vardır ve odakları bu belirti ve iyileşmedir, hastalık adı değildir (1).

Somatik belirtiler özellikle de ağrı yaşlılığın normal bir parçası değildir. Bu belirtiler sadece somatizasyon bozukluğunun değil aynı zamanda depresyon veya anksiyete bozukluklarının veya gerçek fiziksel hastalıkların da bir işareti olabilirler (3). Örneğin yaşlı depresyonunun özellikle örtük bir biçimde somatik belirtilerle karşımıza çıktığını biliyoruz. Belirtilerin zamanlaması, ilişkili olduğu yaşam olayları eşlik eden diğer belirtiler ve yaşlının duygudurumu tanı konmasında oldukça yardımcıdır (2,4).

Ayırıcı tanının oldukça önemli olduğu bu noktada yaşlının düzenli fizik ve nörolojik muayene ve tetkiklerinin yapılıyor olması gereği ön plana çıkmaktadır. İyi tanı konamayan ve tedavi edilemeyen hastaların yaşam kalitesi düşer ve sağlık harcamaları ve ihtiyaç duyulan sosyal desteğin artmasına yol açar.

Kaynaklar

1. Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, stresle ilgili bozukluklar-I. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Cilt, Yenilenmiş 11. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008. s: 448-511.
2. Wijeratne C. Somatization in older people. Psychiatr Clin North Am. 2011 Sep;34(3):661-71. doi: 10.1016/j.

psc.2011.05.010.

3. Escobar JI. Somatoform Disorders. Edited by Sadock BJ, Virginia A, Ruiz P. Kaplan§Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Ninth Edition.2009. Lippincott Williams and Wilkins. S. 1927-1949.

4. Bergander B, Erdur L, Kallenbach-Dermutz B, Deter HC.Younger and older chronic somatoform pain patients in psycho-diagnostics, physician-patient relationship and treatment outcome. Biopsychosoc Med. 2013 Feb 4;7(1):4. doi: 10.1186/1751-0759-7-4.

ALZHEİMER'DE KULLANILAN İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

DOÇ. DR. ERGÜN BOZOĞLU
GATA GERİATRİ BİLİM DALI, ANKARA

Alzheimer Hastalığı (AH) bir asır evvel bir vaka takdimi şeklinde ortaya çıktıktan sonra pek anlaşılamamış, ancak ortalama insan ömrünün artmaya başlamasıyla son 2-3 dekatta önemi anlaşılmaya başlanmıştır. AH fizyopatolojisindeki ilerlemelere ve geliştirilen hipotezlere rağmen henüz tedavisi olmamakla birlikte sadece semptomatik tedavi yapılabilmektedir. Bu tedavilerle hastalığın progresyonunu yavaşlatmaya, yaşam kalitesinde ve hastalık evresinde stabilizasyon sağlamaya, hastanın günlük temel yaşam aktivitelerini daha uzun süre bağımsız devam ettirebilmesini sağlamaya, nöropsikiyatrik problemlerini azaltmaya ve bakıcı yükünü azaltmaya çalışılmaktadır.

AH tanısı alan bir kişi tedaviyi hak eder ve bir Asetilkolinesteraz (AChE) inhibitörü ile tedaviye başlanması, orta-ileri evredeki hastalara da Memantin eklenmesi gerekmektedir. Bu makalede tüm bu ilaçların yan etkileri ve dikkat edilmesi gereken hususlar tek tek ele alınacaktır. Bununla birlikte "**Hastalık yoktur, hasta vardır**" prensibi ile her hasta ayrı değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Donepezil

Reversible, Non-kompatetif Santral etkili Asetilkolinesteraz İnhibitörü

Kullanımı: Başlangıç dozu 5 mg günde bir kez yatmadan önce gıdalarla ilişkisiz olarak (aç veya tok) alınabilir, 4-6 hafta sonra 10 mg günlük doza çıkılabilir. Düşük BMI olanlarda 5 mg ile devam edilebilir (Kanada). Renal ve Hepatik yetmezlikte doz ayarlaması gerekmez.

Önemli Yan Etkileri:

> %10 görülenler:

Santral sinir sistemi: İnsomnia (%2-14)

Gastrointestinal sistem: Bulantı (%3-19; doz bağımlı), İshal (%5-15; doz bağımlı)

Muhtelif: Kaza (%7-13), Enfeksiyon (%11)

% 1-10 arası görülenler:

Kardiyovasküler: Hipertansiyon (%3), göğüs ağrısı (%2), kanama (%2), senkop (%2), hipotansiyon, atriyal fibrilasyon, bradikardi, EKG anormalliği, ödem, kalp yetmezliği, sıcak basması, periferik ödem, vazodilatasyon

Santral sinir sistemi: baş ağrısı (%3-10), ağrı (%3-9), yorgunluk (%1-8), baş dönmesi, sersemlik (%2-8), anormal rüyalar (%3), düşmanlık, kin, nefret (%3), sinirlilik (%1-3), halüsinasyonlar (%3), depresyon (%2-3), konfüzyon (2%), emosyonel labilite (%2), kişilik bozuklukları (%2), ateş (%2), somnolans (%2), anormal ağlama, bağırma, çığlık agresyon, ajitasyon, anksiyete, afazi, deluzyon, irritabilite, huzursuzluk, epilepsi, vertigo

Dermatolojik: Purpura (%4-5), Egzema (%3), kaşıntı, döküntü, ürtiker

Endokrine - Metabolik: Dehidratasyon (%1-2), hiperlipidemi (%2), libido artışı

Gastrointestinal: Anoreksiya (%2-8), Kusma (%3-9; doz bağımlı), kilo kaybı (%3-5; doz bağımlı), karın ağrısı, şişkinlik, konstipasyon, dispepsi, epigastrik ağrı, fekal inkontinans, gastroenterit, GIS kanaması, diş ağrısı

Genito-Üriner Sistem: Sık idrara çıkma (%2), Üriner inkontinans (%1-3), sistit, hematüri, glukozüri, noktüri, idrar yolu enfeksiyonu

Hematolojik: Kolay berelenme (≤ %2), anemi

Hepatik: ALP yüksekliği

Nöromüsküler, Kas-İskelet: Kas krampları (%3-8), sırt ağrısı (%3), CPK yüksekliği (%3), artrit (%1-2), ataksia, kırık, yürüyüş bozulması, LDH yüksekliği, parestezi, tremor, güçsüzlük (%1-2)

Oküler: Bulanık görme, katarakt, gözde irritasyon

Respiratuvar: Bronşit, pnömoni, öksürük, dispnea, farenjit, boğaz ağrısı

Muhtelif: Terleme, fungal enfeksiyon, soğuk algınlığı semptomları, amaçsız dolaşma

<1% görülenler:
Angina, kardiyomegali, SVO, kolesistit, konjonktival kanama, DVT, DM, divertikülit, gastrointestinal ülser, glakom, Kalp bloğu, kalp yetmezliği, hemolitik anemi, hepatit, hiperglisemi, hipertoni, hipokalemi, hipokinezi, hiponatremi, hipoksi, intrakraniyal kanama, sarılık, MI, neuroleptik malign sendrom, pankreatit, plörit, pulmoner kollaps, pulmoner konjesyon, pyelonefrit, renal failure, retinal kanama, SVT, trombositopeni, trombositemi, dilde ödem, TİA

Kontrendikasyonları:
Donepezil, piperidin türevleri veya formülasyondaki bir maddeye aşırı duyarlılık.

Uyarılar – Önlemler:
Kilo kaybı ve-veya anoreksi doz bağımlıdır. GİS yan etkileri de doz bağımlı olup birkaç hafta içerisinde azalarak kaybolmaktadır.

Kolinesteraz inhibitörlerinin vagotonik etkileri kalp hastalığı hikayesinden bağımsız görülebilir. Senkop atakları donepezil ile ilişkili olabilir.

Daha önceden bilinen veya mevcut olan kalp ileti bozuklukları rölatif kontrendikasyon oluşturur ve yakın monitörizasyonu gerekir.

Gastrik ülser hikayesi olanlarda, NSAİİ kullananlarda dikkatli kullanılmalı ve takip edilmelidir. Gastrik asit sekresyonunu arttırır.

KOAH veya Astım hikayesi olanlarda dikkatli olmak gerekir.

Epilepsi öyküsü olanlarda dikkatli olmak gerekir. Çünkü kolinomimetikler generalize epileptik nöbetlere neden olabilir.

BPH veya mesane çıkışında obstrüksiyon olanlarda kolinomimetikler semptomları şiddetlendirebilir.

Düşük kilolu olgularda (< 55 kg olanlarda) GİS yan etkileri daha fazla görülür.

İlaç etkileşimleri:
Depolarizan nöromüsküler blokör ajanların (süksinilkolin -Lysthenon® 20mg/ml- gibi) serum konsantrasyonlarını, dolayısıyla bloke edici etkilerini arttırırlar.

Antikolinerjikler ve AChE inhibitörleri arasında karşılıklı etkileşim vardır. Birbirinin etkisini azaltabilir. Bu etkileşim yan etki üzerine olursa faydalı gibi görünmektedir.

AChE inhibitörleri antipsikotiklerin ekstrapiramidal yan etkilerini bazı hastalarda arttırabilir.

Beta bloker kullanırken bradikardik etkinin artabileceği unutulmamalıdır.

Kolinerjik agonistlerin (asetilkolin, betanekol, karbakol, metakolin, pilokarpin, muskarin, arekolin) yan etkilerini arttırabilir

Sistemik kortikosteroidler AChE inhibitörlerinin yan etkilerini (özellikle kas güçsüzlüğü) arttırabilir

Dipiridamol (Tromboliz 75) AChE inhibitörlerinin etkilerini azaltabilir.

Non-Depolarizan nöromüsküler blokör ajanların (paralitik, kürarizan Norcuron) bloke edici etkilerini azaltabilirler

Destek Ürünleri ve Bitkisel Tıp
St John's wort (Sarı Kantaron, Bindebirlik Otu) serum donepezil düzeylerini azaltır. Birlikte kullanımından kaçınılmalıdır.

Ginkgo biloba AChE inhibitörlerinin yan etkilerini ve toksisitesini arttırabilir.

Farmakodinamik / Kinetik
Absorpsiyon: İyi absorbe olmaktadır.

Proteine bağlanma 96%, Albumin (%75) ve α_1-asid glikoprotein (%21)

Metabolizma: ikisi aktif 4 ana metabolite ayrılarak, (glukuronidasyon)

Biyoyararlanım: 100%

Plazma yarılanma süresi: 70 saat

BOS yarılanma süresi: 70 saat

En yüksek plazma seviyesine 10 mg tablet ile 3 saatte ulaşır.

Atılım : İdrar ile %57 (%17 değişmeden) ; feçes ile %15

Rivastigmin:
Santral etkili selektif Asetilkolinesteraz ve Butirilkolinesteraz İnhibitörü

Kullanımı:
Oral : Başlangıç dozu 1,5 mg günde iki kez, hastanın tolerabilitesine göre 2 haftada bir 3 mg/gün doz artışı yapılabilir. Maksimum 12 mg günlük doza çıkılabilir. GİS yan etkilerinden dolayı doz atlanabilir veya bir önceki doza dönülebilir. Bir kaç günden fazla ara verildi ise (≥ 3gün) baştan başlamak gerekir. Aksi takdirde GİS yan etkileri çok fazla olur ve genelde hastalar tolere edemezler.

Yemek aralarında alınması (kahvaltı ve akşam yemeği) tolerabiliteyi arttırır. Solüsyonlar direk içileceği gibi; su, meyve suyu, soda vb ile karıştırılarak ta içilebilir (karışım 4 saat içinde tüketilmelidir). Kapsüller bütün yutulmalıdır.

Transdermal patch: Başlangıçta 4 hafta süreyle 4.6 mg/24 saat (5cm2) daha sonra 9.5 mg/24 saat (10 cm2) çıkılmalı ve tedavide faydalı olduğu düşünüldüğü sürece devam edilmeli, daha sonra 13.3 mg/24 (15 cm2) ye çıkılabilir (Ülkemizde henüz yok).

Oral tedaviden banta geçiş: günlük oral doz < 6 mg ise 5 cm2, 6-12 mg ise 10 cm2 den başlanabilir. Banta ertesi gün son oral doz zamanında geçilebilir.

Dozları kişinin toleransına göre titre etmek gerekir. "Hastalık yok, hasta var" prensibi.

Kanada 85 yaş üstünde, 50 kg altında veya ciddi komorbidite mevcudiyetinde günlük 1,5 mg tek doz önermektedir.

Renal ve Hepatik yetmezlikte doz ayarlaması:
ABD: Oral kullanımda doz ayarlaması gerekmez, hastanın tolere edebildiği doza kadar titrasyon öneriyor. Transdermal kullanımda başlangıç ve maksimum doz için 5 cm2 yeterli diyor.

Kanada : Oral kullanımda 1,5 mg günde tek doz ile başla, daha yavaş titre edilmesini önermektedir. "Start low, Go slow" prensibi. Transdermal kullanımda doz kısıtlaması yok ancak daha yavaş titrasyon önermektedir. Ciddi yetmezliklerde kullanılmaması önerilmektedir (kontrendike).

Topikal uygulama alanlarında transdermal bantlar sırt, bel, üst kol ve göğüs bölgesine uygulanabilir. Aynı noktaya 14 günden önce tekrar yapıştırılmamalıdır. Kızarık, irrite veya bütünlüğü bozulmuş deri üzerine uygulanmamalıdır. Günde bir bant uygulanmalı ve yenisi yapıştırılmadan önce eskisi çıkarılmalıdır. Bant üzerinde iken banyo yapılabilir, deniz ve havuza girilebilir, ancak sauna ve solaryuma girilmez. Kullanılmış bantı atarken yapışkan yüzey birbirine yapıştırılarak atılmalı, atığa bile evcil hayvanlar ve çocuklar ulaşamamalıdır.

Önemli Yan Etkileri: (Bant formunda oral formlara göre 1/3 oranında görülmektedir)

> %10 görülenler:
Santral sinir sistemi : baş dönmesi, sersemlik (%1-21), baş ağrısı (%3-17),

Gastrointestinal sistem: Bulantı (%5-47; doz bağımlı), Kusma (%5-31; doz bağımlı), İshal (%1-19; doz bağımlı) Anoreksiya (%3-17), karın ağrısı (%1-13),

% 1-10 arası görülenler:
Kardiyovasküler: Senkop (%3), Hipertansiyon (%3)

Santral sinir sistemi: Yorgunluk (%1-9), İnsomnia (%1-9), konfüzyon (%8), düşme (%6-8), depresyon (%4-6), ajitasyon (%5), anksiyete (%2-5), kırgınlık, keyifsizlik (%5), somnolans (%4-5), halüsinasyonlar (%4), saldırganlık (%2-3), parkinsonizm semptomlarında kötüleşme (%2-3), psikomotor hiperaktivite (%3), vertigo (%≤2), paranoya (%>1)

Dermatolojik: uygulama bölgesi reaksiyonları (eritem dahil % <1-6)

Gastrointestinal: Dispepsi (%9), iştah azalması (%3-9), kilo kaybı (%3-8; doz bağımlı), konstipasyon (%5), şişkinlik, gaz (%4), dehidratasyon (%2), geğirme (%2)

Genitoüriner: İdrar yolu enfeksiyonu (%1-7), Üriner inkontinans (%2-3)

Nöromüsküler, Kas-İskelet: Güçsüzlük (%2-6), Tremor (%1; Parkinson hastalarında %10'a kadar), sırt ağrısı (%>1)

Respiratuvar: Rinit (%4)

Muhtelif: Kazara oluşan travmalar (%10), terleme (%4), Grip benzeri semptomlar (%3)

< 1% görülenler:
Allerji, anemi, angina, apraksi, atriyal fibrilasyon, AV blok, bradikardiya, dalcık bloğu, kardiyak arrest, kalp yetmezliği, kolesistit, diplopi, divertikülit, gastrit, gastroözefagial reflü, glakom, hiper-/hipoglisemi, hiperkolesterolemi, hipersensitivite reaksiyonu, hipotansiyon, hipotiroidi, ileus, intrakraniyal kanama, mastit, MI, migren, nöralji, pankreatit, periferal iskemi, periferal nöropati, pnömoni, psikiyatrik bozukluklar (eg, deliryum, depersonalization, psychosis, emotional lability, suicidal ideation or tendencies), renal failure, respiratuvar depresyon, retinopati, epilepsi, sick-sinus sendromu, Stevens-Johnson sendromu, ani kardiyak ölüm, SVT, trombositopeni, trombofilebit, tromboz, TİA, ülseratif stomatit, vasovagal senkop

Kontrendikasyonları:
Rivastigmin, karbamat türevleri (neostigmin, piridostigmin, fizostigmin) veya formülasyondaki bir maddeye aşırı duyarlılık.

Kanada'da ciddi hepatik yetmezlik

Uyarılar – Önlemler:
Araç kullanımında dikkatli olunmalı, baş dönmesi, sersemlik ve yorgunluk yapabilir.

Ekstrapiramidal semptomları alevlendirebilir veya ortaya çıkarabilir (Parkinson hastalarında yakın takip etmek gerekebilir).

Bulantı, kusma ve anoreksi veya kilo kaybı özellikle kadınlarda daha belirgin olabilir. Titrasyonda dikkatli olmak gerekebilir.

Vagotonik etkileriden dolayı AChEİ kullanımında kalp hastalığı hikayesi olsun veya olmasın bradikardi, kalp bloğu veya ileti bozuklukları ortaya çıkabilir, özellikle santral etkili AChEİ kullanımında dikkatli olmak gerekir. Daha önceden bilinen veya mevcut olan kalp ileti bozuklukları relatif kontrendikasyon oluşturur ve yakın monitörizasyonu gerekir.

Birden fazla bant yapıştırılmamalı ve yenisi yapıştırılmadan önce eskisi çıkarılmalıdır.

Üç gün ve daha fazla ilaç alınmaz ise baştan başlamak gerekir.

Hastalıklarla ilgili Uyarılar – Önlemler:
Gastrik ülser hikayesi olanlarda, NSAİİ kullananlarda dikkatli kullanılmalı ve takip edilmelidir. Gastrik asit sekresyonunu arttırır.

KOAH veya Astım hikayesi olanlarda dikkatli olmak gerekir.

Epilepsi öyküsü olanlarda dikkatli olmak gerekir. Çünkü kolinomimetikler generalize epileptik nöbetlere neden olabilir.

BPH veya mesane çıkışında obstrüksiyon olanlarda kolinomimetikler semtomları şiddetlendirebilir.

Düşük kilolu olgularda (< 55 kg olanlarda) GİS yan etkileri daha fazla görülür.

İlaç etkileşimleri:
Depolarizan nöromüsküler blokör ajanların (süksinilkolin -Lysthenon® 20mg/ml- gibi) serum konsantrasyonlarını, dolayısıyla bloke edici etkilerini arttırırlar.

Antikolinerjikler ve AChE inhibitörleri arasında karşılıklı etkileşim vardır. Birbirinin etkisini azaltabilir. Bu etkileşim yan etki üzerine olursa faydalı gibi görünmektedir.

AChE inhibitörleri Antipsikotiklerin nörotoksik etkilerini arttırabilir, bazı hastalarda ekstrapiramidal sistem yan etkileri ciddi olabilir.

Beta bloker kullanırken bradikardik etkinin artabileceği unutulmamalıdır. Levobunolol; Metipranolol gibi göz damlaları istisna tutulabilir.

AChE inhibitörleri Kolinerjik agonistlerin (asetilkolin, betanekol, karbakol, metakolin, pilokarpin, muskarin, arekolin) yan etkilerini arttırabilir

Sistemik kortikosteroidler AChE inhibitörlerinin yan etkilerini (özellikle kas güçsüzlüğü) arttırabilir

Dipiridamol (Tromboliz 75) AChE inhibitörlerinin etkilerini azaltabilir.

Non-Depolarizan nöromüsküler blokör ajanların (paralitik, kürarizan Norcuron) bloke edici etkilerini azaltabilirler

Alışkanlıklar, Destek Ürünleri ve Bitkisel Tıp
Sigara ve nikotin rivastigmin klerensini %23 arttırır.

Alkol sedasyon ve GİS yan etkilerini arttırır.

Ginkgo biloba AChE inhibitörlerinin yan etkilerini ve toksisitesini arttırabilir.

Oral preparatlar GİS yan etkilerinin az görülmesi için gıdalarla birlikte alınmalıdır. Gıdalar emilimi 90 dakika kadar geciktirebilir.

Farmakodinamik / Kinetik
Absorpsiyon: İyi absorbe olmaktadır. Oral preparatlar aç alınırsa bir saat içinde hızlı bir şekilde emilim tamamlanır.

Proteine bağlanma %40,

Metabolizma: hidroliz ve demetilasyon ile metabolitlerine ayrılarak.

Biyoyararlanım: %36-40

Plazma yarılanma süresi: oral 1,5 saat; Transdermal bant 3 saat (bant çıkarıldıktan sonra).

BOS yarılanma süresi: 12 saat

En yüksek plazma seviyesine oral 1 saatte ulaşır. Transdermal bant ilk yapıştırmayı takiben 8-16 saatte ulaşır.

Atılım : İdrar ile %97 metabolitleri) ; feces ile %1

Galantamin
Santral etkili Asetilkolinesteraz İnhibitörü ve Nikotinik Reseptör Modülatörü

Kullanımı:
Tablet veya solüsyon: Başlangıç dozu 4 mg günde iki kez, hastanın tolerabilitesine göre 4 hafta süreyle önce 8 mg, sonra da 12 mg doza çıkılır. Teropatik kullanımı toplamda 16-24 mg/gün bölünmüş dozlarda verilir.

PRC Kapsül: Başlangıç dozu 8 mg günde bir kez, hastanın tolerabilitesine göre 4 hafta süreyle önce 16 mg, sonra da 24 mg doza çıkılır. Teropatik kullanımı 16-24 mg/gün tek doz olarak verilir. GİS yan etkilerinden dolayı bir önceki doza dönülebilir. Bir kaç günden fazla ara verildi ise (≥3gün) baştan başlamak gerekir. Aksi takdirde GİS yan etkileri çok fazla olur ve genelde hastalar tolere edemezler.

Yemek aralarında alınması (kahvaltı ve akşam yemeği) tolerabiliteyi arttırır. Solüsyonlar direk içileceği gibi; su, meyve suyu, soda gibi alkol içermeyen içecekler ile iyice karıştırılarak içilebilir (karışım en kısa süre içinde tüketilmelidir). Kapsüller bütün olarak yutulmalıdır. Kahvaltıda kullanılması önerilmektedir.

Tablet veya solüsyondan PRC kapsül formuna bir sonraki sabah toplam günlük doz olarak geçilebilir.

Ilımlı (Moderate) Renal ve Hepatik yetmezlikte maksimum doz 16 mg/gün olmalıdır.

Ciddi Renal yetmezlikte (kreatinin klerensi < 9 ml/dk) ve Hepatik yetmezlikte (Child-Pugh skoru 10-15) kullanımı önerilmemektedir.

Önemli Yan Etkileri:
> %10 görülenler:
Gastrointestinal (doz bağımlı): Bulantı (%13-24), Kusma (%6-13), İshal (%6-12)

% 1-10 arası görülenler:
Kardiyovasküler: Bradikardi (%2-3), Hipertansiyon (≥%2), periferik ödem (≥%2), senkop (% 0,4-2,2), göğüs ağrısı (%1-2)

Santral sinir sistemi: Baş dönmesi, sersemlik (%9), baş ağrısı (%8), depresyon (%7), Yorgunluk (%5), insomnia (%5), somnolans (%4), ajitasyon (≥%2), anksiyete (≥%2), konfüzyon (≥%2), halüsinasyonlar (≥%2), ateş (≥%1)

Dermatolojik: Purpura (≥%2)

Gastrointestinal: Anoreksiya (%7-9), kilo kaybı (%5-7), karın ağrısı (%5), Dispepsi (%5), konstipasyon (≥%2), şişkinlik, gaz (≥%1)

Genitoüriner: İdrar yolu enfeksiyonu (%8), hematüri (%1-3), Üriner inkontinans (%1-2)

Hematolojik: Anemi (%3)

Nöromüsküler, Kas-İskelet: Tremor (%3), sırt ağrısı (%2), düşme (%2), güçsüzlük (%1-2)

Respiratuvar: Rinit (%4), bronşit (≥ %2), öksürük (≥ %2), ÜSYE (≥ %2)

<1% görülenler:
Afazi, apraksi, ataksi, atriyal fibrilasyon, AV blok, dalcık bloğu, sistit, dehidratasyon, deliryum, divertikülit, disfaji, epistaksis, özefagial perforasyon, GİS kanaması, kalp yetmezliği, hepatit, hiperglisemi, hiper-/hipokinezi, hipersensitivite reaksiyonu, hipertoni, hipokalemi, hipotansiyon, libido artışı, KC enzim yüksekliği, MI, kabus, noktüri, ortostatik hipotansiyon, QT uzaması, rektal kanama, renal kalküli, renal yetmezlik (dehidratasyon nedeniyle), epilepsi, strok, intihar teşebbüsü,

SVT, T-dalga inversiyonu, trombositopeni, TİA, idrar retansiyonu, ventriküler taşikardi.

Kontrendikasyonları:
Galantamin veya formülasyondaki bir maddeye aşırı duyarlılık.

Uyarılar – Önlemler:
Kardiyak ileti bozuklukları : Vagotonik etkileriden dolayı AChEİ kullanımında kalp hastalığı hikayesi olsun veya olmasın bradikardi, kalp bloğu veya ileti bozuklukları ortaya çıkabilir, özellikle santral etkili AChEİ kullanımında dikkatli olmak gerekir. Daha önceden bilinen veya mevcut olan kalp ileti bozuklukları relatif kontrendikasyon oluşturur ve yakın monitörizasyonu gerekir.

Hafif-orta karaciğer yetmezliklerinde dikkatli kullanılmalıdır. Ciddi yetmezliklerde kullanılması önerilmemektedir.

Gastrik ülser hikayesi olanlarda, NSAİİ kullananlarda dikkatli kullanılmalı ve takip edilmelidir. Gastrik asit sekresyonunu arttırır.

Hafif-Orta (Mild to Moderate) Renal yetmezlikte dikkatli kullanılmalı, ciddi renal yetmezlikte (kreatinin klerensi < 9 ml/dk) kullanılması önerilmemektedir.

KOAH veya Astım hikayesi olanlarda dikkatli olmak gerekir.

Epilepsi öyküsü olanlarda dikkatli olmak gerekir.

BPH veya mesane çıkışında obstrüksiyon olanlarda kolinomimetikler semtomları şiddetlendirebilir, dikkatli kullanılmalıdır.

İlaç etkileşimleri:
Depolarizan nöromüsküler blokör ajanların (süksinilkolin -Lysthenon® 20mg/ml- gibi) serum konsantrasyonlarını, dolayısıyla bloke edici etkilerini arttırırlar.

Antikolinerjikler ve AChE inhibitörleri arasında karşılıklı etkileşim vardır. Birbirinin etkisini azaltabilir. Bu etkileşim yan etki üzerine olursa faydalı gibi görünmektedir.

AChE inhibitörleri Antipsikotiklerin nörotoksik etkilerini arttırabilir, bazı hastalarda ekstrapiramidal sistem yan etkileri ciddi olabilir.

Beta bloker kullanırken bradikardik etkinin artabileceği unutulmamalıdır. Levobunolol; Metipranolol gibi göz damlaları istisna tutulabilir.

AChE inhibitörleri Kolinerjik agonistlerin (asetilkolin, betanekol, karbakol, metakolin, pilokarpin, muskarin, arekolin) yan etkilerini arttırabilir

Sistemik kortikosteroidler AChE inhibitörlerinin yan etkilerini (özellikle kas güçsüzlüğü) arttırabilir

Dipiridamol (Tromboliz 75) AChE inhibitörlerinin etkilerini azaltabilir.

QT uzamasına neden olan ilaçlarla (Mifepristone) birlikte kullanırken dikkatli olmak, mümkünse bu kombinasyonlardan kaçınmak gerekmektedir.

Non-Depolarizan nöromüsküler blokör ajanların (paralitik, kürarizan Norcuron) bloke edici etkilerini azaltabilirler

Peginterferon Alfa-2b galantaminin metabolize olmasını azaltarak serum düzeylerini arttırabilir, yan etkilerin belirgin şekilde ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastaların yakından takibedilmesi ve doz ayarlaması gerekir.

Selektif Serotonin Reuptake Inhibitörleri galantaminin metabolize olmasını azaltabilir. İstisnalar : Sitalopram, Essitalopram ve Fluvaksamin.

Alışkanlıklar, Destek Ürünleri ve Bitkisel Tıp
Alkol kullanımı santral sinir sistemi yan etkilerini arttırır (öz. Sedasyon).

St John's wort (Sarı Kantaron, Bindebirlik Otu) serum galantamin düzeylerini azaltır. Birlikte kullanımından kaçınılmalıdır.

Galantamin preparatları GİS yan etkilerinin az görülmesi için gıdalarla birlikte alınması önerilmektedir. Tablet ve solüsyonlar sabah akşam, kapsüller sabah alınmalıdır.

Farmakodinamik / Kinetik
Absorpsiyon: Hızlı ve tamamen absorbe olmaktadır.

Proteine bağlanma %18

Metabolizma: Karaciğerde iki inaktif metabolite (epigalantaminon and galantaminon) ayrılarak olmaktadır , (glukuronidasyon)

Biyoyararlanım: %90

Plazma yarılanma süresi: 7 saat;

BOS-Beyin yarılanma süresi: 7 saat;

En yüksek plazma seviyesine tablet ve solüsyonda 1 saatte, (gıdalarla alımda 2,5 saat), PRC kapsüller 4,5-5 saatte ulaşır.

Atılım : İdrar ile %20

DİKKAT:

AChE İnhibitörleri arası geçiş: Eğer yan etkilerden dolayı geçiş yapılacaksa yan etkiler tamamen kaybolana kadar veya en az 5 gün arınma dönemi uygulanmalıdır. Etkisizlik veya tolerans düşünülüyorsa ertesi gün yeni ilaç ile başlanabilir.

Memantine

N-Metil-D-Aspartat (NMDA) Reseptör Antagonisti

Kullanımı:

Başlangıç dozu 5 mg günde bir kez, hastanın tolerabilitesine göre bir hafta süreyle, 5 mg lık doz artışlarıyla toplamda 20 mg/gün bölünmüş dozlarda veya tek dozda verilebilir.

Renal yetmezlik

Hafif-Orta (Mild to Moderate) Renal yetmezlikte doz ayarlaması gerekmemektedir. Kanada kullanımında orta renal yetmezlikte (kreatinin klerensi (Clcr) : 30-49 ml/dk.) dikkatli kullanılması ve yavaş titre edilmesi önerilmektedir. Ciddi renal yetmezlikte (Clcr : 10-29 ml/dk) 5 mg başlanmalı, en az bir hafta kullanımdan sonra günde iki kez 5 mg, toplam doz 10 mg geçmeyecek şekilde kullanılması önerilmektedir.

Hepatik yetmezlik

Sadece ciddi yetmezlik durumlarında dikkatli kullanılmalı, doz artışı daha yavaş yapılabilir, bölünmüş dozlarda verilmesi daha uygun olup, yakın takip önerilmektedir.

Tablet, solüsyon ve "extended release" kapsül formları mevcut olup, yemeklerden bağımsız olarak sabah-akşam veya sabah ya da akşam kullanılabilir.

Önemli Yan Etkileri:

% 1-10 arası görülenler:

Kardiyovasküler: Hipertansiyon (%4), kalp yetmezliği, SVO, TİA, senkop

Santral sinir sistemi: Baş dönmesi, sersemlik (%7), konfüzyon (%6), baş ağrısı (%6), halüsinasyonlar (%3), ağrı (%3), somnolans (%3), Yorgunluk (%2), agresif reaksiyon, ataksi, vertigo.

Dermatolojik: Döküntü

Gastrointestinal: Konstipasyon (%5), kusma (%3), kilo kaybı.

Genitoüriner: Poliüri

Hematolojik: Anemi

Heepatik: ALP yüksekliği

Nöromüsküler, Kas-İskelet: Sırt ağrısı (%3), hipokinezi

Oküler: Katarakt, konjonktivit.

Respiratuvar: Öksürük (%4), Dispne (%2), pnömoni

<1% görülenler:

Allerjik reaksiyon, angina, apati, afazi, apne, artralji, aspirasyon pnömonisi, atriyal fibrilasyon, AV blok, bleofarit, bulanık görme, bradikardi, kardiyak arrest, serebral kanama, serebral infarkt, kolelitiasis, kolit, konjonktival kanama, korneal opasite, deliryum, diabetes mellitus agrevasyonu, diplopi, diskinezi, disfaji, dizüri, emosyonal labilite, ensefalopati, ekstrapiramidal bozukluk, gastroenterit, gastrointestinal kanama, glakom, işitmede azalma, hematüri, hemipleji, hepatit, hyper/hipoglisemi, hiperlipidemi, hiponatremi, hipotansiyon, ileus, INR artışı, istemsiz kas kasılmaları, lökopeni, şuur kaybı, makula dejenerasyonu, MI, miyoklonus, miyopi, nöralji, nöropati, NMS, ortostatik hipotansiyon, pankreatit, paranoid reaksiyon, parestezi, parkinsonizm, kaşıntı, psikoz, akciğer ödemi, pulmoner emboli, QT uzaması, öbrek yetmezliği, retina dekolmanı, retinal kanama, epilepsi, sepsis, Stevens-Johnson sendromu, suisidal düşüncesi ve girişimi, SVT, tardive diskinezi, trombositopeni, trombofilebit, tinnitus, tremor, ürtiker

Kontrendikasyonları:

Memanti veya formülasyondaki bir maddeye aşırı duyarlılık.

Uyarılar – Önlemler:

Kardiyovasküler hastalık hikayesi olanlarda dikkatli kullanmak gerekir.

Karaciğer yetmezliği olanlarda dikkatli kullanmak gerekir.

Oftalmik hastalığı olanlarda dikkatli kullanmak ve periodik muayene yapılması gerekir.

Ciddi renal yetmezlikte (Clcr : 10-29 ml/dk) 5 mg başlanmalı, en az bir hafta kullanımdan sonra günde iki kez 5 mg, toplam doz 10 mg geçmeyecek şekilde kullanılması ve doz ayarlaması yapılması önerilmektedir.

Epilepsi öyküsü olanlarda dikkatli olmak gerekir. Nöbet riskini arttırabilir.

İdrar ile atılımında Alkali pH da klerens azalmaktadır. Diyet ve diğer kullandığı ilaçlar iyi gözden geçirilmeli.

İlaç etkileşimleri:
Karbonik Anhidraz İnhibitörleri ve Sodyum Bikarbonat memantin ekskresyonunu azaltabilir.

Trimetoprim: Memantinin yan etkilerini arttırabilir. Özellikle miyoklonus ve deliryum riski artabilir. Her iki ilaç ta birbirinin serum düzeylerini arttırabilir.

Farmakodinamik / Kinetik
Absorpsiyon: Hızlı ve tamamen absorbe olmaktadır.

Proteine bağlanma %45

Metabolizma: Parsiyel olarak Karaciğerde sitokrom enzim sisteminden bağımsız olarak, üç inaktif metabolite ayrılarak olmaktadır.

Yarılanma süresi: 60-80 saat; ciddi renal yetmezlikte 117-156 saat.

En yüksek plazma seviyesine 3-7 saatte ulaşır.

Atılım : İdrar ile %74 (%48 değişmeden tübüler sekresyon ile). Alkali idrar atılımını azaltır.

Kaynaklar

1. Emre M, Aarsland D, Albanese A, et al, "Rivastigmine for Dementia Associated with Parkinson's Disease," N Engl J Med, 2004, 351(24):2509-18.
2. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al, "EFNS Guidelines for the Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease," Eur J Neurol, 2010, 17(10):1236-48.
3. Lefevre G, Sedek G, Jhee SS, et al, "Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of the Novel Daily Rivastigmine Transdermal Patch Compared With Twice-daily Capsules in Alzheimer's Disease Patients," Clin Pharmacol Ther, 2008, 83(1):106-14.
4. Lipton, SA, "Failures and Successes of NMDA Receptor Antagonists: Molecular Basis for the Use of Open-Channel Blockers like Memantine in the Treatment of Acute and Chronic Neurologic Insults," NeuroRx, 2004, 1(1):101-10.
5. Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, et al, "Practice Parameter: Evaluation and Treatment of Depression, Psychosis, and Dementia in Parkinson Disease (An Evidence-Based Review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology," Neurology, 2006, 66(7):996-1002.
6. Morris JC, Farlow MR, Ferris SH, et al, "Therapeutic Continuity in Alzheimer's Disease: Switching Patients to Galantamine. Panel Discussion: Recommendations for Prescribers," Clin Ther, 2001, 23 (Suppl A):31-9.
7. Orgogozo JM, Rigaud AS, Stoffler A et al, "Efficacy and Safety of Memantine in Patients with Mild to Moderate Vascular Dementia: A Randomized, Placebo-Controlled Trial (MMM 300)," Stroke, 2002, 33:1834-39.
8. Rabins PV, Blacker D, Rovner BW, et al, "American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias. Second Edition," Am J Psychiatry, 2007, 164(12 Suppl):5-56.
9. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, et al, "Galantamine in AD: A 6-month Randomized, Placebo-Controlled Trial With a 6-month Extension. The Galantamine USA-1 Study Group," Neurology, 2000, 54:2261-8.
10. Reisberg B, Doody R, Stoffler A, et al, "Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease," N Engl J Med, 2003, 348(14):1333-41.
11. Rogers SL and Friedhoff LT, "The Efficacy and Safety of Donepezil in Patients With Alzheimer's Disease: Results of a U.S. Multicentre, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial," Dementia, 1996, 7(6):293-303.
12. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, et al, "Memantine Treatment in Patients With Moderate to Severe Alzheimer Disease Already Receiving Donepezil: A Randomized Controlled Trial. The Memantine Study Group," JAMA, 2004, 291(3):317-24.
13. Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, et al, "A 5-month, Randomized, Placebo-controlled Trial of Galantamine in AD. The Galantamine USA-10 Study Group," Neurology, 2000, 54:2269-76.
14. van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, et al, "Effect of Rivastigmine as an Adjunct to Usual Care With Haloperidol on Duration of Delirium and Mortality in Critically Ill Patients: A Multicentre, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomised Trial," Lancet, 2010, 376(9755):1829-37.
15. Winblad B, Cummings J, Andreasen N, et al, "A Six-Month Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study of a Transdermal Patch in Alzheimer's Disease – Rivastigmine Patch Versus Capsule," Int J Geriatr Psychiatry, 2007, 22(5):456-67.

DEMANS İLAÇLARI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARINDA NE KADAR İŞE YARIYOR?

DOÇ. DR. EYLEM ŞAHİN CANKURTARAN

ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

Demansa bağlı olarak ortaya çıkan algı, düşünce içeriği, duygu, davranış, motor aktivite ve kişilkte ortaya çıkan bozukluklar gibi nöropsikiyatrik belirtilere "Demansa Bağlı Davranışsal ve Psikolojik Belirtiler" terimi kullanilmaktadir. Demansa bağlı davranışsal belirtiler arasında fiziksel/sözel şiddet, ajitasyon, disinhibisyon, sürekli dolaşma, uygunsuz davranışlar varken, demansa bağlı psikolojik belirtiler olarak anksiyete, depresyon, varsanılar, sanrılar, apati ve misidentifikasyon sendromları sayılabilir. Alzheimer demansının evresi ilerledikçe nöropsikiyatrik belirti sıklığı artmaktadır ve de apati, depresyon, irritabilite, ajitasyon ve anksiyete en sık görülmektedir. Demansın erken evresinde affektif belirtiler daha sık görülürken, orta evreden itibaren ajitasyon ve psikotik belirtiler daha sık görülmektedir.

Davranışsal ya da psikolojik belirtiler ilk kez ortaya çıktığında öncelikle deliryum, enfeksiyon, dehidratasyon, diyare gibi tıbbi durumların ve ilaç etkileşimlerinin gözden geçirilmesi gerekir. Cok şiddetli olmayan davranışsal ve psikolojik belirtiler için öncelikle davranış düzenlenmesi, bakıcının eğitimi, fiziksel aktivitenin arttırılması gibi ilaç dışı yöntemlerin denenmelidir. Eğer davranışsal ve psikolojik belirtiler çok şiddetliyse, hastaya ve çevreye zarar veriyorsa veya kontrol altına alınamıyorsa ilaç tedavisi düşünülmelidir.

Demansa bağlı davranışsal ve psikolojik belirtilerin tedavisi için antidepresanlar ve antipsikotiklerin etkisine yönelik pek çok araştırma yapılmakla birlikte hem etkinlikleri hem de ciddi yan etkileri nedeniyle ilk tercih olarak düşünülmemektedirler. Tedavide ilk basamak ilaç dışı yöntemlerin uygulanması iken ikinci basamak olarak asetilkolin esteraz inhibitörleri ve memantin eklenmesi önerilmektedir.

Asetilkolin esteraz inhibitörlerinin kullanımı hakkında yapılan araştırma sonuçlarının meta- analizlerinde en çok depresyon, disfori, anksiyete, apati gibi belirtilerde etkili oldukları gösterilmiş. Lewy Cisimcikli demansa bağlı ortaya çıkan görsel halüsünasyonlarda da etkili olduğuna dair veriler bulunmaktadır.

Memantinin orta- ileri evre demansa bağlı davranışsal ve psikolojik belirtilerden özellikle ajitasyon, agresyon, irritabilite, labilite ve psikotik belirtilerde plaseboya göre olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca memantin alan hastalarda, plasebo grubuna göre ajitasyon gelişiminin daha az olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

Kaynaklar:

1. Finkel, S.I., Burns, A. (1999). BPSD Consensus Statement, International Psychogeriatric Association.
2. Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., et al. (2008). Point and 5-year prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23: 170–177.
3. Cerejeira J, Lagarto L, ukaetova-Ladinska EB Behavioral and psychological symptoms of dementia. Frontiers in Neurrology, May 2012, Volume 3, Article 73
4. Salzman C, Jeste DV, Meyer RE, Cohen-Mansfield J, Cummings J.(2008) Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy.J Clin Psychiatry. Jun;69(6):889-98
5. Hogan DB, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B.(2008) Diagnosis and treatment of dementia: Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. CMAJ. Nov 4;179(10):1019-26;

6. Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, Vander Stichele RH. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. Ageing Res Rev. 2012 Jan;11(1):78-86.
7. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for nropsychiatric symptoms of dementia.. Am J Psychiatry. 2012 Sep;169(9):946-53
8. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Xu Y, Ieni JR, Schwam EM; Donepezil MSAD Study Investigators Group. Efficacy and safety of donepezil in patients with more severe Alzheimer's disease: a subgroup analysis from a randomized, placebo-controlled trial.Int Psychogeriatr. 2002 Dec;14(4):389-404.;
9. Gauthier S, Feldman H, Hecker J, Vellas B, Ames D, Subbiah P, Whalen E, Emir B; Donepezil MSAD Study Investigators Group.Efficacy of donepezil on behavioral symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr. 2002 Dec;14(4):389-404
10. McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, Cicin-Sain A, Ferrara R, Spiegel R(2000) Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. Lancet. Dec 16;356(9247):2031-6.
11. Wilcock, G., Ballard, C., Cooper, J. and Loft, H. (2008) Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. J Clin Psychiatry 69: 341–348
12. McShane, R., Areosa, S. and Minakaran, N. (2006) Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2: CD003154.
13. Fox C, Crugel M, Maidment I, Auestad BH, Coulton S, Treloar A, Ballard C, Boustani M, Katona C, Livingston G. (2012). Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: a randomised double-blind placebo controlled trial. PLoS One.;7(5)
14. Farrimond LE, Roberts E, McShane R (2012). Memantine and cholinesterase inhibitor combination therapy for Alzheimer's disease: a systematic review.BMJ Open. 2012 Jun 11;2(3).

6. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ KONUŞMA METİNLERİ

OLGULARLA POLİKLİNİKTE MALNÜTRİSYON TEDAVİSİ

YRD. DOÇ. DR. MEHMET İLKİN NAHARCI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, GERİATRİ BİLİM DALI

Yaşlılarda malnütrisyon, yetersiz beslenme veya beslenme bozukluğu neticesinde dokuların ihtiyacı olan mikro ve makro besinlerden yoksunluğu, fizyolojik gereksinimlerin karşılanılamaması ve organ fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Tüm yaşam evreleri gibi yaşlılıkta da beslenme sağlığın, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarımızın, yaşam kalitemizin ve uzun süreli yaşamanın en önemli belirleyicisidir. Yaşlı birey dengeli bir diyet ile beslenemezse malnütrisyon gelişerek sağlığı tehdit edici boyutlara varabilir.

Olgu-1

81 yaşında erkek kalp yetmezliği alevlenmesi ve plevral effüzyon nedenli hospitalize edildiği hastaneden çıkışı sonrası ortaya çıkan iştahsızlık, çabuk yorulma, moral bozukluğu ve uyku bozukluğu yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde KOAH, iskemik kalp hastalığı ve depresyon tanıları vardı ve 1 paket/gün aktif sigara içicisiydi. Fizik muayenede; arteryel tansiyon:80/55 mm/Hg, nabız:94/dk, ateş:36,3 C, vücut kitle indeksi 22,5 kg/cm^2, bel çevresi 86 cm ve kol kalınlığı 23 cm, dil kuru, cilt turgor ve tonusu azalmış, sağ akciğer bazalinde ral mevcut, sol akciğer bazalinde solunum sesleri alınmıyor, pretibial ödem +/+. Laboratuar değerlerinde hafif anemi, TSH yüksekliği, vitamin B-12 ve ferritin düşüklüğü tespit edildi. Albumin 3,30 mg/dL, total kolesterol 86 mg/dL ve trigliserid 49 mg/dL idi. Mini Nütrisyonel Değerlendirme-kısa form puanı 8 (malnütrisyon riski) idi. Hastanın beslenme bozukluğunun tetikleyicisi olan kalp yetmezliği, hipotiroidi ve depresyon komorbiditelerinin tedavisi düzenlendi. Mikrobesin replasmanı (vitamin B-12 ve ferritin) replasmanı yapıldı. Diyet kısıtlamaları kaldırıldı, enerji ve proteinden zengin besinleri ile diyeti zenginleştirildi ve ara öğünlere ek besinler ilave edildi. Hidrasyonu artırıldı (1500-2000 mL). 1. ay ve sonraki 3. ay kontrolünde beslenmenin iyileşmeye başladığı ve tıbbi tedaviden diğer komorbid hastalıklarınında fayda gördüğü gözlemlendi.

Olgu-2

77 yaşında kadın, 2 ay önce larenks ca tanısı konmuş ve 2 kür radyoterapi verilmiş. İştahsızlık, bulantı yakınmaları mevcut ve kanser tanısı sonrası endişe ve üzüntü hali ortaya çıkmış. Hasta diş protezini kullanamadığını belirtiyordu. Özgeçmişinde astım ve hipertansiyon tanıları vardı. Toplam 10 ilaç kullanıyordu (polifarmasi). Vücut kitle indeksi 28 kg/cm2, bel çevresi 91 cm, albumin 4,19 mg/ dL ve D vitamini 13,3 ng/mL idi. Mini Nütrisyonel Değerlendirme-kısa form puanı 9 (malnütrisyon riski) idi. Değerlendirme sonrası beslenme ile ilgili kısıtlamaların kaldırılması kendisine ve ailesine bildirildi, polifarmasi için klinik fayda vermediği düşünülen 3 ilacı kesildi, depresyon için mirtazapin 15 mg başlandı ve diş protezinin yenilenmesi önerildi. 1,5 ay sonra kontrol vizitinde hastanın moralinin daha iyi olduğu ve iştahının arttığı gözlemlendi. 6 ay sonra hasta iştahının tekrar azalmaya başladığı gerekçesiyle polikliniğimize tekrar başvurdu. Bu süreç zarfında hastaya kolanjiosellüler ca tanısı da konmuştu. Hastanın kilo kaybı yoktu, ancak 24 saatlik hatırlama ile diyetindeki yiyecekler değerlendirildiğinde toplam enerji ihtiyacına göre günlük 400 kcal daha az besin tüketiyordu. Laboratuar değerlerinde albumin 4,13 mg/dL ve total kolesterol mg/dL idi, kanser kaşeksisi içini istenen CRP değerinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Mini Nütrisyonel Değerlendirme-kısa form puanı 8 (malnütrisyon riskİ) idi. Hastaya onkoloji hastalarına özgü yüksek kalorili oral nütrisyon ürünü toplam 400 kcal (200 kcal,günde 2 kez) verilecek şekilde başlandı. 1. ve 3. ay kontrolleri sonrasında MNA skoru 9'a yükseldi ve hafif kilo artışı sağlandı.

Yaşlılarda kilo kaybı güçsüzlük, fonksiyonel bozukluk ve mortalite ile yakın ilişkilidir. Kilo kaybeden yaşlı erkek ve kadınlarda basınç ülserleri, kırıklar, kognitif bozukluk ve yaşam kalitesinde düşme görülmesi daha olasıdır. Toplumlarda yaşlı populasyonun artış göstermesi yaşlılardaki sıvı-elektrolit ve enerji dengesinin bozulması riskine karşı poliklinik muayenelerinde klinisyenleri daha dikkatli olmaya sevk etmektedir.

YAŞLIDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI

DOÇ. DR. MURAT VARLI
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİATRİ BD.

Yaşlanma ve ilaç farmakolojisi

Yaşla birlikte organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ilaçların dağılım, metabolizması ve atılımı genç bireylere göre değişkenlik gösterir. Yaşlanmayla birlikte oluşan ve ilaç farmakolojisini etkileyen en önemli değişiklik böbrek fonksiyonunda azalmadır. Yine yaşlanmayla birlikte vücut su miktarı azalırken yağ miktarı artış gösterir. Bu nedenle suda eriyen ilaçların dağılım volümü azalırken, plazma konsantrasyonları artar. Bununla birlikte yağda eriyen ilaçlarda ise dağılım volümü artarken, plazma miktarları azalır. Ancak atılım süreleri uzar. Tükrük salgısının azalması, mide boşalım sürelerinin uzaması, intestinal transit zamanının uzaması ilaç etkinliğini etkileyebilecek durumlardır. İlaç farmakolojisini etkileyen yaşa bağlı değişiklikler tablo1'de özetlenmiştir.

Tablo1: Yaşlanma ile ilişkili ilaç farmakolojisindeki değişiklikler

Farmakolojik parametreler	Yaşla ilişkili değişiklikler
Absorbsiyon	Absorbtif yüzeyde azalma, Splanknik kan akımında azalma, gastrointestinal motilite değişiklikleri
Dağılım	Total vücut suyu, yağsız vücut kitlesi ve albüminde azalma Artmış yağ kitlesi, proteinlere bağlanmada değişiklikler
Metabolizma	Karaciğer kan akımında, enzim aktivitesinde azalma
Atılım	Böbrek kan akımında , glomerüler filtrasyon hızı ve tubuler sekretuvar fonksiyonlarda azalma
Doku düzeyinde	Reseptör sayısı, afinitesi, 2. haberci fonksiyonlarında, hücresel ve nükleer cevaplarda azalma

Akılcı ilaç kullanımı ve polifarmasi

Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin uygulanması için öncelikle geriatrik sendromlardan birisi olan polifarmasinin bilinmesi ve önlenmesi gereklidir. Tedavide dörtten fazla ilaç kullanılması durumunda, bunun dışında en az bir gereksiz ilaç veya klinik olarak gerekli olan miktardan fazla (endikasyonsuz) ilaç kullanılması durumunda polifarmasiden bahsedilir. Kadınlarda biraz daha fazla görülür. Yaşlılarda polifarmasi %23-39 arasında değişir. Polifarmaside esas problem ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç-hastalık, ilaç-gıda etkileşimleri ve ilaçların istenmeyen (advers) etkileridir.. Yaşlıların çoğunun birden fazla ilaç kullanması, çok sayıda kronik hastalığının olması ve düzenli ilaç kullanımı gereksinimi polifarmasiye eğilim yaratır.

Polifarmasi nedeniyle oluşabilecek ilaç etkileşimlerini azaltabilmek için detaylı bir ilaç sorgulaması yapılmalı ve göz damlaları, kremler, vitaminler ve bitkisel kaynaklı ilaçlar da mutlaka sorulmalıdır. Hastanın yakın zamanda hastaneye yatması, çok sayıda hekim tarafından görülmesi(konsültasyonlar), hastaların fazladan ilaç bulundurma istekleri, her semptoma doktorların ilaç yazma alışkanlıkları, hastaların ve bazende doktorların eski ilaçların yetersiz olduğunu düşünerek yeni ilaçları kullanma istekleri, hastaların her muayenede tekrar değerlendirilmeden ilaçların otomatik yazılması (repete)ve çevre veya aile bireylerinden ilaç alınarak kullanma eğilimleri gibi pek çok faktör yaşlıda polifarmasi için risk yaratmakta ve polifarmasinin sık görülmesine yol açmaktadır.

Yaşlı populasyonun %60'ı en az bir ilaç kullanmaktadır. A.B.D'de yaşlıların çoğunluğunun günde ortalama 3-5 ilaç kullandığı belirtilmektedir. Bu ilaçlara reçetesiz kullanılan ve bitkisel olanlarda eklendiğinde sayının daha çok artacağı kaçınılmazdır. Özellikle yaşlılarda gingko biloba, ginseng,

ekinezya gibi bitkisel ilaçlar ve glucosamine kullanılması yaygındır. Bu nedenle yaşlılarda bitkisel ilaçlar mutlaka sorgulanmalıdır. Türkiyede de yaşlıların %80'nin en az bir ilaç kullandığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Yine bir çalışmada ortalama reçeteli ilaç tüketiminin kadınlarda 3.59, erkeklerde 2.39 olduğu görülmüştür. Ortalama yaşın 85 olduğu ve İsviçre'de 7 yıl boyunca izlenen çok yaşlı hasta grubunda zamanla kullanılan ilaç sayısının ortalama 3.4'den 4.6'ya anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. Bu artış tüm ilaç gruplarını kapsamakla birlikte en sık sinir sistemi, kardiovasküler sistem, sindirim sistemi ile ilgili ilaçları kapsamaktadır. Yine tüm yaş gruplarında kadınlar erkeklere oranla daha fazla ilaç kullanmaktadırlar. Yaşlanmayla birlikte osteoporoz, osteoartiküler hastalık ve fraktür sıklığının kadınlarda daha fazla olması bu hastalıklar için ilave fazla ilaç kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Yine bu yaş grubunda yeni sınıf ilaç kullanımı ve sekonder korumaya yönelik ilaç gruplarının daha fazla reçetelendiğini görülmektedir.

Yaşlılarda istenmeyen ilaç etkileri gençlere oranla 2-3 kat fazladır. İstenmeyen ilaç reaksiyonları insidansı günlük 5'den fazla ilaç kullananlarda belirgin şekilde artmaktadır. İyatrojenik hastalıkların en sık görülen formları istenmeyen ilaç reaksiyonları sonucu görülenlerdir. İlaçların istenmeyen etkileri hastaneye yatış gerektirecek düzeyde problemlere yol açabilir. Yaşlılarda hastaneye başvuru nedenleri arasında %28'ni ilaçla ilgili problemler oluşturmaktadır. İlaç reaksiyonları nedeniyle 40-50 yaşlarında hastaneye yatırılma yüzdesi %10 iken bu oran 80 yaşlarında %25'lere çıkmaktadır. İlaçla ilgili istenmeyen etkilerin %42'si önlenebilir etkilerdir. İstenmeyen ilaç reaksiyonları sıklıkla nonspesifiktir ve başka hastalıkları taklid eder.

En sık karşılaşılan istenmeyen ilaç etkileri gastrointestinal (karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık, ishal) Nöropsikiyatrik(sedasyon, konfüzyon, halüsinasyon, deliryum, depresyon, düşmeler, parkinsonizm) azotemi, dehidratasyon gibi sıvı ve elektrolit anomalileridir. Kanamalar, inkontinans, kabızlık ve hipo- hiperglisemi gibi metabolik yan etkiler de sık görülürler.

Bunun yanı sıra bu ilaç reaksiyonları hastalığa bağlanıp bunları tedavi etmek için yeni ilaçlar verilir ki bu durumda başka ilaç etkileşimleri görülebilir. Bu nedenle yaşlı hastada ortaya çıkan her yeni semptom için ilaç reaksiyonları veya istenmeyen ilaç etkileri olabileceği düşünülmelidir.

En sık ciddi istenmeyen etkilere yol açabilen ilaçlar warfarin, antipsikotikler, benzodiazepinler, diüretikler, diabet ilaçları (insülin ve Oral antidiabetikler(OAD)'ler) nonsteroidalantiinflamatuvar(NSAİ) ilaçlar, Anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleridir. Yaşlılarda sık kullanılan ilaçlar ve önemli istenmeyen reaksiyonları tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo2: Yaşlılarda sık kullanılan ilaçlar ve istenmeyen etkileri

İlaçlar	**İstenmeyen etkileri**
PSİKOTROP İLAÇLAR	
Antidepresanlar	Bulantı, kusma, diyare, ajitasyon, seksüel disfonksiyon, antikolinerjik yan etkiler
Antipsikotikler	Sedasyon, hipotansiyon, ekstrapiramidal semptomlar
Lityum	Halsizlik, tremor, bulantı, deliryum
Sedatif ve hipnotikler	Aşırı sedasyon, deliryum, yürüme bozuklukları
ANALJEZİKLER	
Antiinflamatuvar ilaçlar	Gastrik irritasyon, ülser ve kronik kan kaybı
Narkotik analjezikler	Konstipasyon
KARDİOVASKÜLER İLAÇLAR	
ACE inhibitörleri	Öksürük, böbrek fonksiyonlarında bozulma
Antiaritmikler	Diyare, üriner retansiyon
Antikoagülanlar	Kanama komplikasyonları
Antihipertansifler	Hipotansiyon, sedasyon
Kalsiyum kanal blokerleri	Miyokardial depresyon, ödem, konstipasyon
Diüretikler	Dehidratasyon, hiponatremi,hipopotasemi, İnkontinans
Digoksin	Aritmiler, bulantı, iştahsızlık
Nitratlar	Hipotansiyon, baş ağrısı
ANTİMİKROBİYAL İLAÇLAR	
Aminoglikozidler	Akut böbrek yetmezliği, işitme kaybı
ANTİPARKİNSON İLAÇLAR	
Dopaminerjik ilaçlar	Bulantı, halüsinasyon, deliryum, Postüral hipotansiyon
Antikolinerjikler	Ağız kuruluğu, konstipasyon, Üriner retansiyon, deliryum
HİPOGLİSEMİK İLAÇLAR	
İnsülin ve Oral antidiabetikler	Hipoglisemi
DİĞER İLAÇLAR	
Alendronat	Özofageal irritasyon, reflü
Teofilin	Gastrik irritasyon, taşikardi, tremor
Karbamazepine	Anemi, hiponatremi, Nötropeni
Simetidine	Mental durum değişiklikleri
Terbutalin	Tremor

İlaçlar ve aktif metabolitleri genellikle böbreklerden elemine olur bu nedenle yaşla birlikte renal fonksiyonların azaldığı göz önüne alınmalı ve doz ayarlaması yapılmalıdır. Bu amaçla nomogramlar veya formüller [Cockgroft-Gault formülü: Kreatinin klirensi= (140-yaş) x ağırlık (kg) /serum kreatinin x 72 (kadınlarda 0.85 ile çarpılır)] veya MDRD kullanılabilir. İlacın dozu konusunda şüphemiz varsa en düşük dozda başlanmalı ve tedrici olarak artırılmalıdır. Özellikle terapötik aralığı dar bazı ilaçların kan düzeyleri izlenmelidir. Böylelikle daha toksik dozlara ulaşmadan önlem alabiliriz. İlaca uyuncu artıracak önlemler alınmalıdır. (tek doz ilaçların seçimi, ilaç kullanım çizelgelerinin oluşturulması, ilaç kullanım kutuları (pillbox) verilmesi, hasta yakınları veya bakıcılarına görev verilmesi vs.) Hastalar ilaç uyumu, ilaç etkinliği ve yan etkileri konusunda düzenli olarak takip edilmelidir.

Tedavi uyumu (Uyunç) ilaç tedavilerinin başarılı olması için en önemli noktalardan biridir.

İstenmeyen etkiler yanında fazla miktarda ilaç kullanan hastalarda tedaviye uyumsuzluk (Düşük kompliyans) sık görülür. Polifarmasi ve kompleks ilaç dozları ve çizelgeleri uyuncu bozar. Yaş da yetersiz uyunç için bir risk faktörüdür. Bu nedenle etkinlik anlamında ilaçdan beklenen optimum fayda elde edilemeyebilir. Tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında ilaç sayısının fazla olması, unutma, yan etkiler nedeniyle ilaç almama gibi durumlar sayılabilir. 3 veya fazla ilaç kullanımı, günlük doz sayısının artması, bilişsel yetilerde azalma, işitme ve görmede yaşanan problemler, mobilitede kısıtlanma, düşkün olma ve yalnız yaşama, düşük eğitim ve sosyokültürel düzeye sahip olma tedavi uyumunu azaltan belli başlı sebeblerdir.

Ayrıca ilaç maliyetleri de önemlidir. Özellikle ilaç yan etkileri nedeniyle hastaneye yatışların artması tedavi maliyetlerini artırır. Genellikle polifarmasi nedeniyle ortaya çıkan yan etkiler başka bir hastalığın belirtisi gibi bulgular vereceğinden her seferinde eklenen yeni ilaçlar yeni yan etki ve ilaç ilaç etkileşimlerine yol açar. Kısır döngü şeklinde polifarmasinin bizzat kendisi polifarmasiyi tetikler. Bu nedenle bize değişik semptom ve bulgularla başvuran her hastada ilaçlar tek tek gözden geçirilmelidir. Yaşlı hastada her yeni semptom ve bulgu için bir ilaç başlamadan önce bunların kullanmakta olduğu ilaçlara bağlı olabileceği düşünülmelidir. Ancak şu da unutulmamalıdır doğru endikasyonlarda etkin dozlarda ilaç kullanımı ilaç sayısı fazla olsa bile hayat kurtarıcı ve morbiditeyi azaltıcı olduğundan polifarmasiyi engellemek adına tedavilerin etkinliğini etkileyecek şekilde ilaçlar azaltılmamalıdır. Kullanılan ilaçların sayısından çok, uygun doz ve endikasyonlarda kullanılıp kullanılmadığı sorgulanmalıdır.

Yaşlıda akılcı ilaç kullanım ilkeleri
(Pratik Öneri ve Özet)

- Yaşlıda tedaviler bireyselleştirilmelidir. İlaç tedavisi vermeden önce varsa farmakolojik olmayan tedaviler öncelikle tercih edilmelidir.
- Her muayenede hastanın kullanmakta olduğu tüm ilaçlar görülmeli veya istenmelidir.
- Hastaya verilen her ilacın istenmeyen etkileri, optimal dozları ve eşdeğer isimleri bilinmelidir.
- Tedaviye mutad dozlardan daha düşük dozlarda başlanmalıdır. Yavaş artırılmalı ve etkin dozlara tedrici olarak çıkılmalıdır. Her doz artımında yan etki değerlendirilmelidir. Yan etki çıkarsa yan etkinin çıkmadığı bir önceki doza dönülebilir. Bazen yeterli etki elde etmek için düşük dozda iki ilaç kombinasyonu kullanılabilir.
- Klinik faydası gözlenmeyen ilaçlar kesilmelidir. Endikasyonu kalmayan ilaçlar kesilme prosedürlerine uygun şekilde kesilmelidir. Mümkün olduğunca ilaçların tek dozda verilmesine gayret edilmelidir.
- Hastaların hastalıklarının sebebine yönelik tedaviler planlanmalı, semptomatik tedavilerden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.
- Hastaların aldığı ilaçlar her muayenede ve belirli aralıklarla gözden geçirilmelidir. Hemen repete yapılmamalıdır.
- Hastadan kullandığı ilaçların kutularını getirmesi istenmelidir.
- Başka doktor ve bölümlerin verdiği ilaçlar gözden geçirilmelidir.
- Kesilen ilaçlar hastadan alınmalı veya ayrı bir yerde saklanmalıdır.
- Verilen her ilaç için alınma şekli ve dozlarını içerecek basit, anlaşılır çizelgeler oluşturulmalıdır.
- Her yeni ortaya çıkan semptom ve bulgunun kullanılmakta olan ilaçlara bağlı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Kan düzeyleri görülmesi gereken ilaçlar kullanılıyorsa (Digoksin, teofilin vb.) bunlar görülmeden doz artımına gidilmemelidir.
- Yutma güçlüğü olanlarda sıvı formülasyonlar veya dilaltında eriyebilen formlar kullanılabilir.

Primum non nocere (Önce zarar verme) ilkesi temel yaklaşım şekli olmalıdır. Her ilaç kullanımında fayda/zarar oranı değerlendirilmeli, riskleri faydasından fazla olan ilaçların kullanımları sınırlandırılmalı veya kullanılması gerekecekse kısa sürede kesilmelidir. Semptomların sebebine yönelik tedaviler tercih edilmeli ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları düşünülmelidir. Seçilecek ilaçlarda güvenirliliği yüksek olanlar tercih edilmeli yüksek yarılanma ömrü olan ilaçlar ve terapötik aralığı dar olan ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır. Yaşlıda ilaca cevabı eşlik eden hastalıklar, hepatik ve renal fonksiyonlar etkilemektedir. Genelde oluşturulan ilaç protokolleri ve kılavuzlarda genç ve sağlıklı yaşlı populasyon dikkate alınır. Kullanılan pek çok ilacında 75 yaş üzerinde farmakokinetik verileri bulunmaz. Bu nedenle yaşlılarda tedavi başlarken, yaş, eşlik eden hastalıklar, böbrek ve karaciğer fonksiyonları değerlendirildikten sonra önerilen dozlardan daha düşük dozlarla tedaviye başlanmalı ve yavaş bir şekilde doz artırılmalı, ancak optimal tedavi için gerekli etkili dozlara çıkılmalıdır. (***Start low, go slow)***

Sonuç olarak; yaşlılar gençlere oranla daha fazla ilaç kullanırlar. Hekimler yaşlıya ilaç başlayacağı zaman endikasyonu iyi belirlemeli ve yaşlılarda ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik etkilerinin değiştiği gözönüne alınmalıdır. Yaşlılarda polifarmasi sonucu gelişebilen önemli ilaç istenmeyen etkileri artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Bu nedenle ilacın etkinliği kadar, uygun endikasyonlarda kullanılıp kullanılmadığı önemlidir. Bu nedenle tüm ilaç uygulamaları akılcı ilaç kullanım ilkeleri temelinde ve bireyselleştirilerek yapılmalıdır.

OLGULARLA AKILCI NSAİİ KULLANIMI

DOÇ. DR. VELİ YAZISIZ
ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ROMATOLOJİ BD.

"Ağrı; insanlık için zalim bir hükümdar, hatta ölümden daha korkunçtur."

Albert Schweitzer

NSAİİ'lar antik çağlardan beri ağrı ve inflamasyon kontrolünde kullanılmaktadır. İnsanoğlu bu ajanları içeren bitkilerin yaprak ve kabuklarından uzun yıllar boyunca istifade etmiştir. Söğüt kabuklarında bulunan sodyum salisilat insanoğlunun ilk keşfettiği NSAİİ'dir. 1897 yılında kimyacı Felix Hoffman tarafından aspirin laboratuvar ortamında geliştirilen ilk NSAİİ olmuştur. Farmasotik olarak ticari olarak satılmaya başlanması ile bu ilaçların kullanımı yaygınlaşmıştır. Ağrı kontrolünde hızlı etki etmeleri nedeniyle ilk kullanılan ilaçlar konumundadırlar. Çok sayıda insanın kullanımı ile ilaçlara bağlı yan etkiler klinik olarak gözlenmeye başlanmıştır.

NSAİİ'ler araşidonik asitten siklooksijenaz-1 (Cox-1) ve siklooksijenaz-2 (Cox-2) enzimlerini inhibe ederek prostasiklin, tromboksan ve prostaglandinlerin (PG) sentezini azaktırlar. Cox-1 neredeyse tüm dokularda eksprese edilebilen bir enzimdir. Bir çok fizyolojik fonksiyonu olan PG' lerin sentezine aracılık eder. Cox-2'nin ''uyarılabilir enzim'' olduğuna inanılmaktadır, inflamasyon gibi uyarıcı bir faktör yok ise inaktif formdadır. TNF-α ve IL-1 gibi proinflamatuvar sitokinler ile mikrobial ürünler tarafından NF-kB ve AP-1 gibi traskripsiyon faktörleri ile Cox-2 sentezi uyarılır. Bu nedenle özellikle inflamasyon bölgesinde bol miktarda sentezlenir. Cox-2 sentezinin uyarımı ile araşidonik asitten ağrıya neden olan inflamatuvar prostaglandinlerin yapımı artar. Bu yolağın inhibe edilmesi ağrının ve inflamasyonun azalmasına neden olur.

NSAİİ'ler inhibe ettikleri Cox enzimine göre Cox-1 inhibitörleri ve Cox-2 inhibitörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Cox-2 inhibitörleri sıklıkla Cox-2 selektif veya Coxibs'ler, Cox-1 inhibitörleri ise geleneksel veya non-selektif NSAID ilaçlar olarak isimlendirilmektedir. Bu ilaçlarda Cox selektivitesi görecelidir. Cox-2 selektif ajanlar Cox-2'yi yüksek derecede bloklar iken az miktarda da olsa Cox-1 inhibisyonu yapar. Bu etki doz ilişkili olabileceği gibi kişilerdeki Cox aktivitesi ile de ilişkili olabilir. Rofecoxib, etodolak ve meloksikam Cox-2 için oldukça selektifdir. Etodolak ve Meloksikam ABD'de geleneksel NSAID (Cox-2 spesifik değil) kabul edilirken Avrupa ve Kanada'da meloksikam Cox-2 selektif olarak kabul edilmektedir

NSAİİ'leri Cox inhibisyonuna göre gruplara ayırmanın en önemli nedeni yan etki profilleridir. Cox-1 inhibisyonu gastrik asit salınımını arttırır, gastrik mukus ve bikarbonat oluşumunu azaltır, mukozal hücre proliferasyon hızını azaltır. Mide mukozal savunma mekanizmasının birer parçası olan bu mekanizmaların inhibisyonu mukozal hasar ve ülser gelişimine neden olur. NSAİİ ilişkili gastrointestinal kanamalar ölüme neden olan ciddi bir yan etkidir. 1999 yılında ABD'de 16500 kişinin NSAİİ'lara bağlı gastrointestinal kanamalardan ölmüştür. İleri yaş, peptik ülser veya geçirilmiş gastrointestinal sistem kanaması öyküsü, birlikte antikoagülan, kortikosteroid kullanımı ve yüksek doz NSAİİ alımı kanama riskini arttırmaktadır. Cox-2 selektif NSAİİ'lerin geliştirilmesinin temel nedeni gastrointestinal sistemde protektif etkileri olan PG'leri sentezleyen Cox-1 enzimini inhibe etmemeleridir. Cox-2 selektifler ile gastrointestinal yan etkiler belirgin olarak azalmış fakat rofekoksibin romatoid artritli hastalarda etkinliğini inceleyen bir çalışmada bu ajanların kardiovasküler olaylardan ölümü arttırdığı tespit edilmiş ve ilacın kullanımı yasaklanmıştır.

NSAİİ'ların yan etkileri gastrointesitinal sistem ile sınırlı değildir. Agranülositoz, trombositopeni ve aplastik anemi gibi hematolojik bozukluklar gelişebilir. Platelet fonksiyonlarını

düzenleyen prostosiklin ve tromboksan üzerindeki etkileri nedeniyle pıhtılaşma sorunlarına neden olurlar. Aynı mekanizma ile prostosiklin/tromboksan dengesini prostosiklin lehine çeviren ilaçlar antiagregan olarak kardiyovasküler olayların proflaksisinde etkin şekilde kullanılır iken tromboksan lehine çevirenler kardiyovasküler olaylardan ölümlere neden olabilmektedirler. Warvarin ile etkileşimleri nedeni ile warvarin etkisini arttırmalarırlar. NSAİİ kullanana hastaların bir kısmında ilacın kesilmesini gerektirecek düzeyde karaciğer enzim yükseklikleri gelişebilir.

Cox-2 enzimi renal glomerüler kan akımının düzenlenmesinde etkin bir moleküldür. Cox-2'nin inhibisyonu glomerüler kan akımında azalma, sodyum, potasyum ve su retansiyonuna neden olur. Konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda aşırı su ve tuz retansiyonu kalp yetmezliğinin kötüleşmesine neden olur. Özellikle hipovolemik ve altta yatan bir renal patolojik hastalık varlığında NSAİİ'ların renal toksisitesi daha fazla oranda görülmektedir. Çoğu NSAİİ ajan diüretik, beta-blokeri ve anjiotensin konverting enzim inhibitörlerinin etkinliğini azaltarak hipertansiyon kontrolünü bozabilir.

NSAİİ ilaçların diğer yan etkileri arasında cilt döküntüleri, hipersensitivete reaksiyonları, tinnitus, koma ve ölüme kadar gidebilen konfüzyon, halüsinasyon, depresyon, baş ağrısı, nöbet, senkop, kognitif disfonksiyon, unutkanlık, kişilik değişiklikleri gibi santral sinir sistemi yan etkileri sayılabilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar NSAİİ'ların en sık reçetelenen ilaçlar arasında yer aldığını göstermektedir. Antibiyotiklerden sonra en yüksek pazar payı olan ilaç grubudur. Sık kullanılmaları yan etkilerinin de daha fazla görülmesine neden olmaktadır. Çok merkezli bir çalışmada, ülkemizde gastrointestinal sistem kanaması geçiren insanların yaklaşık yarısında etiyolojiden NSAİİ'lar sorumludur.

Son yıllarda üzerinde en çok durulan konulardan biri akılcı ilaç kullanımıdır. Akılcı ilaç kullanımı *kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri* olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı populasyonda NSAİİ dahil tüm ilaçların kullanımı bu bireylerdeki yaşa bağlı değişiklikler nedeniyle özel önem arz etmektedir. Yaşlılarda ilaçların kullanım ilkeleri konusunda bu yaş grubu ile ilgilenen hekimler, eczacılar, hemşireler diğer sağlıkla ilgili kişiler ve hasta ile hasta yakınlarının eğitilmesi gerekmektedir.

Yaşlılarda ilaç kullanımı konusunda daha dikkatli olunmalıdır. Yaşa bağlı olarak bir çok organ ve dokuda fonksiyon bozuklukları olabilir. Vücudun hemoostatik regülasyonlarında azalma görülür. Karaciğer rezervi, enzim aktiviteleri, kan akımı, renal kanlanma, glomerüler filtrasyon ve tübüler fonksiyonlarda azalma olur. İlaçların klirensi azalmaya başlar. NSAİİ ilaçlarda dahil tüm ilaçların farmakinetiği ve farmatodinamiğinde önemli değişiklikler olur. Birden çok hastalık nedeniyle çoklu ilaç kullanımı ve ilaç-ilaç etkileşim olasılığı gençlere göre daha fazladır. Tüm bu nedenlerden dolayı yaşlılarda ilaç yan etkilerinin sıklığı artmıştır. Yaşlı bireylerde mümkün olduğunca gereksiz yere ilaç kullanılmamalı, kullanmak için endikasyon varsa minimum doz ve sürede kullanılmalı ve hasta sık aralıklarla takip edilmelidir. NSAİİ'lerin etkinliği bireyler arasında farklılıklar göstermektedir. Aynı bireysel farklılıkların yan etkiler içinde geçerli olabileceği unutulmamalıdır.

Yaş arttıkça hastalık sayısı ve doğru orantılı olarak kullanılan ilaç sayısı artmaktadır. Ülkemizde 65 yaş üstü populasyonda en az bir ilaç kullanım oranı %84.7'dir. 4 ve daha fazla ilaç kullanım oranı ise %38.2 'dir. Benzer şekilde yaş arttıkça başta gastrointestinal sistem kanamaları olmak üzere NSAİİ'ların yan etkileri de artmaktadır.

Yaşlılarda herhangi bir klinik sorunla karşılaşınca ilaç tedavisinin gerekli olup olmadığı gözden geçirilmelidir. NSAİİ kullanımı için herhangi bir endikasyon olduğunda steroid ve diğer analjezikler gibi alternatif tedavilerin kullanılabilirliği, hastaya ait özellikler ve kullanılabilecek ilaçların etki gücü, yan etki potansiyelleri, yarı ömrü ve diğer ilaçlarla etkileşimleri gibi özellikleri gözden geçirilmeli hasta için en uygun ajan tercih edilmelidir. Diğer hastalıkları için kullandığı ilaçlar ile başlanması planlanan NSAİİ arasında etkileşimler göz önünde bulundurulmalıdır. Tedaviye en düşük doz ile başlanmalı ve mümkün olan en kısa sürede ilaç kesilmelidir. Tedavi süresince düzenli kontrolleri yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Mollahaliloglu S, Alkan A, Dönertaş B, Özgülcü Ş, Akıcı A. Marmara Universitesi Tıp Fakultesi Dergisi 2011;24:162-73
2. Olsen AMS, Fosbø EL, Lindhardsen J. Cause-Specific Cardiovascular Risk Associated with Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs among Myocardial Infarction Patients - A Nationwide Study. PLoS One. 2013; 8(1): e54309.
3. Bor S, Dağlı Ü, Sarer B ve ark. A retrospective study demonstrating properties of nonvariceal upper gastroin-

testinal bleeding in Turkey .Turk J Gastroenterol 2011; 22 (3): 249-254

4. Gokce Kutsal Y, Barak A, Atalay A, et al. Polypharmacy in the elderly: a multicenter study. J Am Med Dir Assoc 2009;10(7):486-90. (PMID:19716065)
5. Angel Lanas. A review of the gastrointestinal safety data—a gastroenterologist's perspective, Rheumatology (Oxford). 2010 May;49 Suppl 2:ii3-10
6. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, Egger M, Jüni P. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ. 2011 Jan 11;342:c7086.

YAŞLILARDA ANEMİYE YAKLAŞIM

DOÇ. DR. BERRİN KARADAĞ
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ

Anemi, yaşlılıkta çık sık karşılaşılan ciddi ve çoğunlukla tedavi edilebilen önemli sağlık sorunlarından biridir. Anemi hem morbiditeye yol açması, hem de altta yatan ciddi bir hastalığa işaret edebilmesi açısından önem taşır. Anemi oranı yaşla birlikte artmakta ve varlığı, kötü sağlık göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Anemi; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, hemoglobin (Hgb) değerinin erkeklerde 13g/dL ve kadınlarda 12 g/dL'nin altındaki değerler olarak tanımlanır. Yaşlılarda anemi tedavisi yapılmadığı takdirde, fiziksel işlevsellikte azalma, kognitif fonksiyonlarda bozulma, depresyon, konjestif kalp yetmezliği ve mortalite riskinde artışa neden olmakta; sık ve uzun süre hospitalizasyon gerektirmesi ile de tedavi maliyetinde de ciddi bir artışa yol açmaktadır. Ayrıca yaşlı grupta aneminin altından çok ciddi problemlerin çıkma olasılığı da, genç gruba oranla daha yüksektir.

Anemi görülme sıklığı yaşla birlikte sıklaşmakla beraber, çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar izlenmiştir. "National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III" çalışmasında anemi sıklığı 65 yaş üzeri erkeklerde %11.0, kadınlarda ise %10.2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada anemi WHO'nun değerlerine gore tanımlanmıştır ve 50'li yaşlardan itibaren anemi prevalansının arttığı ve 85 yaş üzerinde bu oranın %20 civarında seyrettiği belirlenmiştir. NHANES III'de anemilerin nedenleri 2/3 vakada saptanabilmiş, ancak 1/3 vakada ise saptanamamıştır. Bunun nedeni ise bu çalışmanın bir tarama çalışması olmasına dayandırılmış olup, ileri tetkik edilmemesi olarak gösterilmiştir. Nedeni saptanan anemilerin yarısı nutrisyonel (demir, vitamin B12 ve folat), diğer yarısı ise kronik inflamasyon ya da kronik böbrek yetersizliğine bağlanmıştır. Nutrisyonel sebeplerden demir eksikliği nadiren alım yetersizliğine bağlı olup, en sık özofajit, gastrit, peptic ulkus, polipler, angiodisplazi veya kolon kanseri gibi gastrointestinal kayıplara bağlıdır. Ancak B12 vitamini eksikliği görülme nedeni ise, en sık olarak atrofik gastrit ve hipoasiditeye bağlı emilim bozukluğu sonucudur. Kronik hastalık anemisinin yaşlılarda sık görülmesi ise şaşırtıcı bir sonuç değildir. Kronik hastalık anemisi genellikle hafif veya orta derinlikte olup, ciddi anemi sık gözlenmez. Normokrom normositer seyredip, düşük retikülosit cevabı ile seyreder.

Anemiye Tanısal Yaklaşım

Aneminin patofizyolojisinde iki temel neden söz konusudur. Ya hemoglobin üretimi bozulmuştur, ya da kayıba bağlı eritrosit sayısı azalmıştır. Tanıda ilk olarak ayrıntılı bir anamnez alınması ve yine ayrıntılı bir fizik muayene yapılması çok önemlidir. İlk incelenecek laboratuar tetkikleri; tam kan sayımı, periferik yayma ve retikülosit sayımıdır. Ardından bu tetkiklerin yönlendirmesi ile ileri değerlendirmeye gidilir. Ancak yaşlı hastalarda değerlendirme yapılırken komorbiditelerin ve polifarmasinin de ayrıntılı değerlendirilmesi ihmal edilmemelidir. Yaşlı bir hasta karşımıza gelip de anemi tanısı konduktan sonar akla getirilmesi gereken bazı önemli noktalar unutulmamalıdır. Tetkiklerde tam kan sayımı, periferik yayma ve retikülosit sayımı ardından, yönlenmeye göre; serum demir, demir bağlama, ferritin, B12 vitamini ve folat düzeyleri değerlendirilmelidir. Demir eksikliği anemisinde özellikle olmak üzere, diğer nutrisyonel anemilerde de endoskopik tetkik ihmal edilmemelidir. Yaşlı ve anemik hastalarda plazma hücre diskrazileri de unutulmamalıdır. Daha ileri testlerde hematolojik maligniteler de ayırt edilmeli ve kemik iliği biopsisi planlanmalıdır.

Demir eksikliği anemisi; demir duodenum ve jejenumun üst kısmından emilir, "transferrin" ise demirin fizyolojik taşıyıcıdısır. Demirin hücreler tarafından alınmasını "transferrin re-

septörleri" sağlar. Hücrenin yüzeyindeki reseptör yoğunluğu fazla ise demir alımı da o denli fazla olur. Serum transferrin reseptörü doku demir depoları ile ters orantılı olup, demir eksikliğinde düzeyleri artar. Demirin depolanmasına yarayan bileşikler ise "ferritin" ve "hemosiderin" dir. İhtiyaç sırasında ilk olarak kullanıma ferritin demiri sunulur. Serum transferrin reseptörü demir eksikliği anemisi ile kronik hastalık anemisinin ayırımında oldukça yararlıdır, ancak klinikte günlük kullanıma uygun değildir.

Yaşlı hastalarda demir eksikliği anemisi ile kronik hastalık anemisinin ayırımı güçtür. Serum demir ve transferrin satürasyonu ölçümünün, yaşlılarda yararı sınırlıdır ve ferritin düzeyleri de inflamatuar yanıta bağlı olarak yükselebilir.

Bir de karaciğer tarafından sentezlenen, demir emilimini ve depo demirinin salınmasını bloke eden bir hormon olan "hepcidin" vardır. Hepcidin salınımı başlıca inflamasyon ile uyarılır ve bu hormon kronik hastalık anemisinin patogenezinde önemli bir rol oynar. Eritropoezde demir kontrollü olduğu zaman hepcidin salınımı azalmakta, proinflamatuar sitokinlerin varlığında ise hepcidin salınımı belirgin olarak artmaktadır.

Demir eksikliği anemisi, uzun süreli negatif demir balansı sonucu gelişir ve en sık görülme nedeni de kanamadır. Altta yatan hastalık bulguları presente olabileceği gibi, rutin değerlendirme sırasında da bulunabilir. Sorgulamada nonsteroid antiinflamtuar ve salisilat kullanımı mutlaka değerlendirilmelidir.

Tedavide altta yatan hastalıkların düzeltilmesi gereklidir. Tercihen daha iyi emildiği için iki değerlikli demir preparatları ile eksilen miktar yerine konur. Demir replasmanı başladıktan 7-10 gün sonar retikülositoz izlenmelidir. Hemoglobin düzeylerinde normale geliş yaklaşık 2 ay, mikrositozun düzelmesi ise yaklaşık olarak 4 ay sonra olur. Ancak depoların dolması da amaçlanmalı ve tedavi 3-4 ay daha devam ettirilmelidir. Eğer oral alım ile tolerasyon sağlanamıyorsa, malabsorbsiyon varsa ve kontrol edilemeyen ağır anemi mevcutsa parenteral tedavi düşünülmelidir.

Kronik Hastalık Anemisi; yaşlılarda kronik hastalık anemsi de oldukça sık gözlenir ve tanıda demir eksikliği anemisi ile karıştırılabilir.Kronik hastalık anemisi genellikle hafif-orta derinlikte olup, normokrom normositerdir. Serum demir ve demir bağlama kapasitesi düşük, ancak, demir depoları normaldir. Tek başına serum transferrin reseptör düzeylerinin veya serum ferritine oranının kronik hastalık anemisi için hassas bir belirteç olduğu ileri sürülmüştür.

Kronik hastalık anemisinin fizyopatogenezi multifaktöryeldir. Demir temininin ve eritroid progenitörler tarafından demir kullanımının bozulması, patogenezdeki en önemli mekanizmadır. Ayrıca kemik iliği eritroid prekürsörlerin apoptozisinde artış, yetersiz eritropoetin üretimi ve eritrosit ömründe kısalma da önemli faktörler arasındadır. Kronik hastalık anemisinde relative bir eritropoetin eksikliği mevcudiyeti vardır. Aslında eritropoetin düzeyleri yaşla ve kronik hastalıklarda (hipertansiyon, diyabet gibi) artış gösterirken, yaşlı anemik hastalarda serum eritropoetin düzeyleri uygunsuz düşük veya hemoglobin düzeylerine göre azalmış da olabilir.

B12 vitamini esikliği; B12 vitamini (kobalamin) metionin döngüsünde yer alır. Vitamin B12 eksikliğinde DNA sentezinde aksaklık oluşur. Genelde hayvansal gıdalarda bulunan ve normal diyetle alınan B12 vitamini yeterlidir ve emilimi terminal ileumda intrinsik faktor (IF) yardımıyla gerçekleşir. IF ise gastric parietal hücrelerden salgılanır. Vitamin B12'nin emilimi ve IF'den ayrılması sonrası taşınmasını sağlayan protein transkobalamin II (TCII) dir. Hücre içine giren kobalamin metilkobalamin ve adenozilkobalamine dönüşür. Metilkobalamin homosisteinde metionin oluşmasında, adenozilkobalamin ise metilmalonik asitten (MMA) suksinil CoA oluşmasında görevlidir. B12 vitamini eksikliğinde homosistein ve MMA düzeyleri artar.

Uzun süreli et yemeyenlerde gastrointestinal cerrahi girişim yapılanlarda, uzun süreli H2 reseptör antagonisti veya proton pompa inhibitörü kullananlarda, yaşlı ve depresiflerde, açıklanamayan nörolojik semptomları olanlarda vitamin B12 düzeylerine bakılmalıdır. 60 yaş üzeri kişilerde vitamin B12 eksikliği %5-20 kadar sıklıkta görülür. Vitamin B12 eksikliğinde düzgün yüzeyli, kırmızı bir dilin olduğu glossit karakteristiktir. Vitamin B12 eksikliğinde anemi, nöropsikiyatrik bozukluklar ve kognitif fonksiyon bozuklukları ve demans görülebilir. Vitamin B12 eksikliğinde görülen nöropsikiyatrik bulgular myelin sentezinde oluşan bozukluk ve spinal kordun subakut kombine degenerasyonu sonucudur. Yaşlı hastalarda anemi veya periferik yayma bulguları gelişmeden önce de nörolojik bulgular gelişebilir. Organik beyin sendromu, açıklanamayn psikoz ve açıklanamayan periferik nöropatisi olan hastalar, özellikle de gastrektomi öyküsü varsa

B12 vitamini eksikliği yönünden araştırılmalıdırlar.

Tanıda standart olarak kullanılan serumda vitamin B12 düzeyleri ölçümüdür. Ancak serum seviyesi her zaman klinik ile uyumlu olmayabilir. Homosistein ve MMA ölçümü de yapılan diğer testler arasındadır.

Yaşlılar vitamin B12 eksikliği için en riskli grubu oluşturur. En sık neden gastrointestinal sistem ameliyatlarıdır. Vitamin B12 eksikliği olan yaşlılarda neden %10 sıklıkla pernisiyöz anemidir. Ayrıca yaşlılarda gastrik asit salgısında da azalma olur, emilim bozulur ve bu da vitamin B12 eksikliğinin %10-30 nedenini oluşturur. Tedavide parenteral replasman önerilir. Tedaviye yanıt olarak 5. günde retikülositoz gözlenmelidir. Dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri de vitamin B12 tedavisinin başlangıcında hipokalemi, hipofosfatemi gelişebileceğidir. Bir diğer önemli nokta da , vitamin B12 eksikliği yanlış olarak folik asit eksikliği olarak tanı alıp, folat tedavisi uygulanırsa, hematolojik bulgular düzelebilir, ancak nörolojik anormallikler düzelmez. Vitamin B12 tedavisi ile nörolojik bozukluklar iyileşebileceği gibi, yanıtsız da olabilir. Nöropsikiyatrik bulgularda ise çok net bir yanıt olmaz, ancak semptomların gidişatı durdurulabilir.

BİRİNCİ BASAMAKTA ERİŞKİNDE VİTAMİN D, B_{12} VE DİĞER VİTAMİNLER

UZM. DR. HAKAN YAVUZER
İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ. İÇ H. A.D. GERİATRİ B.D

Vitaminler, yaşam için gerekli olan mikrobesin öğeleri arasında yer almaktadır. Vücutta bazılarının yetersiz sentezlenmeleri ve bazılarının ise hiç sentezlenmemelerinden dolayı diyetle alınmaları gerekmektedir. Biyokimyasal tepkimelerin sorunsuz işleyebilmeleri için vitaminlere mutlak ihtiyaç vardır. Bir kısmı koenzim şeklinde, bir kısmı da hormonlara benzer şekilde etkinlik gösterir. Dolayısıyla ilgili biyokimyasal reaksiyonda görev alan herhangi bir vitamin eksikliğinde ilişkili vücut fonksiyonunda aksamalar ortaya çıkacaktır.

Vitaminlerin vücutta depolanması farklılıklar göstermektedir. Vitaminler, bütün hücrelerde az miktarlarda depolanmaktadır. Suda çözünen vitaminlerin çoğunun depolanması yağda çözünenlere göre nispeten daha azdır ve genel olarak idrarla dışarı atılırlar. Yağda eriyen vitaminler ise kanda yağla birlikte dolaşırlar ve yağ hücrelerinde depolanırlar. Yani yağda çözünen vitaminlerin (A, D, E ve K vitaminleri gibi) farkı fazlasının atılmadan vücutta birikmeleridir. Özellikle de karaciğerde birikerek toksik etki yapabilmeleri açısından önemlidirler.

Normal beslenen bir insanda vitamin eksikliği beklenen bir durum değildir. Bununla birlikte bebekler, gebeler, yaşlılar, alkolikler, sigara içenler, uzun süreli ilaç kullananlar, vejetaryenler ve zayıflama diyeti uygulayanlarda ise eksiklik sonucu vitamin desteği gerekebilir. Uygunsuz kullanıldığı durumlarda da zararlı sonuçlara sebep olabilmektedirler.

Vitamin eksikliği gelişiminde başlıca beş mekanizma sayılabilir:

1. Açlık, yaşlılık, yetersiz ve dengesiz beslenme, alkolizm, katı vejeteryanlık gibi "alım eksikliği",
2. Çöliak, Crohn, gastrik by-pass, kısa barsak sendromu gibi "malabsorbsiyon"un olduğu durumlar,
3. Hemodializ, kronik diyare gibi "anormal kayıplar",
4. Genetik ya da edinsel "metabolik hastalıklar",
5. Vitamin D'de olduğu gibi "yetersiz sentez" durumları.

Çeşitli çalışmalarda yaşlılıkta karşılaşılan hastalıkların sıklıkla beslenme yetersizlikleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Birçok vitaminin eksikliğinde de başlıca nedenin beslenme yetersizliği olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda beslenme ve vitamin eksikliği özellikle emilim azalması ile ilişkilidir. Midede asit salgılanmasının yavaşlaması, birliktelik gösteren hastalıkların çokluğu, polifarmasi, çok sık ve gereksiz kullanılan proton pompa inhibitörleri gibi durumlar da besinlerin yeterli absorpsiyonunu engelleyebilmektedir. Yoksulluk, diş kayıpları, taze meyve, sebze, et ve vitaminden fakir beslenme, yalnızlık, kısıtlı hareket, sosyal izolasyon gibi pek çok faktör de yine yaşlılarda vitamin alımını etkileyerek eksikliklerine neden olmaktadır.

Vitaminler ve minerallerden zengin sebze ve meyvelerin bol ve çeşitli tüketilmesinin; kalp hastalıkları, bazı kanser türleri ve insüline bağlı olmayan diyabetten korunmada, hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolünde, katarakt ve senil makuler dejenerasyon gibi diğer bazı göz hastalıklarından korunmada etkili olduğu bilinmektedir.

Ancak kanserin önlenmesi ve tedavisi için alınan antioksidan vitaminlerin faydalı olup olmadığı konusunda yapılan çalışmalarda ne yazık ki istenen sonuçlar alınamamıştır. Örneğin düzenli Koenzim Q10 kullanımının kanser önlenmesi ve tedavisinde faydası bulunamamıştır. Vitamin C ve E'nin verilmesi ise üç geniş çalışmada değerlendirilmiştir. Tümünde; bu vitaminlerin kanser mortalitesi üzerine faydasının olmadığı ve kanser gelişimini önlemedikleri gösterilmiştir. Fakat vitamin alımı ile olumlu sonuçlanan bazı çalışmalar da mevcuttur. Bunlardan birinde bu vitaminlerle prostat tümör

gelişiminin azaldığı, başka bir çalışmada vitamin E ve omega-3'ün birlikte alınmasının yaşam süresini uzadığı ve de yine bir çalışmada mesane kanserinde BCG aşısıyla birlikte C vitaminin yeni mesane tümör gelişimini önlediği yönünde sonuçlar bulunmuştur. Buna karşın 7 klinik çalışmayla da C vitamini kullanmanın kanserli hastanın ölüm oranında azalma yapmadığı, vitamin C, vitamin E ve Konenzim Q10 kullanımının kanser gelişimini önlemediğini ve kanser hastasında kanser üzerinde faydalı olmadığı gösterilmiştir.

Yaşlılıkta bazı önemli vitaminler ve vitamin eksiklikleri;

1. D VİTAMİNİ :

D vitamini klasik bir vitamin olmaktan ziyade vücuda gerekli bir hormondur. Güneş ışığına yeterince maruz kalınırsa diyetle alınmasına gerek kalmaz. D vitamini, kemik, barsak, böbrek ve paratiroid bezler üzerine gösterdiği fizyolojik etkilerle kalsiyum ve fosfor metabolizmasını düzenler. Kemik ve diş sağlığı açısından vazgeçilmezdir.

Kolesterol sentezinde bir ara metabolit olan 7- dehidrokolesterol, insanlarda dermis ve epidermiste güneş ışığına maruz kalındığında kolekalsiferole çevrilir. D_2 ve D_3 vitaminleri biyolojik olarak aktif değildirler, ancak vücutta iki hidroksilasyon reaksiyonu ile aktif vitamin D şekline çevrilirler. İlk hidroksillenme 25. Pozisyonda olur ve bu işlem karaciğerde 25 hidroksilaz tarafından gerçekleştirilir. Reaksiyon ürünü olan 25-hidroksikolekalsiferol (25-OH D_3) plazmada en çok bulunan ve başlıca depo edilen D vitamini şeklidir. 25-OH D_3 başlıca böbrekte bulunan 25-hidroksikolekalsiferol 1a-hidroksilaz (1a hidroksilaz) tarafından 1. Pozisyonda tekrar hidroksillenir ve 1,25-dihidroksikolekalsiferol (1,25-diOH D_3) oluşur. 1,25-diOH D3 en güçlü vitamin D metabolitidir. Oluşumu plazma fosfat ve kalsiyum iyonlarının düzeylerince sıkı bir şekilde düzenlenir. 25-hidroksikolekalsiferol 1a-hidroksilaz aktivitesi plazma fosfat düzeyindeki düşme sonucu direkt olarak veya plazma kalsiyumunda azalma durumunda ise paratiroid hormon (PTH) salınımının uyarılması aracılığı ile indirekt olarak artar. PTH, D vitamini düzeylerini etkileyen major uyarandır. Diyetle yetersiz kalsiyum alımı sonucu oluşan hipokalsemi, plazma 1,25-diOH D_3 düzeyinde artışa yol açar. 1a-hidroksilaz aktivitesi ise reaksiyon ürünü olan 1,25-diOH D_3 fazlalığında azalır.

Yaşlanma ile birlikte cildin vitamin D_3 (kolekalsiferol) üretim kapasitesi azalır. Bu kapasite 70 yaşından sonra 4 kattan fazla azalma gösterir. Eksikliğinde kaslarda yorgunluk, kemik ağrıları ve duyarlılığı oluşur; osteoporoz, artrit ve kanser riski artar. D vitamini düzeyi yetersiz olan kişilerde kalp hastalıklarına daha sık rastlanır. Bu kişilerde kan basıncı yükselir, koroner damarlarda inflamasyon artar, kan şekeri kontrolü bozulur. Bir araştırmada, D vitamini düzeyini 50–75 ng/ml arasında koruyarak kalın barsak kanseri riskinin %40 azaltılabildiği saptanmıştır. Dengeli bir beslenme tarzımız olsa bile bu, günlük D vitamini ihtiyacımızın en fazla %5-10'unu karşılayabilir. Kalan açığın giderilmesi için güneş ışınlarıyla aktive olan doğal katkı ve 400-800 IU/gün inaktif D vitamini alımının yeterli olduğu düşünülmektedir. Balık (somon, uskumru, sardalye), süt ve süt ürünleri (güçlendirilmiş süt, peynir, tereyağı) yaşlılar için bu önemli vitaminin en zengin kaynağıdır. Cildin güneş ışığına ultraviolenin zararlı olduğu saatler (11:00-15:00) dışında, günde 3 kez 15'er dakika maruz kalınmasının yeterli olabileceği öngörülmektedir.

2. B VİTAMİNİ :

Tüm B vitamini seviyeleri yaşlanma ile birlikte azalma göstermektedir. B vitamini ailesinin yaşlılarda enerji ve aktivite düzeyini etkilediği kabul edilmektedir. Tiamin, folik asit ve B12 eksikliği, zihinsel kapasitede azalma sonucu klinik olarak unutkanlık, sinirlilik, yorgunluk ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma olarak ortaya çıkmaktadır. Bütün B grubu vitaminler karaciğer, süt, süt ürünleri ve hububat ile alınabilmektedir.

a. B_1* VİTAMİNİ *(TİAMİN):

İlk keşfedilen B vitamini olup koenzim formu tiamin pirofosfat (TPP),dallı-zincirli aminoasitlerin ve karbonhidratların metabolizması için gereklidir. Enerji üretiminde kaynak rol oynar. Periferal sinir membranlarında yer alır ve sinir iletiminde rol aldığı öne sürülmektedir. Eksikliğinin en sık nedenleri diyetle eksik alınması, alkolizm ve kanser benzeri kronik hastalıklardır. Erişkinde **günlük gereksinim 1-2** mg'dır.

b. B_6* VİTAMİNİ *(PİRİDOKSİN):

Piridoksin, piridoksal ve piridoksamin gibi üç piridin türevi ve bunların fosfatlarından oluşan bir ailedir. Özellikle aminoasitlerle ilgili birçok enzimin kofaktörüdür. Seratonin, norepinefrin ve sfingolipid sentezinde kullanılır. Aynı zamanda glikojen yıkımında gerekli olan glikojen fosforilaz enziminin stabilizasyonu içinde gereklidir. Piridoksin eksikliğinde glukoz toleransı da bozulmaktadır. Piridoksin ayrıca homosisteinin sisteine çevrilmesinde de gereklidir ve bu reaksiyondan dolayı aterosklerozla ilişkilidir. Eksikliğine genelde B kompleks vitamin eksikliği **eşl**ik eder. Eksikliğinde derma-

tozlar, anemi, kas distrofisi, cheliosis, glossit, oksalüri, homosistinüri, mesane taşları, hiperglisemi ve periferik nöropati **görülebilir. Günlük gereksinim yaşlılarda 1,5 – 1,7** mg'dır.

c. B_{12} VİTAMİNİ *(KOBALAMİN):*

Ortak prostetik gruba sahip birçok kobalamin bileşikleri B_{12} vitamini aktivitesi gösterirler. B_{12} vitamini, bir hidrojen akseptör koenzimi olarak çeşitli metabolik fonksiyonları yürütür. En önemli fonksiyonu, gen replikasyonunda gerekli bir basamak olan ribonükleotidin deoksiribonükleotidine indirgenmesinde bir koenzim olarak fonksiyon görmesidir. Büyümeyi, eritrositlerin oluşum ve olgunlaşmasını hızlandırır. Vitamin B_{12}, ileumdan reseptör aracılığıyla emilir. Bu reseptörler vitamini ancak midenin parietal hücrelerinden salgılanan intrensek faktörle (İF) bağlı olduğu zaman tanıyabilir. Vitamin emildikten sonra transkobalamin denilen bir proteine bağlanır. Diğer suda çözünen vitaminlerden farklı olarak önemli miktarda vitamin B_{12} vücutta depo edilir. Vitaminin tek kaynağı hayvansal proteinlerdir.

Eksikliğinin nedenleri, diyetle yetersiz alım (vejeterjan diyet, kötü sosyoekonomik koşullar, malnütrisyon), kobalaminin emiliminde, metabolizmasında ve transportunda bozukluktur. Eksikliğinde anemi semptomları, açıklanamayan parestezi, kol-bacakta hissizlik, kognitif değişiklikler, dengesiz yürüme, ataksi, alt ekstremitede vibrasyon ve pozisyon hissinin kaybı, yaşlılarda açıklanamayan psikiyatrik bozukluklar, demans bulguları v.b. gibi nörolojik belirti ve bulgular görülür. Nörolojik ve psikiyatrik bulguların hematolojik bulgular gelişmeden önce ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Erişkinde günlük besinlerle 200-400 µg alım yeterlidir. Eksikliğine bağlı tedavide 100-1000 µg/gün (intramusküler veya subkutan), 1 hafta süreyle her gün, takiben haftada 2 gün 2 hafta süreyle, sonra haftada 1 defa 1-2 hafta süreyle, en son aylık tedavi verilir. Yüksek dozda (1000 µg/gün) haftada bir verilir.

d. FOLİK ASİT:

Folik asit, fonksiyonlarını hidroksimetil ve formil gruplarını taşıyarak yürütür. Vücuttaki en önemli görevi, DNA sentezinde gerekli olan pürinlerin ve timinin sentezidir. Bu nedenle folik asit, B_{12} vitamini gibi hücresel genlerin replikasyonu için gereklidir. Bu etki folik asidin büyümeyi hızlandırıcı etkisidir. Folik asit, eritrositlerin büyümesinde ve olgunlaşmasında özgül bir takım kimyasal fonksiyonları yürüttüğünden eksikliğinde megaloblastik anemi gelişir.

Folat yetmezliği gereksinimin arttığı durumlarda (gebelik, süt verme), ince barsak patolojilerinde, alkolizmde, sadece keçi sütü tüketenlerde ve bazı ilaçların (metotreksat, antikonvülzanlar, oral kontraseptifler) kullanımında oluşabilir.

Folat yetmezliğini engellemek için taze ya da taze dondurulmuş, pişirilmemiş meyve ve sebzelerin diyette bulunması gereklidir. Günlük ihtiyaç 200-400 µg arasındadır. Eksikliğinde ve artmış ihtiyaç durumlarında 400-800 µg/gün kullanılmalıdır.

3. C VİTAMİNİ (ASKORBİK ASİT) :

Vitamin C vücutta oksidasyon-redüksiyon ve hidrojen iyonu transferi tepkimelerine katılır. Bağ doku metabolizması ve çapraz bağ oluşumunda önemlidir. Antioksidanlar olarak bilinen E vitamini ve β-karoten'i içeren bir grubun üyesidir. Ayrıca kortikosteroidlerle aldosteronun sentezine ve kolesterol metabolizmasına katılır.

Özellikle grip semptomlarının tedavisinde önemli bir antioksidandır. Yaşlılarda yiyeceklerin özellikle pişirilerek tüketilmesi nedeniyle C vitamininden zengin gıda alımı azalır. Bu nedenle de özellikle bakımevlerinde yaşayanlarda, yatalak ve yara iyileşmesi gecikenlerde C vitamini desteği gerekebilir.

İdeal kaynağı taze meyve ve sebzelerdir. Eksikliğinde skorbüt (cilt altı, diş eti, eklem içi, periton kanaması), güçsüzlük, halsizlik ve depresyon görülebilir. Günlük alım 200-500 mg arasında sınırlandırılmalıdır. Fazlası barsaklardan emilmediğinden bulantı ve kusmaya yol açabilmektedir.

4. A VİTAMİNİ :

Vitamin A tam olarak retinol'ü tanımlamaktadır. Diğer iki formu olan retinal ve retinoik asitte biyolojik olarak aktiftir. Başta b-karoten olmak üzere, bütün karoten sınıfının yapısı A vitaminine çok yakın olup karaciğerde kolayca bu vitamine çevrildiklerinden, A provitamini olarak tanınırlar.

Görme, büyüme ve hücre farklılaşması, üreme ve immünite gibi birçok alanda fonksiyonu vardır. Eksikliğinde hiperkeratotik deri lezyonları, gece körlüğü, göz kuruluğu, kserozis ve kornea ülseri görülebilmektedir. Bu vitaminin, bağışıklık sisteminin bronşit, idrar yolu enfeksiyonları gibi enfeksiyonlarla savaşması için gerekli olduğu kadar; özellikle sigara içenlerde akciğer, mide, meme ve serviks kanserlerinin önlenmesinde önemli rol alabileceği düşünülmektedir.

Özellikle taze sebze ve meyvelerin alımının azaldığı kış ayla-

rında yaşlılarda eksikliği daha sık gözlenir. Erişkinde günde 5000 İÜ; çocukluk ve püberte dönemleri ile gebelik ve emzirmede 6000 İÜ önerilir.

5. K VİTAMİNİ :

İki çeşit doğal K vitamini bulunur. Fillokinon (vitamin K_1) hayvansal ve bitkisel kaynaklıdır; menakinon (vitamin K^2) ise bakteriyel flora tarafından sentezlenir ve karaciğer dokusunda bulunur. K vitamini koagülasyon kaskadında görevli protrombin, faktör 2, 7, 9, 10 gibi proteinlerin glutamik asit rezidülerinin alfa karboksilasyonunda görev alır. Karaciğerde ve önemli bir kısmı kemiklerin ekstra matriks lipidlerinde depolanır. Eksikliği koagülasyon bozukluğuna ve kemik rezorpsiyonunda artışa sebep olur.

Kaynağı yeşil lifli sebzeler, et, karaciğer ve süt gibi besinlerdir. Günlük alınması gereken miktar erişkinlerde 70 µg'dır.

6. E VİTAMİNİ (TOKOFEROL) :

E vitaminleri doğal olarak mevcut olan 8 adet tokoferollerdir; bunlardan a-tokoferol en aktif olanıdır. Vitamin E'nin başlıca fonksiyonu; hücre bileşenlerinin (örn: çoklu doymamış yağ asitleri) moleküler oksijen ve serbest radikaller tarafından enzimatik olmayan oksidasyonundan korumada önemli bir antioksidan olmasıdır. Lipofilik karakterinden dolayı dolaşımdaki lipoproteinlerde, membranlarda ve yağ depolarında toplanır.

Et, fındık, hububat, tohum yağlarında, ayçiçeği, mısır ve soya yağında bol miktarda bulunur. Son yıllarda yapılan pek çok çalışma E vitamini desteği kullanmanın kalp hastalıklarına yakalanmayı önlemediğini, kanserden korumada zannedilen başarıyı göstermediğini ortaya koymuştur. Birkaç küçük çalışmada kalın bağırsak ve prostat kanseri riskini azalttığı gösterildiyse de, bu amaçla günde 15-30 mg E vitamini alınmasının yeterli olabileceği görülmektedir. Günde 100 üniteden yüksek dozlarda kullanmanın uygun olmadığı konusunda görüş birliğine varılmıştır.

Anlaşıldığı gibi pek çok vitaminin ortak kaynağı olan sebze ve meyveler pişirilerek veya çiğ olarak tüketilebilir. Pişirme, birçok sebzenin aromasını arttırır ve sindirimini kolaylaştırır. Çiğneme ve yutma güçlüğü olan yaşlılar genelde tüm sebze ve meyveleri pişirerek tüketme yolunu tercih edebilirler. Ancak, aşırı pişirilmiş sebzelerde besin öğelerinde kayıplar oluşur. Sebzelerin besleyici değerini kaybetmemeleri için yağda kızartma yerine kendi suyunda pişirme yöntemi tercih edilmeli ve pişirme suları dökülmemelidir. Aksi takdirde suda eriyen vitaminlerde önemli kayıplar oluşmaktadır. Eksikliklerin önlenmesi için günlük 400 gram üzerinde sebze ve meyve tüketilmelidir.

Vitamin ürünlerinin yemekle birlikte alınması doğal yolla alınan vitaminlerin de emilimini azaltacağından sakıncalıdır. Bu nedenle vitamin ilaçlarının yemekten 1 saat önce veya 2 saat sonra alınması daha uygundur.

Bitkisel kaynaklı ürünlerin ve vitaminlerin uygunsuz kullanımının, yetersiz tedaviye, belirtilerin maskelenerek tanının gecikmesine ve istenmeyen ilaç etkileşimlerine neden olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin laksatif olarak kullanılan gum guar digoksin absorpsiyonunu azaltır; depresyonda kullanılabilen St John's wort, warfarin ve siklosporin metabolizmasını artırır; ginseng ve yeşil çay ise warfarin etkinliğini azaltır. Hatta çok masum besinlerden greyfurt suyunun, simvastatin'in plazma yoğunluğunu artırdığı ve portakal suyunun plazma seliprolol yoğunluğunu azalttığı da hatırlanmalıdır. Yine sık kullanılan diüretikler, metformin, asetil salisilik asit gibi pek çok ilacın K, B_{12}, folik asit ve D vitamini ile etkileşebileceği akla getirilmelidir. Özellikle ilaç tedavisi altındaki kişilerin aldığı besin eklentilerinin, beklenmeyen etkileri olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Beers MH, Berkow R ed. Chapter 60: Vitamin and Trace Mineral Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. NJ, 2000. p:588-595.
2. Buchman AL. Vitamin supplementation in the elderly: a critical evaluation. Gastroenterologist. 1996;4(4):262-75.
3. Buhr G, Bales CW. Nutritional supplements for older adults: review and recommendations-part I. J Nutr Elder. 2009;28(1):5-29.
4. Buhr G, Bales CW. Nutritional supplements for older adults: review and recommendations--Part II. J Nutr Elder. 2010;29(1):42-71.
5. Erden BF, Tanyeri P. Ülkemizde Vitamin ve Mineral Eklentilerin Akılcı Kullanımı. STED. 2004; 13(11): 412-414.
6. Fletcher RH, Fairfield KM, Lipman, TO, Eamranond P. Vitamin supplementation in disease prevention. 20. 05. 2011. Reprint from UpToDate. www.uptodate.com
7. Nalbant S. Alternatif tedavi seçenekleri: Yaşlılarda vitamin kullanımı. Geriatri. Editorler: Mas R ve ark. Fersa

Matbaacılık, Ankara. 2008. S: 253-264.
8. Özata M. Kimler Vitamin Almalı ve Nasıl Kullanmalı? http://www.diyetdr.com/Tr/content3.asp?m1=1&m2=11&m3=253
9. Park S, Johnson M, Fischer JG. Vitamin and mineral supplements: barriers and challenges for older adults. J Nutr Elder. 2008;27(3-4):297-317.
10. Rakıcıoğlu N. Yaşlılıkta Beslenme. Hacettepe Üniversitesi, GEBAM yayınları. S:1-7. www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/YASLILIKTA_BESLENME.pdf.
11. Richard MJ, Roussel AM. Micronutrients and ageing: intakes and requirements. Proc Nutr Soc. 1999;58(3):573-8.
12. Sebastian RS, Cleveland LE, Goldman JD, Moshfegh AJ. Older adults who use vitamin/mineral supplements differ from nonusers in nutrient intake adequacy and dietary attitudes. J Am Diet Assoc. 2007;107(8):1322-32.
13. Shenkin A. Micronutrients in health and disease. Postgrad Med J 2006;82:559–567.
14. Simon AR. (Çeviri: Fırat Ö). Yaşlılarda Nütrisyon. Modül 36.1. Yaşlılarda Malnütrisyon: Epidemiyoloji ve Sonuçlar.

DEMANSLI YAŞLILARDA TIBBİ GİRİŞİMLERİN SINIRLARI

DOÇ. DR. ALPER DÖVENTAŞ
İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ H. AD. GERİATRİ BD.

Demans, bellek, yürütücü işlevler, dil, konuşma, anlama ve günlük yaşam aktivitelerinde yeti yitimiyle seyreden, ilerleyici nörodejeneratif bir hastalık grubunun genel tanımıdır. Bilişsel bozukluklar dışında hastaların çoğu depresyon, psikotik semptomlar (halüsinasyonlar, hezeyanlar), amaçsız hareketler, aşırı aktivite, ajitasyon veya saldırganlık gibi davranış ve kişilik değişiklikleri ile hekimin karşısına gelir1.

Demans görülme sıklığı 65 yaş ve üzeri kişilerde %5-10, 80 yaş ve üzerinde %40-50 gibi yüksek oranlardadır. Türkiye nüfusunun son verilere göre %7,51'i 65 yaş ve üstüdür. Yaklaşık 70.000 kadar bilinen demans hastası mevcutken, tahmini 500.000 bin demans hastasının olduğu düşünülmektedir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri polikliniğinde takip edilmekte olan dökümante edilmiş 2548 hastanın %7,6'sında demans tanısı saptanmıştır (6. Akademik Geriatri Kongresi Mayıs 2013). Yine 2003 yılında Hacettepe geriatri birimine ait 1255 hastanın %14,4'ünde demans tanısının olduğu bildirilmiştir (2. Ulusal Geriatri Kongresi Ekim 2003). Dünyada şimdiye kadar yapılan prevalans çalışmalarının meta analizi 65-70 yaşları arasında %4-5 kadar olan Alzheimer Hastalığı'nın (AH) her 5 yılda bir katlanarak artıp 90'lı yaşlarda %50'ye kadar ulaştığını ortaya koymaktadır. Türkiye'den 2009 yılında Gurvit ve arkadaşlarının İstanbul, Kadıköy'de gerçekleştirdikleri TAPS isimli prevalans çalışmasının sonucunda toplumda yaşayan tüm bireylerde toplam demans prevalansı %20 olarak bulunmuştur2.

Demansların büyük çoğunluğunu AH (%60-70) ile vasküler demans (%15-20) oluştururken, Lewy cisimcikli demans, Parkinson demansı, Frontotemporal demans gibi diğer sebepler (%10-25) daha nadirdir.

Hastaların yaklaşık %75'inde tanı anında orta evreye gelindiği tespit edilmiştir. Erken evre (Mini Mental Test-MMT puanı ≥19) ev dışı aktivitelerde sorun yaşanırken, orta evrede (MMT puanı: 11-18) ev içi aktivitelerde de sorunlar mevcuttur. İleri evrede (MMT puanı ≤10) ise bu sorunlara sfinkter, özbakım ve motor sorunlar eklenerek hasta tam bağımlı hale gelir2.

Demans tedavisinde temel nokta ilk olarak demansın geri dönüşümlü bir nedene bağlı olup olmadığının araştırılmasıdır. Eğer böyle bir neden saptanırsa nedene yönelik tedavi ile semptomlarda düzelme sağlanabilir. AH tedavisi ise, kolinesteraz inhibitörleri, psikofarmakolojik ajanlar, nöroprotektif yöntemler, farmakolojik olmayan tedaviler, genel sağlığı korumaya yönelik aktiviteler ve hasta yakınları ile işbirliği sağlanması olarak özetlenebilir. AH patofizyolojisi tam olarak aydınlatılabilirse gelecekte daha yeterli ve önleyici tedavi ile aşılar gündeme gelebilecektir. Günümüzde tedavi daha çok kognitif kapasiteye, hastalık seyri sırasında gelişen psikiyatrik rahatsızlıklara, hasta ve bakıcı eğitimine, yaşam kalitesinin korunmasına ve arttırılmasına yöneliktir. AH prognozunun yaş, genel durum, komorbiditeye bağlı olduğu; yaşam süresinin tanıdan itibaren ortalama 2-10 yıl arasında değişebileceği; bu sürenin diğer demans tiplerinde daha da azalabileceği bilinmektedir.

AH'nda temel problem, kolinerjik sistemde azalma ve glutamat toksisitesinde artış, sonucunda gelişen nöron kaybıdır. Bu nedenle kolinesteraz inhibitörleri ile kolinerjik aktivitenin arttırılması ve bir glutamat reseptörü olan N-metil-D-aspartat (NMDA) antagonisti olan memantin ile glutamat toksisitesinin azaltılması, hastanın yaşam kalitesinde ve hastalığın ilerlemesinde düzelme sağlarken; nöron kaybı geri döndürülemez. Bilişsel kapasitede değişiklik olmaması ya da kötüleşme, tedavi başarısızlığı anlamına gelmez. Dolayısıyla ilaçlara düzenli ola-

rak devam edilmelidir. İleri evre demansta dahi yaşam kalitesi, bakıcı ve hekim memnuniyeti ölçeklerinde düzelme sağlandığı, davranışsal semptomların azaltıldığı unutulmamalıdır[3].

2004 yılında Michel ve arkadaşlarının Boston çalışma grubu, bakımevlerinde yaşayan ileri evre demans hastalarının 6 aylık tahmini yaşam beklentisini belirlemek amacıyla "Minimum Data Set (MDS)" skorlamasını geliştirmişler ve bu skorlama ile orta düzeyde doğruluk tahmini yaparak bu alandaki başarılı çalışmalardan birine imza atmışlardır.

Bu çalışma temelinde "İleri evre demansda prognoz belirleme envanteri" (Advanced Dementia Prognostic Tool [ADEPT]) geliştirilmiş; geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bu mortalite tahmin envanterinde yaşam süresi belirleyicileri olarak şu faktörler göz önüne alınmıştır:

1. Demografik özellikler (Yaş, cinsiyet, ırk),
2. MDS skorları (Son 90 gün içerisinde bilişsel fonksiyonlarda bozulma; kognitif performans puanının (CPS) 5'in üzerinde olması (Ciddi bilişsel yetersizlik, MMT eşdeğeri ≤ 5-6); günün büyük bir kısmını uyuklayarak geçirme, halüsinasyon / delüzyonlar, kendini ifade edebilmede yetersizlik),
3. Fonksiyonel kapasitede yetersizlik (Günlük yaşam aktivitelerinde (ADL) yüksek kötü puan:0-28 puan; günün büyük kısmını yatakta geçirme; son 90 gün içerisinde artan düşkünlük),
4. Komorbid hastalıkların varlığı (Diyabet, aterosklerotik kalp hastalığı, kalp ritm bozuklukları, konjestif kalp yetersizliği, hipertansiyon, periferik damar hastalığı, felç, demans, epilepsi, Parkinson, KOAH, anemi, kanser, böbrek yetersizliği, son 1 ayda pnömoni, diğer solunum yolu infeksiyonu ya da idrar yolu enfeksiyonu; son 6 ayda septisemi, yara infeksiyonu, metisiline dirençli Staphylococcus aureus veya Clostridium difficile gibi diğer infeksiyonlar; son 6 ay içerisinde kalça veya diğer kırıklar),
5. Beslenme ve hidrasyon belirteçleri (Son 1 ayda >%5veya son 6 ayda >%10 kilo kaybı, son 3 günde hemen hemen hiç sıvı almamak, ya da yiyecek alımının ≤%25 azalması ya da durması, çiğneme - yutma problemleri, bedenkitle indeksinin (BMI) < 18,5 kg/m2 olması),
6. Diğer sağlık problemleri (Son 7 günde ödem, fekal inkontinans, ateş, ≥ 2. evre bası yarası, nefes darlığı; son 3 ayda tekrarladığı tespit edilen akciğer aspirasyonu).

12 belirteç baz alınarak (Bakımevine yeni yatış, yaş, cinsiyet, nefes darlığı, en az bir ≥ 2. Evre bası yarası, ADL'de 28 puantam bağımlı olma, yatağa bağımlılık, oral alımda yetersizlik, fekal inkontinans, BMI < 18,5 kg/m2 , kilo kaybı, konjestif kalp yetersizliği) risk skorlaması yapıldığında toplam puan 1-32,5 olacak şekilde 6 ay ve 1 yıllık mortalite oranları hesaplanmış; <12,1 puan sınır kabul edildiğinde 6 aylık yaşama oranı %65, 12 aylık ise %59 olarak bulunmuş, özgüllüğü %85 kabul edilmiştir (Güven aralığı 0,70-0,74) 10 .

Terminal dönem, akut ve kronik hastalıkların etkisiyle ya da yaşlanmaya bağlı, haftalar ya da aylar içinde ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıbbi girişimler ile önlenemeyeceği hastalık dönemini ifade eder. Terminal kabul edilen yaşlıda semptomların tedavisi gençlerden farklı değildir. Ancak yaşlıdaki fizyolojik değişiklikler, komorbidite ve almakta olduğu tedaviler nedeni ile uygulanacak işlemlerde hastaya göre düzenlemelerin yapılması kaçınılmazdır. Terminal hastada semptomların etiyolojisi, radyoloji ve diğer tanı koydurucu değerlendirmelerin yapılmasındaki güçlükler nedeniyle sadece anamnez ve fizik muayene ile açığa çıkartılmak zorunda kalınabilir. Tüm bu dönemde hastanın ve yakınlarının beklentilerinin karşılanması, başta ağrı olmak üzere mevcut şikâyetlerinin giderilmesi, yaşam kalitesinin düzeltilmesi, aile yükünün azaltılması, yakınlarıyla birlikte olabilmesi, böylelikle onurlu bir son dönem geçirilmesi şeklinde özetlenebilir. İşte bu dönemde hasta ve ailelerinin desteklenmesi amacıyla verilen hizmetlerin tümü "Palyatif Bakım" başlığı altında toplanabilir[4].

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) palyatif bakımı "Yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı gelişen, başta ağrı olmak üzere hasta ve ailesinin karşılaşabileceği diğer tüm problemlerin erken tanınması, tam olarak değerlendirilmesi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi, ya da en azından hafifletilmesine yönelik uygulamalarla; asıl hedef olarak yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşım" olarak tanımlanmıştır 5-6.

Yaşlıda kanser dışında palyatif bakım gerektiren başlıca durumlar yaşlılıkta sık karşılan kronik hastalıkların tedaviye yanıtsız hale geldikleri ve multiorgan yetersizliğine neden oldukları durumlarla ilişkilidir. Örneğin ileri evre demans, Parkinson, inmeler gibi nörodejeneratif süreçler, dekompanse kalp yetersizliği, son dönem böbrek yetersizliği, terminal kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi pek çok kronik komorbidite bunlar arasında sayılabilir [7].

Palyatif bakım, ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder. Bu süreci uzatmaya ya da kısaltmaya yönelik bir amacı yoktur. Bu amaçla takip edilen bir hastaya gereksiz incelemeler yapılması palyatif bakım felsefesine aykırıdır. Böylelikle hasta ve yakınlarının yıpranmalarına engel olunduğu gibi, maliyet artışlarına da yol açılmaz. Ancak hastanın konforu ve yaşam kalitesinin artırılması konusunda ödün vermeyen insancıl bir bakış açısını yansıtmaktadır7.

Disfaji ve yutma güçlüğü, son dönem demans, Parkinson, diğer nörodejeneratif hastalıklar, inme ve malignitelerde sıklıkla karşımıza çıkan malnütrisyon ve aspirasyon pnömonisine predispozan faktörlerdendir.

Yememek ve içmemek ölüm sürecinin bir parçası olarak karşımıza çıkar. Aileler yakınları beslenemediğinde strese girer; yanlış bir ümitle yapay beslenme ve sıvı desteği isterler. Bu şekilde hastalarının ömrünün uzayacağını, fonksiyonel durumunun düzeleceğini, yaşam kalitesinin ve konforunun artacağını düşünürler. Akut durumlarda bu girişimler iyileşmede önemli rol oynarlar; ama son dönem demans, inme ve kanser hastalarında bu geçerli değildir. Ölümü yakın olan hastada sıvı desteğini azaltmak pulmoner ve periferal ödemi, asiti azaltabilir. Yapay beslenme ve hidrasyonun neye yarayıp, hangi amaçlarla kullanılamayacağının aileye anlatılması ve anlamalarının sağlaması gereklidir. Beslenme destek tedavisi hastaya göre belirlenmelidir. Barsak bütünlüğü olan ve yutma ile ilgili problemi olmayanlarda daima enteral beslenme önerilmelidir. Ancak 4 haftadan kısa sürecek destek tedavisinde feeding tüple besleme öngörülebilir. Daha uzun yaşam beklentisi olanlarda perkütan endoskopik gastrostomi ya da jejeonostomi gündeme getirilebilir. Parenteral beslenme barsak bütünlüğünün bozulduğu durumlarda düşünülmekle birlikte 2 haftayı geçen durumlarda enfeksiyon ve villus atrofisine zemin hazırladığı unutulmamalıdır. Ayrıca subkutan sıvı replasmanı yaşamın son günlerinde bazı hastalara uygulanabilecek konforlu ve basit bir palyatif yaklaşımdır. Bu arada oral hijyenin bozulması, mukozit, gingivit ve stomatitler, malnütrisyona zemin hazırlayan ve hastanın fonksiyonel yaşamın oldukça bozan durumlardır. Gerekli önlemlerin alınması, diş ve protezlerin sık kontrolü, yaraların ve enfeksiyonların hızlı tedavisi ile yaşam kalitesinin yükseltilmesi mümkündür 8.

Resüsitasyon Yapmama Kararı: Resüsitasyon girişiminin başarısız olacağı düşünülüyorsa "Resüsitasyon teşebbüsünde bulunmama" (do-not-attempt-resuscitation= DNAR) kararı uygun olabilir. Hastanede yatarken kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanması gereken hastaların hastaneden sağ olarak çıkma oranları %14'tür. Multiorgan yetersizliği veya ileri kanser vakalarında bu oran %1'den az iken, miyokard enfarktüsü hastalarında ise %25-40 arasındadır. DNAR kararı verilmesi hem insani hem hukuki sorumluluk getirir. Fiziksel ve sosyal çevrenin profesyonelce değerlendirilmesi zorunludur. Bazı ülkelerde DNAR kararı yasal kabul edilmektedir; ancak bugün için Türkiye Cumhuriyeti Kanunlarına göre ötenazi suçtur. Hiçbir hekim DNAR kararı veremez ve böyle bir kararı uygulayamaz, aksi taktirde ölüme sebebiyet vermekle suçlanabilir. Yazılı bir DNAR belgesi de böyle bir suçun somut kanıtını oluşturacaktır. Burada yanlış anlaşılmaya çok uygun olan bir noktayı vurgulamak gerekir. DNAR kararı hiçbir tedavi yapılmayacak anlamına gelmemektedir. Bu karar ancak hastanın bir gürültü-kargaşa içinde, yabancıların arasında, ailesinin yanında olmadığı bir durumda ölmemesini sağlayabilir. Yoksa resüsitasyon gereken kalp-solunum durması saptanana kadar gerekli tüm tıbbi müdahale yapılmalıdır 9.

Sonuç olarak palyatif bakım programları, kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin sayısındaki artış, sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artmasıyla birlikte son yıllarda hızla gelişmiştir. Günümüzde palyatif bakım ilkelerinin benimsenmesi, acının hafifletilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve hedeflenen hastalarda olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği kabul edilmiştir 10-11.

Avrupa ve Amerika'da İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı'na bağlı bir bilim dalı olan palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda yapılacak yasal düzenlemeler, ulusal palyatif bakım programlarının hazırlanması, narkotik ağrı kesicilerin çeşitlendirilmesi ve kullanımındaki güçlüklerin aşılması ile toplum, hekim ve tüm sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi sağlanabilecektir.

Kaynaklar:

1. Sampson EL. Palliative care for people with dementia. British Medical Bulletin 2010; 96: 159–174.
2. Gurvit H, Emre M, Tinaz S ve ark. Kentli bir Türk toplumunda demans prevalansı. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2008 Feb-Mar;23(1):67-76.
3. Cankurtaran M, Arıoğul S. Demans ve Alzheimer Hastalığı. www.teb.org.tr/images/upld2/.../20110113040255

demans_alzheimer.pdf
4. Mitchell SL, Miller SC, Teno JM et all. Advanced Dementia Prognostic Tool: A Risk Score to Estimate Survival in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. Journal of Pain and Symptom Management. 2010; 40(5): 639-651.
5. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology. 2005;54 (11 Suppl 5):S10-15.
6. Karan MA, Akın S. Terminal Yaşlı Hastaya Yaklaşım. Klinik Gelişim Dergisi. 2012; 25(3): 29-33.
7. Finlay I, Capel M. CHAPTER 115: Palliative Medicine for the Elderly Patient. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K (eds). Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerentology. 7th edition. Saunders Elsevier, Philadelphia. USA. 2010. P:973-982.
8. DeJonge KE, Taler G, Boling PA. Independence at home: community-based care for older adults with severe chronic illness. Clin Geriatr Med. 2009 Feb;25(1):155-69.
9. Karan MA. End-of-life Care For the Elderly Patient. Turk J Phys Med Rehab 2006;52(Özel Ek A):23-25.
10. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. İzmir, 2010. Üniversiteliler ofset. Kanser hastaları ve aileler için palyatif bakım. S: 1-126.
11. Fine RL. The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2004 Jul;17(3):259-64.

YAŞLI HASTADA BAŞ DÖNMESİNE YAKLAŞIM

UZ. DR. TOLGA TAYMAZ
VKV AMERİKAN HASTANESİ-ACİL SERVİSİ

Baş dönmesi, çok sık karşılaşılan bir belirti olup, çok geniş bir spektrumda değerlendirmeyi gerektirir. Söz konusu olan yaşlı hasta olunca, ayırıcı tanı listesi daha da karmaşıklaşır. Ayrıca başka birçok şikayet gibi net bir tanımı ve tam bir karşılığı da yoktur. Türkçe'de sersemleme, vertigo, bayılacak gibi olma, dengesizlik, sallanma gibi isimlerle, uluslararası literatürde de dizziness, vertigo, lighthead gibi sözcüklerle anılabilir. Bunun yanında tek sözcüklük net bir tanımlamadan öte uzun cümlelerle anlatılabilir.

50 yaş üzerinde en sık şikayetlerden biridir, 65 yaş üzeri grupta sıklığı %28-34 olarak verilmektedir, doktora başvuru şikayetleri arasında ilk 5 sebep içersinde yer alır.*(1)* Bir çalışmada baş dönmesi prevalansı gençlerde %2 iken, yaşlılarda %32 olarak verilmiştir.

Baş dönmesi; vizüel, proprioseptif ve vestibüler sistemlerin beyne çelişkili sinyaller göndermesiyle ortaya çıkar. Örneğin vestibüler nöritte sağ ve sol vestibüler çekirdekler kortekse farklı (eşleşmeyen) uyarılar gönderir veya araç tutmasında olduğu gibi araçtaki kişinin vestibüler sistemi bir hareketin varlığını bildirirken vizuel ve proprioseptif uyarıların hareketsizliği bildirmesi baş dönmesiyle sonlanır. Patolojik baş dönmelerinde de vestibüler organ, sinir veya çekirdeğin ve vestibulo-serebellar sistemin ani ve tek taraflı bozulması ile bu uyumsuzluk çıkar. *(2)*

Öyküsünde başlangıç şekli, süresi, atak sayısı, eşlik eden belirti ve bulgular, baş-vücut hareketleriyle ilişkisi, sistemik hastalıklar *(3),* oda ve eşyaların kişinin etrafında dönüp dönmediği, günlük aktiviteleri ne kadar engellediği, ilaç kullanımıyla ilişkisi, göğüs ağrısının eşlik edip etmediği sorgulanmalıdır.*(4)* Söz konusu yaşlı kişi olunca, basit önlemler ve müdahaleler, yaşam kalitesini daha da artıracak ve düşme gibi istenmeyen sonuçlara varması engellenebilecektir.

Sersemlik sık görülen ve hem hastanın hem etrafının canını sıkan bir belirtidir. Hastalar bu deyimi kullanırken başta hafiflik hissi, bayılır gibi olma, dünyanın etrafında dönüyormuş gibi olması, dengeyi kaybediyor olma hissi, göz kararması, karıncalanma gibi duyumları ifade etmeye çalışabilir.*(5)* Periferik nöropati, myelopati, spastisite, serebellar ataksi gibi nedenlerle yürüme bozuklukları olan bazı hastalar da vertigo veya diğer anormal sefalik duyumlar olmadığı halde sersemlemeden şikayet edebilirler. Ayaklardan gelen bozuk duyumlar veya görme keskinliğinin zayıf olması ile birlikte başta hafiflik hissi olabilir. Bu durum multiple duyu kusuru-sersemleme olarak adlandırılır ve sadece yürürken sersemlikten şikayet eden yaşlılarda görülür. Nöropati veya myelopatiye ikincil olarak pozisyon hissindeki azalma ve katarakt, retinopati gibi nedenlerle görme keskinliğinin azalması yaşlanmış vestibüler aparat üzerine yük getirmektedir. Buna, "yaşlılığın iyi huylu" dengesizliği denebilir, hastaların daha iyi hissetmesini sağlayabilir. Dolayısıyla "sersemlemiş" hissettiğini ifade eden bir hastadan iyi bir öykü alınması gerekmektedir. Yanlış yönlendirici belirtiler veya yürüme bozuklukları dışlandıktan sonra presenkop, vertigo veya kafayla ilgili çeşitli duyumlar üzerinden ilerlenebilir.

Baygınlık: Tam anlamıyla senkop daha kolay ifade edilebilen bir tablo iken, presenkopu tanımlamak özellikle yaşlı hasta için biraz daha güç olabilir. Bazen işaret vermeden gelişebilir, bazen ise hasta geleceğini hissedebilir.*(5)* Nöbet ile ayırt edilmesi bazen zor olabilir. Senkop genellikle hipotansiyon sonucu beyin kan akımında azalma ile birlikte beyin metabolizmasının aniden bozulmasından kaynaklanır. Senkopun çok sayıda nedeni vardır.

I-Vasküler tonus veya kan hacmi anormallikleri

A. Vazovagal (vazodepresör, nörokardiyojenik)

B. Postüral (ortostatik hipotansiyon)

1. İlaçlara bağlı (özellikle antihipertansif veya vazodilatatör ilaçlar, antidepresanlar, antikolinerjikler)
2. Periferik nöropati (diyabetik, nütrisyonel, alkolik, amyloide bağlı)
3. İdiopatik postüral hipotansiyon
4. Multisistem atrofiler
5. Fizik kondisyonun bozulması
6. Sempatektomi
7. Kan hacminde azalma (akut kan kaybı)

C. Karotid sinüs hipersensitivitesi

D. Durumsal: Öksürük, idrar yapma, valsalva, defekasyon, yutma gibi

II-Kardiyovasküler hastalıklar

A. Kardiyak aritmi: Bradiaritmi ve taşiaritmiler

B. Diğer kardiyopulmoner etyolojiler:

Pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon, atriyal miksoma, myokard hastalıkları, perikardiyal tamponad, aort çıkış yolu darlığı, aort stenozu, hipertrofik obstruktif kardiyomyopati

III-Serebrovasküler hastalık

A. Vertebrobasiler yetmezlik

B. Baziler arter migreni

IV- Senkopa benzeyen diğer hastalıklar

A. Metabolik: Hipoksi, anemi, hipoglisemi, hiperventilasyona bağlı karbondioksit azalması

B. Psikojenik: Anksiyete atakları, histerik bayılmalar

C. C-Nöbetler

Yukarıdakiler arasında vasovagal senkop çok sık görülür ve primer olarak selim bir tablodur. Genellikle tekrarlayıcıdır, sıcak veya kalabalık bir çevre, alkol, aşırı yorgunluk, açlık, uzun süre ayakta kalmak, stresle tetiklenir. Ayaktayken olur, senkop gelişmeden önce baş dönmesi, sersemlik, terleme, başta hafiflik hissi, çarpıntı da olur, soluk görünümdedir.

Postüral – ortostatik hipotansiyon da yaşlılıkta yine daha fazla görülür, geriatrik gruptaki senkopların %30'undan sorumlu olduğu bildirilmektedir. Yaşlı grubun önemli sorunlarından olan polifarmasi, özellikle antihipertansif veya antidepresanlar yönünden bu grupta sorumlu olabilirler.*(5)* Fiziksel olarak güçten düşen yaşlılar, özellikle uzun bir yatak hastalığı dönemi geçirmişse *(1)* ya da nazik olan dengeleri basit bir ishal veya kusma ile bozulmuşsa tablo hızla değişir, sersemlik, baş dönmesi, presenkop ve senkopa gidebilir. Birçok yaşlı sabaha karşı sabaha karşı senkop tablosuyla hastaneye gelebilir. Bu grubun anamnezinde genellikle tuvalete kalktıktan sonra bulantı, baş dönmesi, sersemleme ve bunu takip eden senkop bulunur. Hem bu yaşta daha fazla olan diüretik kullanımı hem de eşlik eden hastalıklar sebebiyle idrara çıkma sayısının artması, idrar yapma veya defekasyon sırasında, valsalva manevrası ile yukarıda anılan tabloyu tetikler.

Ayrıca yaşlılarda postprandial hipotansiyon da unutulmamalıdır. Bunu azaltmak için alkol alımının azaltılması, az ve sık yemek, mümkünse yemek sonrası yürüyüş ve abdominal korseler önerilmektedir.*(6)*

Bazen bradiaritmi veya taşiaritmi tablolarında tek belirti sersemlik veya baş dönmesi olabilir. Aritmilere ek olarak yapısal kalp hastalıkları da kalp atım hacmini değiştirerek baş dönmesi ve senkopa yol açabilir.

Vertigo: Çoğu zaman kişinin etrafındakilerin dönmesi tarzındadır. Hastalar, "yerin ayağın altında kayıyor olduğu hissi", "birisi arkasından itiyor hissi" gibi tanımlamalar kullanabilirler, bunlara da bulantı, kusma, terleme, solukluk ve taşikardi gibi otonom belirti ve bulgular eşlik edebilir. Bu hastalarda çoklukla periferik veya merkezi vestibüler yapıların rahatsızlığı söz konusudur. Vertigonun tekrarlayan ataklar şeklinde ortaya çıkması da tipiktir.*(7)*

Presenkop tarzındaki "dizziness"lerini ise hastalar "başım hafiflemiş gibi oluyor", "bayılacak gibi oluyorum" şeklinde ifade ederler.

Hastanın sersemlik hissi ile ne demek istediği anlaşılmalıdır. Bayılır gibi olma (presenkop) mı, dönme hissi var mı? Eğer bunlardan biri doğrulanırsa ve nörolojik muayene normalse sefalik iskemi veya vestibüler disfonksiyonun nedenleri araştırılır.*(7)*

Denge mekanizması, göz hareketlerini de kontrol ettiği için, vertigoda çevre dönüyormuş gibi hissedilir. İç kulağın viral hastalıkları, ortakulak cerrahi veya travması sonrası ,kulak zarı perforasyonları sonrası da görülebilirler.

Vertigo atağı sırasında hemen hemen daima nistagmus oluşur. Periferik vestibüler sendromlarda şikayet ile birlikte kaybolur. Merkezi olaylarda ise vertigo geçtikten bir süre sonra daha devam eder. Periferik kökenli nistagmus tek yönlüdür, merkezi nistagmusun yönü ise değişkendir, yani patoloji ne

tarafta olursa olsun nistagmusun hızlı komponenti bakış yönündedir, ayrıca merkezi nistagmuslar gözlerin fiksasyonuyla suprese olmazlar.*(7)*

Benign paroksismal pozisyonel vertigo (BPPV) **:** Vertigo sendromlarının arasında en sık görülenidir. İşitme kaybı, tinnitus olmaz, varsa acil MRI ile arka çukurun araştırılması gerekir.

Meniere Hastalığı: Tekrarlayıcı vertigo atakları, işitme kaybı, tinnitus ve kulakta dolgunluk hissiyle şekillenir. Ancak kronik disekilibrium kalıcı olabilir.

Vestibüler Nöronitis: Nistagmus ve ataksi bulunur, ancak başka nörolojik bulgular acil görüntülemeyi gerektirir. Vertebro-basiler vasküler patolojilerden ayırt edilmelidir. Postviral oluştuğu sanılmaktadır.*(7)*

Santral Pozisyonel Vertigo: Baş hareketlerinin indüklediği ciddi vertigo, bulantı ve nistagmus vardır. 4. ventrikül, özellikle serebellar nodülüs civarındaki lezyonlara bağlıdır. Tümör, multiple skleroz (MS) veya iskemiye bağlı olabilir. BPPV'den farkı, nistagmusun tipidir: Yukarı-aşağı tarzdadır.Baş hareketiyle hemen çıkar, latans yoktur, başın her hareketinde ortaya çıkar (yorgunluğu yoktur) *(3)*. MS'lu hastaların %5'inde vertigo başlangıç semptomudur.

Migren: Beyin sapındaki vestibüler nükleuslar baziler arterin dallarından beslenirler. Bu yüzden baziler arterin migrenöz spazmının vertigo şikayetlerini ortaya çıkarabilmesi doğaldır. Görme alanı defisiti, diplopi, dizartri, parestezi gibi nörolojik bulgular, işitme kaybı ve tinnitus da eşlik edebilir.*(7)* Neuhauser migrenöz vertigo tanı kriterleri rekuren vestibüler semptomların varlığı, IHS'ye göre migren tanısı almış olmak, en az 2 vertigo atağı sırasında baş ağrısı, fonofobi, fotofobi, en az 1 aura bulgusu eşlik etmesini ve diğer nedenlerin ekarte edilmiş olmasını gerektirir. *(8,9)*

Vertebro-basiler sistemi ilgilendiren vasküler olaylar: Posterior dolaşımın inmelerinde vertigo çoğu zaman en önemli semptomdur. Genellikle ani başlar, serebellar bulgular da vardır. Olabildiğince erken görüntüleme ve müdahale gerekir. Ataksi ve nistagmus, vertigodan daha uzun sürer.*(2)*

Benign vertigo tabloları genellikle yıllardır ara ara kendini gösterir, ilk kez ortaya çıkan böylesi bir atak, yaşlı grupta damarsal patolojiyi öncelikle ekarte etmeyi gerektirir.

Dengesizlik (imbalance) : Vücudun mekan içinde yönelimini koruyabilme becerisinde bozulmadır. Dengesizlik olan hastalar sıklıkla sabit duramama veya disekilibriumdan yakınırlar. Mekansal yönelim bozulmuştur, dengesizlik ve sabit duramama eş anlamlı olarak kullanılabilir, 2 ayak üstünde dengede durmayı sağlayan sistemde veya lokomotor sistemdeki bir patoloji buna yol açabilir. *(1,2)*. Nörodejeneratif hastalıklarda, örneğin parkinsonda, semptomlar ortaya çıkmadan önce hastalar yürürken dengesizlik hissinden yakınabilirler. Kas tonusu değişiklikleri, postural reflekslerin bozulması, harekete başlama ve sürdürme bozuklukları ve ortostatik hipotansiyon söz konusu hasta grubunda dengesizliğin nedenleridir *(2)*

Düşmeler, düşme korkusu ve günlük yaşamdaki kısıtlamalar, yaşlı bir insandaki baş dönmesinin ciddi sonuçlarından olabilir, bazen, yaşlının kendisinin bile farkında olmadığı basit bir göz problemini çözmek, kullandığı ilaçları gözden geçirmek, aritmisini düzeltmek çok yüz güldürücü sonuçları sağlayabilir.(1)

Sonuç olarak; baş dönmesi, tüm erişkin gruplarda görülmekle beraber, yaşlı hasta grubunda, hem etyolojisinin diğer erişkin gruplara göre daha ciddi sebeplere dayanabilmesi, hem eşlik eden hastalık ve kullanılan ilaçlar sebebiyle daha inatçı seyredebilmesi sebebiyle çok ciddi bir yaklaşımı gerektirir. Ayırıcı tanısı geriyatrik populasyonda daha güç, sonuçları ise daha ağır olabilmektedir. Ayrıca tanımlamak için hastalar çok farklı anlatımlara başvurmaktadır. Baş dönmesi ile bize gelen bir yaşlı hastayı, öncelikle çok iyi dinlemek, ailesi, yakınları veya gerekiyorsa bakımını sağlayan kişilerden de bilgi almak, tüm komorbiditeleri, kullandığı reçeteli ve reçetesiz ilaçları, varsa bitkisel tedavileri öğrenmek, yeme-içme alışkanlıkları ve günlük yaşamı ile ilgili öğrenebildiğimiz kadar çok şeyi öğrenmek, daha sonra da ayırıcı tanı için gerekli laboratuar ve görüntüleri kullanmaktan, olanaklar elverdiğince kaçınmamak gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Eaton DA, Roland PS, Dizziness In The Older Adults, Part 1, Geriatrics. 2003 Apr; 58(4):46, 49-52.
2. Mehmet Ali Akalın, Vertigo Ve Senkop,Nörolojik Yaklaşım, 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 30 Eylül- 4 Ekim 2009, Antalya, Türkiye
3. Teslime Atlı, Baş dönmesi-Dengesizlik, Ulusal Geriatri Kongresi, 1-5 Eylül 2004, Marmaris, Türkiye
4. Selim Nalbant, Vertigo Ve Senkop,Genel Dahili Yaklaşım,

11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 30 Eylül- 4 Ekim 2009, Antalya, Türkiye
5. Robert Darof, Richard Olney, Baş Dönmesi, Dengesizlik, Harrison Nöroloji, Editör: Stephen Hauser, 2009 Nobel Tıp Kitabevi, Çeviri: Dr Mustafa Çelik, S:115-133
6. Kannayiram Alagiakrishnan, Geriatric Aging 2007;10(5) 298-304
7. Erbil Gözükırmızı, Vertigo, Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji, STE Yayınları, 2005, S:103-106
8. H Neuhauser & T Lempert, Vertigo And Dizziness Related To Migraine: A Diagnostic Challenge , Cephalalgia, 2004(24): 83-91
9. Michael Von Brevern, Daniel Zeise, Hannelore Neuhauser, Andrew H. Clarke and Thomas Lempert , Acute Migrainous Vertigo: Clinical And Oculographic Findings. Brain, A Journal Of Neurology, 2005,128,(2): 365-374

YAŞLI HASTADA DİYABETİK İLAÇLARIN YAN EKİLERİ VE İLAÇ GÜVENLİĞİ

DOÇ. DR. ZELİHA FULDEN SARAÇ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ BİLİM DALI

Kişilere göre farklılık göstermekle birlikte; yaşlanma, birçok farmakokinetik parametrede değişiklikle ilişkilidir. Değişken bir azalma olmasına rağmen, yaşın ilerlemesiyle renal fonksiyonlarda azalma eğilimi vardır (1). Karaciğerde, faz I metabolizma genellikle azalma gösterir. Ancak, kişisel değişkenlik mevcuttur. (2). Faz II metabolizma (konjugasyon), yaşlanmadan etkilenmez. Yağsız vücut kitlesinde azalma görülürken, yağ kitlesindeki artış; ilaçların, suda ve yağdaki dağılımını etkiler. Klinik olarak önemli gibi görünmese de, ilaçların absorbsiyonu ve proteinlere bağlanmasında farklılıklar vardır (3). Tüm bu farmakokinetik etkilerin yanında, yaşlı kişilerde ilaçlara karşı artmış bir uyarlılık görülür. Örneğin; yaşlı kişilerde gençlerle karşılaştırıldığında; sülfanilüre kullanımıyla hipoglisemi bulguları daha belirgindir (4). Bu nedenle; yan etki düzeyinin azaltılması amacıyla "düşük dozda başla, yavaş ilerle" düşüncesi hakimdir (5).

Tip 2 DM'nin tedavisinde birçok oral antidiabetik ilaçlar, GLP-1 agonisti ve insülin kullanımı vardır. Ancak ideal bir ajanın özellikleri; a) düşük hipoglisemi riski olmalı, b) komplikasyon gelişimini geciktirmeli, c) hastalık progresyonunu azaltmalı, d) iyi düzeyde tolerans sağlanmalı, e) klinik olarak kilo kaybı sağlamalı, f) kardiyovasküler risk faktörleri üzerine olumlu etki, g) pahalı bir tedavi olmamalı ve h) tek doz kullanım kolaylığı olmalıdır (6).

Metformin: Özellikle, kilolu kişilerde, sülfanilüre ve insülin kullanımıyla karşılaştırıldığında, metformin kullanımıyla tüm nedenlere bağlı mortalite ve stroke gelişiminde azalma saptanmıştır. Kırılgan, anoreksia, konjestif kalp yetmezliği, dehidratasyon, renal ve hepatik yetmezlik durumunda metformin tedavisi uygun olmaz. Metformin tedavisi özellikle; kilolu, yüksek açlık kan glikozu varlığında tercih edilir. HbA1c düzeylerinde %1-2 oranında düşüş bildirilmiştir (7).

Başlangıç dozundan sonra, yavaş doz titrasyonu yapılması; gastrointestinal yakınmaların daha düşük oranda olmasını sağlar. Monoterapide, tipik olarak hipoglisemiyle ilişkili olmamasına rağmen; yaşlı kişilerde kalori kısıtlanmasıyla, sadece metformin kullanımına bağlı olarak hipoglisemi gelişebilir. Ayrıca, kırılgan ve ince yapılı bir yaşlıda; metformin kullanımıyla anoreksi ve kilo kaybı gelişebilir. Kılavuzlarda, serum kreatinin düzeyi kadınlarda ≥1.5 mg/dl, erkeklerde ≥1.4 mg/dl olduğunda kullanılmasının sakıncalı olduğu bildirilmiştir (8). Ancak, sarkopenili yaşlı kişilerde; renal yetmezlik durumunda herhangi bir sınıflama yoktur. Bu yüzden, kreatinin klirensi <60 ml/dk'da kullanımı kontrendikedir (9).

Metformin; laktik asidoz ile ilişkili olup nadir görülen bir komplikasyondur (1-5/100.000 tedavi edilen). Metformin tedavisi alan hastaların %30'unda B12 vitamini malabsorbsiyonu gelişir (10).

Yan etkiler

- Gastrointestinal irritasyon (gaz, şişkinlik gibi yan etkiler genellikle geçicidir)
- Kramplar
- Diyare
- Ağızda metalik tad
- B-12 vitamin eksikliği (B-12 vitamin replasmanı gerekebilir)
- Laktik asidoz (insidens <1/100.000 hasta yılı)

Kontrendikasyonlar

- Renal fonksiyon bozukluğu (serum kreatinin >1.4 mg/dl)
- Karaciğer yetersizliği
- Laktik asidoz öyküsü
- Kronik alkolizm

- Kardiyovasküler kollaps, akut miyokard infarktüsü
- Ketonemi ve ketonüri
- Tedaviye dirençli konjestif kalp yetersizliği
- Kronik pulmoner hastalık (kronik obstrüktif akciğer hastalığı)
- Periferik damar hastalığı
- Major cerrahi girişim
- İleri yaş (bazı otörlere göre >80 yaş)

İnsülin salgılatıcılar (sekretegoglar): Sülfanilüre ve meglitinidler bu grupta yer alır. Sülfanilüre kullanımıyla yaşlılarda; gençlerle karşılaştırıldığında %36 oranına hipoglisemi riski artar (11). Ayrıca, hipoglisemi riski; yaşa bağlı renal yetmezlik, insülin veya insülin duyarlılaştırı kullanım birlikteliği yakın zamanda hastane yatışı, 60 yaş üzeri, kalori kısıtlanması ve 5'den fazla ilaç kullanım durumlarında artar (8). Yaşlı hastalarda hipoglisemi gelişimi risk faktörleri; beta bloker kullanımı, ileri yaş, alkol tüketimi, otonom nöropati, kognitif bozukluk, kompleks ilaç rejimleri, endokrin yetmezlik (tiroid, adrenal, hipofiz), hepatik disfonksiyon, hipoglisemi farkındasızlığı, araya giren hastalıklar, polifarmasi, yetersiz beslenme, sık hastaneye yatış, renal yetersizlik, insülin/sekretegoglar, sedatifler ve sıkı glisemik kontroldür.

Sülfanilüreler; karaciğerde metabolize olur ve renal ekskresyona uğrar. Özellikle yaşlı hastalarda; renal ve karaciğer fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı olarak; sülfanilüre kullanımıyla hipoglisemi kolaylıkla gelişebilir. İkinci jenerasyon sülfanilürelerin (gliburid, glipizid, glimeprid) kullanılması, hipoglisemi gelişim riskini azaltabilir. Yaşlı diyabetiklerde; özellikle, glimeprid ve glipizid kullanımı tercih edilir (12). Ancak, son epidemiylojik çalışmalar; sülfanilüre kullanımıyla artmış yüksek kardiyovasküler risk bildirilmiştir (7). Sülfanilüreler, günlük olarak tek kullanımları sayesinde, ilaç uyumunda faydalı olmakla birlikte; hipoglisemi etkileri yaşlı hastalarda risklidir.

Meglitinidler (repaglinid ve nateglinid), hızlı etkili insülin salgılatıcılardır. Yemeklerden önce alınmaları ve eğer öğünler kaçırılırsa alınmamaları önerilir.

Yan etkiler

- Hipoglisemi
- Kilo artışı
- Alerji
- Deri döküntüleri
- Alkol flushing (özellikle uzun etki süresi nedeniyle, günümüzde artık pek kullanılmayan klorpropamid ile görülmektedir)
- Hepatotoksisite
- Hematolojik toksisite (agranülositoz, kemik iliği aplazisi)

Kontrendikasyonlar

- Tip 1 diabetes mellitus (Özellikle LADA ile ayırıcı tanının iyi yapılması gerekir)
- Sekonder diyabet (pankreas hastalıkları vd. nedenler)
- Hiperglisemik acil durumlar (DKA, HHD)
- Travma, stres, cerrahi müdahale
- Ağır infeksiyon
- Sulfonilüre alerjisi
- Ağır hipoglisemiye yatkınlık
- Karaciğer ve böbrek yetersizliği
- Diyabetli hastalarda kullanılan pek çok ilaç çeşitli mekanizmalar ile sulfonilürelerin etkisini değiştirebilir. Bu ilaçlar kullanılacağı zaman sulfonilüre dozunun ayarlanması gerekebilir .

Hipoglisemi yapanlar:

- Albumine bağlananlar: Aspirin, Fibrat,Trimetoprim
- Kompetitif metabolik inhibitörler: Alkol, H-2 reseptör blokerleri, Antikoagülanlar
- Böbrek atılımını inhibe edenler: Probenesid, Allopurinol
- Kontrregülatuvar antagonistler: b-blokerler, Sempatolitikler

Hiperglisemi yapanlar:

- Sülfanilüre metabolizmasını artıranlar: Barbitürat, Rifampin
- Sülfanilüre etkisini antagonize edenler: β-blokerler
- İnsülin sekresyon/etkisini bloke edenler:Diüretikler, β-blokerler, kortikosteroidler, östrojen, fenitoin

Pioglitazon: Günümüzde, thiazolidinedionlardan (TZD) pioglitazon kullanımı mevcuttur. Hastalarda, %4-6 oranında ödem görüldüğü bildirilmiştir. Kalp yetmezliğinde kullanılması, ödem artışından dolayı sakıncalıdır. Kalp yetmezliği riski, TZD kullanan kişilerde 2.5 kat yüksek oranda görüldüğü gösterilmiştir. İlacı kullanan grupta %4.5 oranında kalp yetmezliği riski varken; kullanmayanda %2.6 oranındadır. TZD ilişkili kalp yetmezliği risk faktörleri; 70 yaş üzeri olmak, serum kreatinini >2.0 mg7dl, sol ventrikül hipertrofisi, aort

ve mitral kapak hastalığı, ilacı alırken ödem gelişimi veya kilo artışı gelişmesi, loop diüretiği ve insülin kullanımı olarak sayılabilir (13). Kardiyovasküler güvenlik açısından TZD kullanımına dikkat çekilmektedir. Özellikle yaşlı grupta; kardiyovasküler hastalık oranınında yüksek olduğu düşünülürse, güvenlik önemli bir sorundur. Büyük ölçekli retrospektif bir çalışmada; retrospektif olarak ≥ 66 yaşında (ortalama yaş, 75 yaş) 159.026 hastada TZD monoterapisi güvenliği değerlendirilmiştir. Kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü ve mortalite artışı TZD kullanımıyla görülmüştür (14). Roziglitazon kullanımında, pioglitazon kullanımına göre%15 oranında mortalite artışı vardır. Benzer olarak, roziglitazon kullanımıyla pioglitazona göre; kalp yetmezliğinde %13 oranında artış vardır. Ancak, miyokard ve inme sıklığında; roziglitazon ve pioglitazon arasında fark yoktur (15). Roziglitazon, kardiyovasküler hastalık sıklığında artışa yol açtığı için kullanımdan kaldırılmıştır. Ayrıca, roziglitazonda daha sık olmak üzere LDL-Kolesterolde artış görülür. Pioglitazon kullanan hastaların %1'inde anemi sıklığı görülür.

Son çalışmalarda; glitazon ve kırık riski arasındaki ilişki öne çıkmıştır. Erkeklerde, kırık hızında glitazon kullanımıyla fark saptanmamıştır. Ancak, roziglitazon kullanan kadınlarda ≥1 kırık olan oranı %9.3, metformin kullananlarda %5.1 ve gliburid kullananda %3.5 olarak bildirilmiştir (16). Bu nedenle; yaşlı diyabetik ve osteoporozlu kadınlarda glitazon tedavisi sakıncalı görülmüştür. Ayrıca, bir metaanalizde; mesane kanseri, pioglitazon kullanan hastalarda (19 vaka/12506 hasta, %0.15), kontrol grubuyla (7 vaka/10212 hasta, %0.07) karşılaştırıldığında daha yüksek oranda bildirilmiştir. Pioglitazon tedavisine başlamadan önce mesane kanseri riski için risk faktörleri (yaş, sigara kullanma hikayesi, siklofosfamid veya pelvis bölgesine ışın tedavisi) değerlendirilmelidir (17).

TEMD tarafından da benimsenen bu görüşlere göre: Aktif veya geçirilmiş mesane kanseri öyküsü bulunan veya sebebi belli olmayan makroskopik hematürisi olan diyabet hastalarında pioglitazon kullanılmamalıdır. Halen pioglitazon kullanmakta olan ve hematüri, dizüri, pollakiüri, bel ve karın ağrıları gibi yakınmaları olan hastalarda mesane kanseri yönünden gerekli tetkikler yapılmalıdır.

Kardiyovasküler olay (fatal ve nonfatal Mİ) riskinde artış yönünden bu grup ilaçlar halen sorgulanmaktadır. 2007 yılında özellikle rosiglitazon çalışmaları ile ilgili arka arkaya yayınlanan meta-analizlerde birbiri ile çelişen sonuçlar yayınlanmıştır. Haziran 2009'da sonuçları açıklanan 'Rosiglitazone Evaluated for Cardiovascular Outcome and Regulation of Glycaemia in Diabetes (RECORD)' çalışmasında kardiyovasküler morbidite ve mortalite açısından rosiglitazonun diğer OAD ilaçlardan farklı olmadığı bildirilmiştir. Buna rağmen kardiyovasküler olay riskini artırabileceği gerekçesi ile rosiglitazon etken maddeli ilaçlar Avrupa ülkelerinde ve ülkemizde Eylül 2010'da kullanımdan kaldırılmıştır.

Kalp yetmezliği (New York Kalp Cemiyeti'nin kriterlerine göre sınıf I-IV'te olan konjestif kalp yetersizliği vakaları), karaciğer hastalığı (Alanin amino transferaz yüksekliği (ALT >2.5 X normal üst sınır) olan vakalar), Tip 1 diyabetikler, maküla ödemi riski bulunan kişilerde ve diyabetik ketoasidozda kontrendikedir (7).

Dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri: İnsülin sentez ve sekresyonunda artış sağlarken, glukagon üretiminde azalma oluşturur. Monoterapi olarak kullanıldıklarında hipoglisemi riski düşük orandadır. Hipoglisemi açısından yüksek risk taşıyan yaşlı popülasyonda (yeterli beslenmesi zor, yalnız yaşayan, ağır işlerde çalışan); metformine ikinci ilaç eklenmesi durumunda, sülfanilüre yerine DPP-4 inhibitörlerin kullanılması önerilmiştir. Diabetik ketoasidozda kullanımları kontrendikedir.

Sitagliptin kullanımında; kreatinin klirensi 30-50 ml/dk'da olduğunda, 100 mg/gün olan doz 50 mg/güne indirilmelidir. Kreatinin klirensi <30 ml/dk saptanırsa, 25 mg/gün dozuna düşürülmelidir. Doz azaltımı, sitagliptin kullanımında; hafif ve orta düzeyde hepatik yetmezlikte önerilmez. Ancak ileri hepatik yetmezlikte kullanılması önerilmez (18).

Alfa-glikozidaz inhibitörleri: Akarboz ve miglitolün yaşlı popülasyonda kullanımı; diyare ve gaz nedeniyle sınırlandırılabilir. Genellikle, artmış postprandial glikoz seviyesi ve yüksek karbonhidratlı öğün alan kişilerde alfa-glikozidaz inhibitörleri tercih edilir. Bu ajanlarla, HbA1c düzeyinde %0.5-1 oranında düşme sağladığı bildirilmiştir. Monoterapi olarak kullanıldığında hipoglisemi görülmez. Ancak, prandial insülin ve sülfanilüre ile birlikte kullanıldığında hipoglisemi açısından dikkat edilmelidir. Prandial insülin ve alfa-glikozidaz inhibitörünü alan bir yaşlıda; glikoz piki yeterli karbonhidrat alınamadığı için, artmış insülin piki karşılanamaz ve hipoglisemi gelişir. Bu ajanlar, kreatinin klirensi <24 ml/dk'da kullanımında sakıncalıdır (19). Zayıf kişilerde akarboz dozu 150 mg/gün üzerinde olmamalıdır. Ayrıca, akarboz kullananlar-

da periyodik olarak karaciğer fonksiyon testlerinin kullanımı önerilir. İnce barsak hastalıkları, siroz, kronik ülserasyon, malnütrisyon, şiddetli renal yetmezlik ve diyabetik ketoasidozda kontrendikedir (7).

İnsülin olmayan injektabl ajalar

Ekzenatid: Metforminle, sülfanilüre veya TZD'lerle kontrol edilemeyen kan şekeri regülasyonu sağlanamadığında kullanılır. Açlık kan glikozunu ve postprandial glikoz konsantrasyonunu düşürerek, glisemiyi düzeltici özelliktedir. Glikoz aracılıklı insülin sekresyonunda artış, birinci faz insülin sekresyonunda restorasyon, glukagon sekresyonunda azalma, gecikmiş gastrik boşalma ve yiyecek alımında düşme aracılığıyla gikoz regülasyonu sağlanır. Klinik çalışmalarda; ekzenatid, glisemik kontrolü sağladığı gibi kilo kontrolünü de sağlar. Bazı yaşlı hastalarda; ekzersiz yeterli yoğunlukta yapılamadığı içi, kilo artışı görülebilir. Bu hastalarda, ekzenatid önerilebilir (11).

Diyabetik yaşlı hastalarda; ekzenatid kullanımıyla ilgili olarak az sayıda veri vardır. Kırılgan ve düşük kilolu yaşlılarda; kilo kaybı oluşturması nedeniyle önerilmez. Genç ve yaşlıda, bulantı yapıcı özelliği görülür. İnjektabl formlar, yaşlılar tarafından zor kabul edilir. Kalem tarzı enjeksiyon cihazlarıyla kullanım kolaylaşır. Metformin, sülfanilüre ve TZD ile birlikte kullanıldığında hipoglisemi oluşumu ile ilişkilidir. Bu nedenle kombinasyonda kullanıldığında; tüm ilaçlar düşük dozda başlanıp, yavaşça arttırılmalıdır. Ekzenatid ile birlikte TZD kombine edildiğinde, hipoglisemi riskinde artış %11 civarındayken; plasebo için %7'dir (20).

Ekzenatid, esas olarak böbrekler yoluyla eliminasyona uğrar. Kreatinin klirensi <30 ml/dk olan hastalarda kullanılması önerilmez. Kreatinin klirensi >30 ml/dk. durumunda; doz azaltımı gerekmez (21). Hepatik yetersizlikte, spesifik olarak çalışma verisi fazla olmasa da, doz azaltımının gerekmediği belirtilmiştir (22). Ekzenatid tedavisiyle, 6 hemorajik veya nekrotizan pankreatit vakası bildirilmiştir (23). Eksenatid kullanan hastalarında akut pankreatit kuşkusu (şiddetli karın ağrısı, bulantı-kusma, amilaz/lipaz yükselmesi ve radyolojik bulgular) varsa ilacı hemen kesmesi önerilmiştir. Yakın zamanda FDA'nın veri tabanı kullanılarak yapılan bir meta-analizde eksenatid ve sitagliptin kullanımı ile pankreas kanseri riskinin arttığı bildirilmiştir. Ancak otoriteler, konvansiyonel karşılaştırma ilaçlarına kıyasla, yeni geliştirilen ilaçlarla ilgili yan etki bildirimlerinin daha olası olduğundan hareketle, bu kanıya varmanın doğru olmadığı ve FDA veri tabanının bu şekilde kullanılmasının bilimsel etiğe uygun olmadığı konusunda birleşmektedir (17).

En önemli kardiyovasküler güvenlik çalışmaları; CAROLINA (linagliptin), TECOS (sitagliptin), SAVOR TIMI 53 (saksagliptin), EXAMINE (alogliptin), LEADER (liraglutid)'dir.

Pramlintid

Sentetik amilin analoğu olup yeterli glisemik kontrolü olmayan hastalarda; preprandial insülin ile birlikte veya ayrı, sülfanilüre ve/veya metformin tedavisiyle birlikte kullanılabilir. Tip 1 diyabetik hastalarda da, insülin tedavisiyle kullanılabileceği önerilmiştir. Her öğün (≥30 gr. karbonhidrat) öncesi subkutan injeksiyon olarak önerilir. Hipoglisemi riski, plasebo ile karşılaştırıldığında yüksektir (%8.2 vs. %2.2). bu yüzden düşük dozda başlanıp, yavaşça doz artımı önerilir (24).

İnsülin

Kullanıldığında görülen en sık yan etkisi hipoglisemidir. Oral antidiabetik ilaçlar kontrendike olduğunda, progresif β hücre kaybında veya yeterli glisemk kontrol sağlanamadığında insülin tedavisi gereklidir. Yapılan bir çalışmada; ≥65 yaş üzeri hasta grubunda, insülin tedavisiyle hipoglisemi sıklığı %13'tür (25). Yaşlı bir kişide insülin tedavisi başlarken; görmesi, el becerisi, kognitif fonksiyonları, bakıcı durumu, finansal durumu değerlendirilmelidir. Glikoz kontrolü ve kişisel ihtiyaçların belirlenmesi; insülin tedavisinin başarılı olmasını ve sürdürülebilirliğini arttırır. Düşük dozda başlayıp, yavaşça doz artımına gitmek hipoglisemi riskini azaltır. Genellikle başlangıç dozu orta (0.25 U/kg'ın günlük doz dozu) düzeyde olmalıdır. Ozmotik diürezin azalması ve Na+ tutulumuna bağlı başlangıçta ödem görülebilir.

Yaşlı kişilerde; renal fonksiyonlarda azalma ve insülinin gecikmiş renal metabolizmasına bağlı olarak insülin ihtiyacında azalma olabileceği akılda tutulmalıdır (26).

Oral antidiabetik ilaç kullanımıyla, kan şekeri regülasyonu sağlanamadığında; bazal insülin eklenir. Tek doz nötral protamin hagedorn'a (NPH) göre, insülin glargin kullanımında nokturnal hipoglisemi daha az orandadır. Benzer olarak, oral antidiabetik kullanırken glisemik kontrolün sağlanması için eklenen insülin detemir kullanımıyla da hipoglisemik olaylarda azalma tanımlanmıştır. Yapılan iki çalışmada; insülin detemir ve NPH kaşılaştırılmış ve nokturnal hipoglisemiyle birlikte tüm hipoglisemilerde azalma tanımlanmıştır. Hermansen ve

ark.'ları (27) 476 insülin kullanan Tip 2 diyabetik hastalarda; insülin detemir ve NPH kullanımını karşılaştırılmıştır. İnsülin detemir kullananlarda, NPH ile karşılaştırıldığında; nokturnal hipoglisemide %55 oranında, tüm hipoglisemilerde %47 oranında azalma saptanmıştır. Diğer bir çalışmada; insülin detemir kullanımında, NPH ile karşılaştırıldığında; hipoglisemi sıklığında %53 oranında azalma görülürken, %65 oranında nokturnal hipoglisemide azalma görülmüştür (28).

İnsülin tedavisinin başlangıcında kaybedilmiş yağ ve kas dokusunun yeniden kazanılması, su ve tuz tutulumu olması ve glikozürinin azalmasına bağlı olarak birkaç kg kadar artış beklenir. Daha sonra hipoglisemi korkusu ve dengesiz beslenme kilo artışının sürmesine neden olabilir (17). Kilo artışı açısından değerlendirildiğinde; insülin detemir kullananlarda 1.2 kg ve NPH kullananlarda 2.8 kg oranında kilo artışı görülür (27). İnsülin tedavisi sırasında görülebilen masif hepatomegali glikojen depolarının dolmasına bağlıdır. Ancak, günümüzde nadir görülmektedir. Diğer görülen yan etkiler; anti-insülin antikorları ve alerji (insan insülinleri ve analog insülin kullanımıyla nadir görülmektedir), lipoatrofi (nadir görülen immünolojik bir olay), lipohipertrofi, kanama, sızma ve ağrıdır.

Deneysel çalışmalar hiperinsülinemi - ateroskleroz ilişkisine işaret etse de bu konudaki klinik kanıtlar yeterli değildir. İnsülin anabolizan bir hormondur. İnsülin reseptörleri yapısal olarak insülin benzeri büyüme hormonlarına (örneğin IGF-1) yakındır. İnsülinin etki gücü reseptöre afinitesi ile paraleldir. Güçlü insülinlerin insülin ve IGF-1 reseptörlerine afinitesi yüksektir. Bu nedenle uzun yıllar insülin kullanımı ile kanser riski arasında ilişki olabileceği ileri sürülmektedir. Kesitsel çalışmalara dayalı çelişen veriler nedeniyle konu hakkında tartışmalar sürmektedir (17).

Kaynaklar

1. Lindeman RD, Tobin J, Shock NW. Longitudinal studies on the rate of decline in renal function with age. J Am Geriatr Soc. 1985;33: 278–285.
2. O'Malley K, Crooks J, Duke E, Stevenson IH. Effect of age and sex on human drug metabolism. Br Med J. 1971;3: 607–609.
3. Turnheim K. Drug therapy in the elderly. Exp Gerontol. 2004; 39: 1731–1738.
4. Turnheim K. Drug dosage in the elderly. Is it rational? Drugs Aging. 1998; 13: 357–379.
5. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate edication use in older adults: Results of a US consensus panel of experts [published correction appears in Arch Intern Med. 2004;
6. Russel S. Incretin-based therapies for type 2 diabetes mellitus: a review of direct comparisons of efficacy, safety and patient satisfaction. Int J Clin Pharm. 2013; 35(2):159-72.
7. Haas L. Management of diabetes mellitus medications in the nursing home. Drugs Aging. 2005;22:209–218.
8. Cayea D, Boyd C, Durso SC. Individualising therapy for older adults with diabetes mellitus. Drugs Aging. 2007;24: 851–863.
9. Setter SM, Iltz JL, Thams J, Campbell RK. Metformin hydrochloride in the treatment of type 2 diabetes mellitus: A clinical review with a focus on dual therapy. Clin Ther. 2003;25:2991–3026.
10. Kirpichnikov D, McFarlane SI, Sowers JR. Metformin: An update. Ann Intern Med. 2002;137:25–33.
11. van Staa T, Abenhaim L, Monette J. Rates of hypoglycemia in users of sulfonylureas. J Clin Epidemiol. 1997; 50:735–741.
12. Holstein A, Plaschke A, Egberts EH. Lower incidence of severe hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes treated with glimepiride versus glibenclamide. Diabetes Metab Res Rev. 2001;17:467–473.
13. Nesto RW, Bell D, Bonow RO, et al. Thiazolidinedione use, fluid retention, and congestive heart failure: A consensus statement from the American Heart Association and American Diabetes Association. Diabetes Care. 2004;27:256–263.
14. Kahn SE, Zinman B, Lachin JM, et al, for the Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT) Study Group. Rosiglitazone-associated fractures in type 2 diabetes: An Analysis from A Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT). Diabetes Care. 2008;31:845–851.
15. Winkelmayer WC, Setoguchi S, Levin R, Solomon DH. Comparison of cardiovascular outcomes in elderly patients with diabetes who initiated rosiglitazone vs pioglitazone therapy. Arch Intern Med. 2008;168:2368–2375.
16. Lipscombe LL, Gomes T, Lévesque LE, et al. Thiazolidinediones and cardiovascular outcomes in older patients with diabetes. JAMA. 2007;298:2634–2643.
17. Diabetes Mellitus çalışma grubu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, "Diabetes Mellitus ve kompli-

kasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2009" (basım: Ekim 2009).

18. Mathieu C, Bollaerts K. Antihyperglycaemic therapy in elderly patients with type 2 diabetes: Potential role of incretin mimetics and DPP-4 inhibitors. Int J Clin Pract Suppl. 2007;61:29–37.
19. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: Basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol. 2004; 57:6–14.
20. Zinman B, Hoogwerf BJ, Dúran Garcia S, et al. The effect of adding exenatide to thiazolidinedione in suboptimally controlled type 2 diabetes: A randomized trial [published correction appears in Ann Intern Med. 2007; 146:896]. Ann Intern Med. 2007;146:477–485.
21. Linnebjerg H, Kothare PA, Park S, et al. Effect of renal impairment on the pharmacokinetics of exenatide. Br J Clin Pharmacol. 2007;64:317–327.
22. Odegard PS, Setter SM, Neumiller JJ. Considerations for the pharmacological treatment of diabetes in older adults. Diabetes Spectrum. 2007;20:239–247.
23. US Food and Drug Administration. Safety alert. Byetta (exenatide)—renal failure. http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm188703.htm. Accessed April 30, 2009.
24. Symlin injection [package insert]. San Diego, Calif: Amylin Pharmaceuticals, Inc; 2008.
25. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. Ann Intern Med. 2007;147:755–765.
26. Vischer UM, Bauduceau B, Bourdel-Marchasson I, et al, for the Alfediam/SFGG French-Speaking Group for Study of Diabetes in the Elderly. A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly. Diabetes Metab. 2009;35:168–177.
27. Hermansen K, Davies M, Derezinski T, et al. A 26- week, randomized, parallel, treat-to-target trial comparing insulin detemir with NPH insulin as add-on therapy to oral glucose-lowering drugs in insulin-naive people with type 2 diabetes [published correction appears in Diabetes Care. 2007;30:1035]. Diabetes Care. 2006; 29:1269–1274.
28. Philis-Tsimikas A, Charpentier G, Clauson P, et al. Comparison of once-daily insulin detemir with NPH insulin added to a regimen of oral antidiabetic drugs in poorly controlled type 2 diabetes [published correction appears in Clin Ther. 2006;28:1967]. Clin Ther. 2006; 28:1569–1581.

ANTİAGREGAN VE ANTİKOAGÜLANLAR: YİNE, YENİ, YENİDEN

YRD. DOÇ. DR. GÜVEN ÇETİN
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HEMATOLOJİ BİLİM DALI

Hemostaz, kanın dolaşımda sıvı halde kalmasını sağlayan fizyolojik mekanizmadır. Bu fizyolojik mekanizma kanın sıvı halde kalmasını sağladı ğı gibi, kan damarlarında herhangi bir travma sonucu oluşan kanamayı durdurur ve daha sonra aynı damarın fonksiyonunu devam ettirmesi için damarı pıhtıdan temizleyerek açar. Hemostaz ile koagülasyon zaman zaman aynı anlamda kullanılmakta ise de koagülasyonun hemostazın sadece bir fazı olduğu unutulmamalıdır. Hemostaz mekanizmasının üç önemli bileşeni vardır:

1. Vasküler yapılar
2. Koagülasyon sistemi ve trombositler
3. Fibrinolitik sistem

Herhangi bir anda damarın zedelenmesiyle oluşan kanamada hemostazın sağlanabilmesi bu sistemlerin sırasıyla devreye girmesi ile sağlanacaktır.

Hemostaz 2 ayrı başlık altında incelenebilir.

Primer hemostaz; kan damarı kontraksiyonu, trombositlerin subendotelyuma adezyonu, primer hemostatik tıkaç oluşumu

Sekonder hemostaz; Fibrin ağı oluşturmak üzere koagülasyon sisteminin aktivasyonu, mekanik olarak hemostatik tıkacın güçlendirilmesi

Travmadan sonraki 1-2 saniye içinde refleks olarak zedelenen damarda oluşan vazokonstriksiyon o damarda kan akımının yavaşlamasına neden olur. Dolaşımdaki trombositler endoteldeki hasarı, reseptörleri aracılığı ile fark eder ve zedelenen endotele yapışırlar. Travma sonrası trombositlerin adezyonunda, GPIb adını verdiğimiz reseptörler primer olarak görev alır. Adezyonu, trombositlerin agregasyonu takip eder. Agregasyonda trombositlerin GPIIb-IIIa reseptörleri ve fibrinojen ara bağlayıcı molekül görevi üstlenir. Trombositlerdeki fosfolipaz aktivasyonu da araşidonik asit üzerinden tromboksan A2 sentezi ile trombosit agregasyonuna neden olur.

ANTİAGREGANLAR

Trombositlerin aktivasyonunu engelleyerek, onların birbiri ile yapışmalarını (agregasyonu) ve damar endoteline yapışmalarını (adezyonu) önleyen ilaçlardır.

Klasik Antiagreganlar:

- Tromboksan yolağı inhibitörü : Aspirin
- Fosfodiesteraz inhibitörü : Dipiridamol

Yeni Antiagreganlar:

1. ADP Reseptör Antagonistleri (Kullanım alanları aspirin gibi arteriyel tromboz proflaksisidir)

   Tienopiridinler:

   a. Tiklopidin
   b. Klopidogrel
   c. Prasugrel

   Direkt etkili ADP reseptör inhibitörü

   a. Ticagrelor
2. GP IIb/IIIa Antagonistleri (Akut koroner sendromlar, koroner anjiyoplasti ve stent uygulamalarında. Ayrıca bu durumları takiben uzun süreli idame tedavisinde)
   a. Modifiye monoklonal antikorlar (Absiksimab)
   b. Peptid yapısında olanlar (Eptifibatid)
   c. Peptid olmayan antagonistler

3. Trombosit aktivasyonunda görevli PAR-1 reseptör inhibitörleri:
   a. Atokspaksar (faz II sürecinde)
   b. Vorapaksar (İntrakraniyal kanama nedeni ile faz III durduruldu

TİKLODİPİN VE KLOPİDOGREL

Tienopiridin türevi adenozin difosfat(ADP) ile trombosit agregasyonunu inhibe ederler. Etkisi ilacın karaciğerde metabolize olmasını takiben ortaya çıkan metabolitleri ile oluşur. Etkileri alındıktan 1-2 gün sonra başlar ve 4-6 günde maksimum olur. Kesildikten sonra 3-4 gün devam eder.

Tiklodipin geçici iskemik atak ve inme profilaksisinde aspirine üstün bulunmuştur. Koroner arter cerrahisinde greft tıkanma riskini azaltır. Stent uygulanmasını takiben aspirinle birlikte kullanıldığında trombotik tıkanma riskini azaltır.

Temel problem kanama ve maliyettir.

ABSİKSİMAB (REOPRO)

Glikoprotein IIb/IIIa reseptörlerine bağlanarak trombosit agregasyonunu inhibe ederler. Monoklonal antikor yapısında olup, Glanzmann hastalığına benzer bir tablo yaratarak etki ederler. Akut MI, invaziv kardiyolojik girişimlerde paranteral olarak kullanılır. Kanama, nötropeni ve trombositopeni en önemli yan etkileridir.

TİROFİBAN (AGGRASTAT)

Tirofiban GP IIb/IIIa reseptörünün peptid yapıda olmayan bir antagonistidir. Fibrinojenin GPIIb/IIIa ya bağlanmasını engelleyerek trombositlerin çapraz bağlanmasını ve agregasyonunu önler.

UYARILAR:

- Gastrointestinal, ya da klinik açıdan anlamlı genitoüriner kanama da dahil yakın zamanda (<1 yıl) kanama geçirenler
- Bilinen koagülopati, trombosit bozukluğu, ya da atrombositopeni öyküsü olanlar
- Trombosit sayısı <150 000 hücre/mm^3 olanlar
- Son bir yıl içinde serebrovasküler hastalık öyküsü olanlar
- Son bir ay içinde büyük cerrahi operasyon ya da şiddetli fiziksel travma geçirenler
- Aort diseksiyonunu düşündüren öykü, bulgu ve belirtileri olanlar
- Kontrol altına alınamayan şiddetli hipertansiyonlu (sistolik kan basıncı > 180 mmHg ve/veya diastolik kan basıncı > 110 mmHg) olanlar
- Akut perikarditi olanlar
- Hemorajik retinopatisi olanlarda kontrendikedir.

Antiagregan kullanım alanları:

- Antitrombositik ilaçlar, trombosit agregasyonunu azaltarak, arteriyel dolaşımda trombüs oluşmasını engelleyebilirler. Arteriyel dolaşımda antikoagülanların etkisi azdır.
- AMİ, serebrovasküler tıkanma, geçici iskemik atak, stabil angina ve koroner arter bypass sonrası Mİ ve inme nüksünü ve bunlara bağlı ölümü önlemede (2° proflaksi)
- Akut iskemik sendromlarda vasküler ölümü azaltmada
- Akut serebrovasküler tıkanma sırasında
- Risk altındaki hastalarda ilk Mİ gelişimini engellemede (1° proflaksi)
- Perkutan koroner girişim yapılan hastalarda (stent/anjiyoplasti)
- Akut koroner sendromlarda kullanılırlar.

Daha yeni, etkin ve güvenli antiagregan ilaçların kullanımı için çalışmalar devam etmektedir. Henüz ilaç olarak önerilmelerine zaman vardır ve güncel tedavinin çok fazla değişmediğini bilmekte yarar vardır.

ANTİKOGÜLANLAR

Koagülasyon mekanizmasını kısaca hatırlayacak olursak; pıhtılaşma sistemi, karışık biyokimyasal tepkimeler içerse de esasında çalışma mantığı nispeten basittir. Kanla temas eden yüksek yoğunlukta doku faktörü, dolaşımda az miktarda bulunan aktif faktör VII ile birleşerek (ekstrensek faz) faktör X'u aktifleştirir. Aktif faktör X, katalizörü olan faktör V'in yardımıyla protrombin'i trombin'e çevirir ve trombin fibrinojen'den pıhtının ana maddesi olan fibrinin oluşumunu sağlar. Trombin fibrinojeni fibrine çevirirken bir yandan da pıhtılaşma reaksiyonlarının devamlılığı ve artışını sağlamak üzere faktör V, VIII, IX ve XI'i aktifleştirir. Faktör VIII ve IX'un aktifleşmesi alternatif bir yolak üzerinden (intrensek faz) faktör X aktivasyonunu sağlar. Anlaşılacağı üzere pıhtılaşma tepkimelerinde 3 temel amaç vardır:

1. Faktör X aktivasyonu,
2. Trombin aktivasyonu ve
3. Fibrin oluşumu.

Antikoagülasyon pıhtılaşma faktörlerinin sentezini ve etkinliğini bozarak, aktive olmuş pıhtılaşma faktörlerini karaciğer tarafından dolaşımdan hızla uzaklaştırarak, plazmada dolaşan antikoagulanların (antitrombin, protein C ve S) etkinliğini artırarak ve / veya doğrudan inaktive ederek sağlanır.

Klasik Antikoagulanlar

- Antitrombin etkinliğini artıranlar
  a. Heparin
  b. üşük molekül ağırlıklı heparinler
- K vitamini antimetabolitleri
  - Kumarin türevleri olan varfarin, dikumarol, etilbiskumasetat ve indandion türevi fenindion

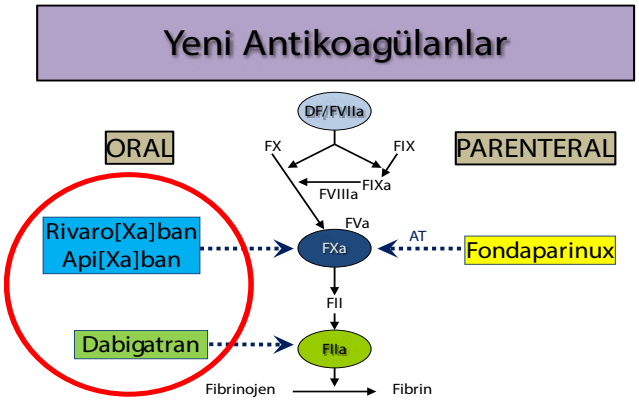
Yeni Antikoagulanlar

- Faktör Xa İnhibitörleri
  a. Rivaroksaban
  b. Apiksaban
- Trombin (Faktör IIa) İnhibitörleri
  a. Dabigatran

Antikoagulan kullanım alanları

Antikoagulanların başlıca kullanım alanı, dolaşımın yavaş olduğu venler içinde pıhtı oluşumunu veya önceden var olan ve trombositler ve eritrositlerle dolu bir fibrin ağından oluşan pıhtının büyümesini önlemektir.

- Derin ven trombozu profilaksi ve tedavisinde
- Akciğer embolizminde
- Kalp kapak protezi profilaksisi
- Miyokard enfarktüsü tedavisinde
- Ritm bozukluklarında profilaksi
- Stabil olmayan angina pektoris tedavisinde
- Akut periferik arter tıkanması tedavisinde
- Tromboz profilaksisi için, genel cerrahi girişim uygulanacak olan "yüksek riskli" grupta
- Büyük ortopedi ameliyatlarında
- Ayrıca, kardiyopulmoner bypass ve hemodiyalizde vücut dışı devrelerin açık kalması için de kullanılır
- Kan akışının daha hızlı olduğu damarlarda pıhtılar çok az miktarda fibrin ve bol miktarda trombositten oluştuğu için, arterlerdeki pıhtı oluşumunun önlenmesinde antikoagulanların rolü daha azdır.



Weitz ve Bates, J Thromb Haemost 2007

İstenen

- Ağız yolu ile verilen
- Etkisi hızlı başlayan
- Terapötik aralığı geniş
- Öngörülebilir farmakolojik etkileri olan
- İlaç ve yiyecekle etkileşmeyen
- Monitorizasyon gerektirmeyen
- Tahmin edilebilir antikoagülan / antiagregan yanıt sağlayan
- Ciddi toksisitesi olmayan
- Antidotu bulunan
- Ucuz

Dabigatran (PRADAXA®)

Terapötik Endikasyon:

Elektif total kalça replasman cerrahisi ya da total diz replasman cerrahisi geçiren erişkin hastalarda venöz tromboembolik olayların önlenmesinde endikedir.

- Direkt trombin inhibitörü
- Dozaj: günde bir defa 220mg (2 adet 110mg.'lık kapsül)
- Ruhsatlı

Kullanma İlkeleri:

- Diz ve kalça ameliyatlarında işlemden 1-4 saat sonra tek kapsül (110 mg), daha sonra 24 saatte bir 220mg
- Diz, 10 gün; kalça, 28-35 gün
- Kanama olasılığı nedeniyle tedaviye hemen geçilemediği durumda, hemostazın sağlanmasını takiben günde 2 kapsül (220mg) ile tedavi başlatılır.
- Yemekle ilişkisi yoktur.

Uyarılar:

- 18 yaş altında kullanımı ile ilişkili yeterli veri yoktur
- Geriatrik hastada doz ayarlaması gerektirmez
- GFR, 30-50ml/dk olan hastalarda günde 150 mg tek doz

- GFR<30 mg/dk olanlar veya akut böbrek yetersizliği bulunanlarda dabigatran kontrendikedir.
- Doruk konsantrasyonuna 2 saatte ulaşır.
- Yarılanma ömrü yaşlılarda 12-14 saat arasındadır.
- GFR<30ml/dk olanlarda 35 saate kadar uzar(!)
- Dabigatran aPTT'yi uzatır.
- Dabigatrandan parenteral bir tedaviye geçiş: son dozdan 24 saat sonra
- Parenteral tedaviden dabigatrana geçiş: bir sonraki dozun hemen öncesinde
- K vitamini antagonistleri kullananlarda: INR <2 olmadan dabigatran başlanmamalıdır
- Cerrahi girişimden 2-4 gün önce (acil, minör cerrahi ve böbrek fonk. bozukluğu yoksa 12-24 saat önce) kesilmelidir.
- Özgün bir antidotu yoktur
- Diyalizabl
- TDP, aktive PCC (FII,VII, IX, X), rFVIIa
- Trombosit fonksiyon kusuru yaratan ilaç varlığında trombosit süspansiyonları

Rivaroksaban (Xarelto)

- Alt ekstremitelerin majör ortopedik ameliyatını geçiren hastalarda, venöz tromboembolinin önlenmesinde endikedir.
- FXa inhibitörü
- Dozaj: Günde 1 kez 10 mg
- Ruhsatlı, geri ödemesi yok
- Cerrahi işlem sonrası hemostazın sağlanmış olması şartıyla 6-10 saat içinde başlanır.
- Kalça: 5 hafta süreyle; Diz: 2 hafta süreyle
- Yemekle ilişkisi yoktur.
- 18 yaş altındaki hastalarda yeterli klinik veri olmadığından kullanımı önerilmez.
- Yaşlı hastalarda doz ayarlaması gerektirmez
- GFR 15-30ml/dk DİKKAT (!)
- GFR <15 kullanılmaz!
- Azol grubu antimikotikler ve HIV proteaz tedavisi ile birlikte kullanılması önerilmemektedir.
- Karaciğer yetersizliğinde kullanılmamalıdır
- Gebelik kategorisi C
- Laktasyon döneminde kullanılmamalıdır
- aPTT uzar; anti FXa etkilenir ancak monitorizasyon için standart değildir
- Yarı ömrü 5-13 saat
- Doz aşımına bağlı kanamada TDP, aPCC/PCC, rFVIIa
- Diyalizabl değildir

APİKSABAN (ELİQUİS)

- İlk doz ameliyattan 12-24 saat sonra
- Kalça:32-38 gün; Diz: 10-14 gün
- 18 yaş altındaki hastalarda yeterli klinik veri olmadığından kullanımı önerilmez.
- Yaşlı hastalarda doz ayarlaması gerektirmez
- GFR 15-30ml/dk DİKKAT (!)
- GFR <15 kullanılmaz!
- Hepatik yetersizlik ?
- En korkulan yan etki kanama:Varlığında TDP, r FVIIa
- Yeni antikogülanların

Artıları

- Ağız yolu ile kullanım
- Etkili (DMAH)
- Hızlı etki (parenteral AK gereksinimi yok)
- Sabit doz
- Öngörülebilir etki
- Yemekle etkileşme yok
- İlaç etkileşimi az
- Kısa yarı ömür/hızlı
- Monitorizasyon gerektirmez
- Güvenlilik.. ?..

Eksileri

- Tedavi başarısızlığını gösterebilecek bir test yok
- Tedaviye uyumsuzluk (doz atlama) etkililiği azaltıyor
- Özgün antidot yok
- Uzun dönem etkiler/ters etkiler bilinmiyor
- Yaşlılarda kullanım (?) ne kadar güvenli
- Özellikle böbrek/karaciğer yetersizliğinde dikkatli kullanım (güvenlilik verisi az)
- Maliyet?

İstenen

- Ağız yolu ile verilen
- Etkisi hızlı başlayan
- Terapötik aralığı geniş
- Öngörülebilir farmakolojik etkileri olan
- İlaç ve yiyecekle etkileşmeyen
- Monitorizasyon gerektirmeyen
- Tahmin edilebilir antikoagülan / antiagregan yanıt sağlayan
- Ciddi toksisitesi olmayan
- Antidotu bulunan
- Ucuz

Sonuç olarak yeni antiagregan ve antikoagülan ilaçların geliştirilmeleri devam etmektedir ve bu süreç henüz sonuçlanmış değildir. Daha etkin ve kullanımı kolay olan ilaçlarınsa güvenilirliklerini kanıtlamaları zaman alacaktır. Maliyet ise her zaman, tüm ilaçlarda olduğu gibi bir sorun olarak karşımızda duracaktır.

KAYNAKLAR:

1. Ferhanoğlu B. Kanama ve Tromboza Eğilim, Hemostaz Mekanizması Sempozyum Dizisi No: 36, İstanbul 2003; s. 9-16
2. Uzuner N. Antiagregan Tedaviler, Turkısh Journal of Cerebrovascular Diseases 2012, 18:1; s.1-5
3. Büyükaşık Y. Yeni Oral Antikoagülan İlaçlar, 35. Hematoloji Kongre Kitabı, Antalya 2009; s.84-87
4. Karadağ B, İkitimur B, Öngen Z. Yeni oral antikoagulan ve antiagregan ilaçları kullanan hastalarda perioperatif yaklaşım, Arc Turk Soc Cardiol 2012;40(6):548-551
5. Wolowacz, SE, Roskell, NS, Plumb, JM, et al. Efficacy and safety of dabigatran etexilate for the prevention of venous thromboembolism following total hip or knee arthroplasty. A meta-analysis. Thromb Haemost 2009; 101:77
6. Curial M., Nath E., and Lang E.. Novel Antiplatelet Agent Use for Acute Coronary Syndrome in the Emergency Cardiology Research and Practice Volume 2013, 8 pages
7. Banerjee A.; Lane D. A. ; Torp-Pedersen C.; Lip G. Y. H. Net clinical benefit of new oral anticoagulants (dabigatran,rivaroxaban, apixaban) versus no treatment in a 'real world' atrial fibrillation population: A modelling analysis based on a nationwide cohort study Thrombosis and Haemostasis 107.3/2012
8. Durham, NC John W. Williams Jr., M.D., M.H.Sc., Comparative Effectiveness of Newer Oral Anticoagulants and Standard Anticoagulant Regimens for Thromboprophylaxis in Patients Undergoing Total Hip or Knee Replacement Evidence-based Synthesis Program (ESP) Center Durham Veterans Affairs Healthcare System Director 2012
9. Versteeg H.H., Heemskerk J. W. M., Levi M., and Reitsma P. H. New
10. Fundamentals Hemostasis Physiol Rev 93: 327–358, 2013
11. Kamal AK, Naqvi I, Husain MR, Khealani BA. Cilostazol versus aspirin for secondary prevention of vascular events after stroke of arterial origin. (Review)Copyright © 2011 The Cochrane Col-laboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
12. Fintel DJ. Vasc Health and Risk Management 2012; 8: 77-89.
13. Held C, Asenblad N, Bassand JP, Becker RC, Cannon CP,Claeys MJ, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes undergoing coronary artery bypass surgery: results from the PLATO (Platelet Inhibition and Patient Outcomes) trial. J Am Coll Cardiol 2011;57:672-84.

TEK DOZ GABAPENTİNE BAĞLI GELİŞEN DELİRYUM TABLOSU

ESİN BEYAN, TOLGA AKKAN, ASLIHAN METE YILDIRIM
KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş

Yaşlı hasta popülasyonu ilaç yan etkilerinin fazla gözlendiği hasta grubudur. Yine bu hastalarda ilaçlara bağlı deliryum tablosu da sıkça gözlenmektedir. Bu bildiride de tek doz gabapentine bağlı gelişen ve ilaç kesildikten sonra tekrarlamayan deliryum tablosu sunulmuştur.

Vaka

74 yaşında kadın hasta kan şekeri yüksekliği şikayeti ile servisimize yatırıldı. Daha önceden bilinen tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon ve kronik obstruktif akciğer hastalığı tanılı hastanın gelişinde genel durumu iyi, koopere ve oryante idi. Yatışının 3. gününde tek doz bazal insülin ile kan şekeri regülasyonu sağlanan hastaya periferik nöropatiye bağlı yakınmaları sebebiyle nöroloji konsultasyonu istendi ve hastaya gabapentin 300mg tablet başlandı. Daha önce nöropatik ağrı sebebiyle herhangi bir ilaç kullanım öyküsü bulunmayan hastada gabapentin 300mg ilk dozu verildikten yaklaşık iki saat sonra yer, zaman ve kişi oryantasyonu kayboldu. Hastanın takiplerinde bilinç bulanıklığı gelişti. Ardından bilinci kapanan hastanın bu dönemde tansiyonu 110/70mmHg, nabzı 78/dk ve ateş 36,8˚C idi. Bilateral plantar yanıtı fleksör idi ve bilateral direkt ve indirekt ışık refleksi pozitif, Glasgow Koma Skalası: 8 (Göz:2 Sözel:2 Motor:4) idi. Oksijenli saturasyonu %92 olan hastada EKG, kan biyokimyası, serebrovasküler olay ekartasyonu açısından beyin BT ve difüzyon MR istendi. Hastada EKG değişikliği ve kardiyak belirteçlerin yüksekliği saptanmadı. Kan biyokimyasında elektrolit dengesizliği olmayan hastanın çekilen beyin BT ve ardından çekilen difüzyon MR'ında akut patoloji saptanmadı. Hastadan serebrovasküler olay ve geçici iskemik atak açısından nöroloji konsultasyonu istendi. Hastada serebrovasküler olay ve geçici iskemik atak düşünülmedi. Hastaya 1-2lt/dk O2 nazal olarak başlandı ve monitorize edilerek yakın takibe alındı. İki saat sonra çekilen EKG'sinde de herhangi bir ST-T değişikliği olmadı. Vital bulguları stabil seyretti. Takiplerinde yaklaşık 6 saat sonra yavaş yavaş bilinci açılan hastanın önce kişi oryantasyonu, daha sonra da yer ve zaman oryantasyonu tam olarak gözlendi. Sorulan sorulara anlamlı cevap verebiliyordu. Nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Takiplerinde bilinç değişikliği gözlenmedi.

Sonuç

Yaşlı hasta populasyonu deliryum açısından risk altında olan hasta grubudur. Özellikle sistemik, kronik hastalıkları olan hastalarda deliryum sıklığı artmaktadır. Bu hastalarda ilaca bağlı deliryum tabloları da sıklıkla tanımlanmaktadır. Bu nedenle geriatrik hasta grubunda ilaç başlanırken oluşabilecek yan etkiler dikkatlice izlenmeli ve bu hastalarda gerçekleşen her yeni semptom ve bulgu bir ilaç yan etkisi olarak düşünülmelidir.

Bizim vakamızda da yeni başlanan gabapentinden sonra deliryum tablosu gelişmiştir. Bu vakadan da yola çıkılarak gabapentin başlanan hastalarda deliryum tablosu gelişebileceği düşünülmelidir.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA YAŞLI HASTALAR

DR. HALİL AKTAŞ
AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ FEDERASYONU 2.BAŞKANI
TRABZON AKÇAABAT 3 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

Bugün dünyada yaşayan her 10 kişiden biri yaşlı, yani 65 yaş üzerindedir. Ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfus oranı 1995 yılında %4.7 iken 2025 yılında %9 olacağı öngörülmektedir.2008 yılında yaşlı nüfus oranımız %6.7'dir. Trabzon'un Akçaabat ilçesinde aile hekimi olarak bana kesin kayıtlı olan 3538 hastamın 343 kişisi 65 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır(% 9.6).Yaşlıya yönelik bireysel koruyucu hekimlik, yaşlıya özgü muayene, fonksiyonel yeterliliğin değerlendirilmesi, yaşlılık dönemine özgü tıbbi durumlar ve hastalıklar aile hekimliği pratiğimizde sıklıkla yer alan uygulamalardır.

Yaşlı nüfusun artan gereksinimlerine yönelik çözüm arayışları, pek çok disiplini ilgilendirmektedir. Ortaya çıkan gereksinim doğrultusunda geriatri ayrı bir tıp dişilini olarak ortaya çıkmış, giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Yaşlı sağlığı ile ilgilenen disiplinler arasında hem geniş kitlelere ulaşabilen hem de toplumun rahatlıkla ulaşabileceği mesafede olan aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Yaşlı hastalar aile hekimliği pratiğinde gittikçe artan oranda yer almaya başlamışlar, yaşlılık dönemi özellikleri, yaşlı hasta bakımı ve izlemi giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır.

Aile hekimliği, tüm yaş, cinsiyet, organ ve hastalığı kapsayan uygulama alanı içinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yapının bütün olarak değerlendirildiği bir tıp disiplinidir. Aile hekimleri kişilere kendi çevrelerinde sürekli bakım verirler. Aile hekimlerinin, hastalarını fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısıyla bütün olarak değerlendirmelerinin yanı sıra diğer disiplinler ve sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde çalışmaları, geriatrik yaş grubunun getirdiği karmaşık hastalık ve tedavilerin etkin yönetimine olanak sağlamaktadır. Aile hekimleri ile sürekli iletişimin özellikle yaşlı hastalar açısından önem taşıdığı da bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlık sistemi uygun olduğu takdirde yaşlı hastaların, aynı aile hekimi hekim emekli oluncaya kadar, taşınıncaya veya ölünceye kadar kayıtlı kalmayı tercih ettiği görülmüştür.

Yaşlı hastaların tercihi bu yönde olduğuna göre aile hekimliği disiplininde geriatri eğitiminin güçlendirilmesi önemli bir gereksinimdir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti veren ve verecek olan tüm hekimlerin yaşlı sağlığı ile ilgili temel bilgiler ve tıbbi sorunların yanı sıra bu yaş grubunun sosyal sorunlarını da bilmesi gerekmektedir.

Yaşlı hastalar birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda da gittikçe artan oranda yer tutmaya başlamıştır. Bunun yanında yaşlılar, diğer yaş gruplarına göre kronik hastalıklar, fonsiyon yetersizlikleri gibi nedenlerle sağlık hizmetlerini tüm basamaklarda daha fazla kullanmaktadırlar. Bu durum yetersiz veya çoklu ilaç kullanımı, artmış vizit sayısı, ekonomik ve sosyal yükün artması gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik hali olduğu göz önüne alınırsa yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinde sosyal gereksinimler ve sorunlar göz ardı edilmemelidir. Bu çerçevede sağlık hizmetleri yaşlıya, interdisipliner bir ekip tarafından verilmesi gerekmektedir. Ekibin önemli bir üyesi olan aile hekimi primer ve sekonder koruyucu önlemleri uygulamakla yükümlüdür. Primer ve sekonder koruyucu hekimlik uygu-

lamaları yaşam tarzı danışmanlığı, aşılama, kanser ve kanser dışı taramalar olarak özetlenebilir. Tarama programları, cinsiyet , yaşam alanları gibi özellikler ve yaşlının taşıdığı risk faktörleri göz önüne alınarak düzenlenebilir.(Tablo 1)

Tablo 1 : 65 Yaş Üzeri İçin Önerilen Primer ve Sekonder Koruyucu Hekimlik Uygulamaları

	Uygulama
Yaşam Tarzı ve Danışmanlık	
Tütün Kontrolü	Periyodik Hasta Eğitimi
Fizik Aktivite	
Sağlıklı Beslenme	
Aşılama	Influenza, pnömokok, tetanoz
Kanser Tarama Programları	
Kolorektal Kanser	GGK,Kolonoskopi
Meme Kanseri	Klinik meme muayenesi, mamografi
Serviks Kanseri	Papanicalaou test
Prostat Kanseri	PSA
Uterus Kanseri	Sadece yüksek risk gruplarına uterin biyopsi
Over Kanseri	Sadece yüksek risk gruplarına USG, CA125
Deri Kanseri	Sadece yüksek risk gruplarına uzman tarafından taranma
Kanser Dışı Tarama Programı	
Kan Basıncı	Kan basıncı ölçümü
Lipid Profili	Serum lipid profili
Osteoporoz	Kemik mineral dansitometresi (KMD)
Görme ve işitme	Snellen görme ve fısıltı testi

Yaşlı hastaya yaklaşım , diğer yaş gruplarındaki hastalara göre farklılıklar gösterir. Geriatrik hastanın değerlendirmesinde, öncelikle hastanın fonksiyonelliğine oryantasyon gerekir. Hastanın neler yapabildiği, kendi işlerinin ne kadarını yardımsız yapabildiği anlaşılmalıdır. Geriatrik hastanın değerlendirilmesinde bu özellik çok önemlidir, çünkü yaşlıların çoğu, özellikle ilk değerlendirmede kendilerini çok rahat hissetmediklerinden normal fonksiyonel durumlarından daha aşağıda bir durum gösterirler. Bazıları semptomlarını minimalize etmeye meyillidirler. Hastalıklarından kaynaklanan semptomları yaşlılığın göstergeleri olarak kabul ederler ve gündeme getirmezler. Tam tersi tutumda oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. İlerleyen yaşla ortaya çıkan fonksiyonel kayıplarının, doktorun ağzından çıkacak bir ilaçla tedavi olabileceğini düşündüklerinden, tüm yakınmalarını semptom olarak doktorlarına getirirler. Bu ise çoğunlukla polifarmasiye neden olmaktadır.

Kognitif fonksiyonlardaki kayıp ilerleyen yaşla birlikte artmakta, sonuç olarak yanlış ilaç kullanımından doğan yan etkiler ya da ilaç intoksikasyonu geriatrik yaş grubu hastalarda önemli sağlık problemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle hastanın ilk görüşmeye gelirken kullanmakta olduğu veya kullanmadığı halde evde bulundurulan tüm ilaçları getirmesi istenmelidir.

Yaşlı hastaların büyük çoğunluğunda görme ve işitme problemi olduğundan, odanın ışıklandırması yeterli olmalı, hasta ile iletişim kurarken yüksek tonda, yavaş ve tane tane konuşmaya özen gösterilmelidir.

Hasta ile görüşmede, başlangıçta hasta ile yalnız olmak çok faydalıdır. Böylece hastanın kendisine göre özel olan problemlerini paylaşabilmesi için şans verilmiş olur. Ailenin diğer bireyleri sorulan soruları daha iyi anladıklarından hemen yanıtlama eği- limindedirler ve bu nedenle yaşlının kendini ifade etmesini engelleyebilmektedirler.

Hasta ile başlangıçta medikal olmayan güven verici bir ilişki kurmak çok önemlidir. "Bana kendinizden bahsedin..." güzel bir başlangıç olabilir. Anamnez almada ilk kaynak, hastanın kendisi olmalı ancak, mutlaka aile bireyleri, bakıcı ve hastaya tıbbi kayıtlardan da bilgi edinilmelidir. Çünkü çoğu zaman unutkanlık, algılama bozukluğu, ifade yetersizliği gibi nedenlerle yaşlının kendinden alınan anamnez yeterli olamayabilir. Kapsamlı bir sosyal anamnez de, yaşlının ileride karşılaşabile- ceği sorunları anlamada doktora yardımcı olacaktır. Aile bireyleri ile olan ilişkileri, arkadaşları ile ilişkileri, bakıcısı varsa bakıcıya ait özellikler, ev içinde yaşam koşulları, evde beslenen hayvan varsa ona ait bilgiler, yaşlının kendisinin araba kullanıp kullanmadığı, geçimini nasıl sağladığı gibi konular mutlaka öğrenilmelidir. Hastanın beslenmesi ve aşılarına yönelik bilgiler de mutlaka edinilmelidir.

Standart anamnez alınmasından sonra, hastaya ilave bazı sorular sorularak,kognitif, psikolojik ve fiziksel fonksiyonları değerlendirilebilir.

Yaşamın sonunun yaklaştığının farkettiğinde çoğu hasta bilinç üstüne yükselmişlik duygusu geliştirir.Manevi konular çok yaygın olarak dinsel geleneklerle vurgulanır.Bir hastanın manevi gereksinimleri içindeki basit gereklilikler ve destek sistemlerinden hastayla dua etmeye kadar genişleyebilir.Hastalar genellikle hekimlerin ciddi hastalık süresince manevi konulara vurgu yapmasını isterler. Burada din adamları ile görüşme faydalı olacaktır.

Aile hekimleri terminal dönemdeki yaşlı hastaların ve ailelerinin destek ve iletişim gereksinimlerine karşılık vermelidirler. Hastalar basit bir bilgiden (prognoz veya hangi semptomun beklendiği gibi) komlike konulara kadar geniş açılıma gereksinim duyarlar.Uygun bir görüşme ve danışmanlık kompleks gereksinimleri karşılamada en etkili araçlardır.

Sevilen birine son günlerinde bakma aileler için önemli yük oluşturabilir ama çok değerli de olabilir.Aile gereksinimleri ev işlerini koordine etmek,günlük yaşam aktivitelerini desteklemek gibi basit olabilir.Ancak ailenin ebeveyni çıplak görmeye karşı kültürel yasakları olduğunda ölmek üzere olan ebeveyne banyo yaptırmak sorun olabilir.

Yaşlı sağlığı ile ilgilenen aile hekimleri pek çok soruna yanıt aramaktadırlar. Yaşlının fizik ve ruhsal muayenesindeki özellikler, fonksiyon yeteneğinin nasıl değerlendirileceği,risk gruplarının hangi kriterlere göre belirlenebileceği, yaşlıya verilen evde ve kurumsal bakımın nasıl olması gerektiği, demans gibi sık karşılaşılan hastalık ve sorunların nasıl yönetilebileceği bu sorulardan bir kaçıdır. Bu konuda yapılan çalışmaların incelenmesi ve paylaşılması aile hekimliği pratiğine önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. 1-Aile Hekimliği ve yaşlı sağlığı Doç. Dr. Güzel Dişçigil Turkish Family Physician 2010
2. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım Doç. Dr. Yeşim Uncu Turkish Journal of Geriatrics. 2003
3. Palyatif bakım ve yaşam sonu bakımı Greg K.VandeKieft
4. Aile hekimliğinin temelleri Philip D.Sloane Lisa M.Slatt

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE BİRİNCİ BASAMAK İÇİN PRATİK ÖNERİLER

DR. RIDVAN KARAGÖZ
SAKAHED (SAKARYA AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ) BAŞKANI

Kronik hastalık, "bir veya daha fazla süren, kişinin sürekli tıbbi destek almasını gerektiren ve/veya günlük yaşantısını kısıtlayan durum" olarak tanımlanabilir. Kronik hastalıklara bağlı ölümler tüm dünyada enfeksiyonların, anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçmiştir.

Yirmi birinci yüzyılda kronik hastalıklar sağlık sistemlerini çıkmaza sokan ve önlem alınmadığı takdirde giderek büyüyecek olan bir küresel tehdit oluşturmaktadır (WHO, 2011). Ülkemiz de, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehlikeye atan ve giderek artan bir kronik hastalık yükü alnındadır.

Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve evine daha az para getirmektedir (Hwang, 2001).

Sağlık düzeyi ekonomik kalkınmanın bir göstergesidir. Ulusal sağlık bütçelerinin giderek artan bir bölümü kronik hastalıklara ayrılmaktadır. Ekonomik analizler bulaşıcı olmayan hastalıklardaki her %10'luk artışın, yıllık ekonomik büyümede %0.5'lik bir azalmayla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kronik hastalıklarla mücadele etmek için koruyucu hekimlik önlemlerinin ülke sathında yaşama geçirilmesi gerekmektedir.

Kronik hastalıklar açsından bakıldığında birincil (hastalık ortaya çıkmadan) ve ikincil (komplikasyonlar ortaya çıkmadan) koruyucu hekimlik uygulamalarına yapılacak yatırımların kronik hastalıklarla mücadelede olumlu geri dönüşleri olacaktır.

Birçok ölümcül kardiyovasküler hastalığın önlenebilir nedeni olan hipertansiyonun yönetiminde başarılı olmak için öncelikle hipertansiyonun tanısı konulmalıdır. Sonrasında da hipertansiyona bağlı komplikasyonların gelişmesini önlemek ve hipertansiyonun diğer kronik hastalıklara temel hazırlamasını engellemek için hipertansiyon yönetiminde hastayı da aktif şekilde içine alan, kalite performansı yüksek, bütünleştirilmiş bir bakım sağlamak gerekmektedir.

Hastalık merkezli modellerden hasta merkezli, kronik hastalıkların lider bir hekim tarafından koordine edildiği, koruyucu hekimlik uygulamalarının atlanmadığı yüksek kaliteli modellere geçmek gerekmektedir. Yüksek performanslı bir sağlık sisteminde standartların yüksek tutulması, sağlık güvencesinin tüm halkı kapsaması niteliğe dayanan bir performans değerlendirmesi, sağlam bir bilişim altyapısı ve tüm bunları yönlendirecek fikir liderleri ve kurumlar arası işbirliği şarttır (Schoen, 2010).

Bakımın koordinasyonunun sağlanması sağlık personeli kadar hastanın da sorumluluğundadır. Hastanın kendi sağlık verilerine sahip olması, sağlığına sahip çıkması, hastalık sürecinde sorumluluk alması kronik hastalık yönetiminde başarıyı artırır.

Bütünleştirilmiş ve koordine bir bakım verilmesini sağlayacak yöntemlerin yaşama geçirilmesi, kişinin sağlığında aktif olarak sorumluluk aldığı bir süreci içerir.

Herhangi bir hastalığa yönelik yöntemin geliştirilebilmesi için o hastalığın sık görülen, yüksek maliyetli, kanıta dayalı kılavuzları olan, hastanın sağlığında söz ve sorumluluk sahibi olması ile hastalık sürecinin iyileştirilebileceği bir hastalık olması gerekmektedir . Ülkemizde şu anda bir hastalık yönetimi oluşturmak için gerekli olan altyapının birçok elemanı mevcuttur (TC kimlik numarası, ESK, aile hekimliği sistemi

gibi). Elektronik sağlık kayıtlarından otomatik olarak elde edilecek veriler hastaya ve verilen bakımın derecesine özgü tedavi ve koruyucu hekimlik algoritmaları hekimin sistemine yüklenebilmektedir.

Standart kalitede hizmet verilmesini sağlayacak altyapının oluşturulması ve elektronik sağlık alt yapısının sadece geri ödeme için değil, birebir hastalığın tanı ve tedavi sürecinde kullanılması yüksek performanslı bir sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır.

Elektronik sağlık kayıtlarının anlamlı kullanımı, ancak verilerin doğru girilmesi, standart hastalık kodları kullanılması ve verilerin sadece geri ödeme ve performans için değil, doğrudan hastanın tedavisi için kullanılması ile mümkündür.

Bu şekilde etkin işleyen bir sistem, pozitif yanları ortaya kondukça kendi kendini geliştirecek, daha sağlıklı daha işlevsel bir hale gelecektir. Hastayı ve hekimi sisteme dahil ederek, mevcut altyapı kullanılarak küçük düzenlemelerle ESK'nın anlamlı kullanımı sağlanabilir.

Sağlık verilerinin kronik hastalık yönetiminde etkin kullanımının sağlanması ve sistemin vazgeçilmez parçası olması için;

- Kişisel sağlık kaydı altyapısı ile hastanın kontrolü,
- Bu verilerin hekimler tarafından karar verme süreçlerinde kullanılmasının teşvik edilmesi,
- Plan ve politika oluşturma süreçlerinde bu verilerden faydalanılması,

Kronik hastalıklarda bilgi teknolojilerinin kullanımından doğan temel beklentiler göz önüne alınarak ESK sistemlerinin iyileştirilmesin sürdürülebilir bir sağlık sistemine katkıda bulunacaktır.

Sağlık geçmişinin tutulması, kronik hastalık yönetiminden sorumlu sağlık bakım ekibinin koordinasyonu, kaliteye dayalı standart karar destek mekanizmaları ile yüksek kaliteli hizmet sunumuna olanak sağlaması ve yeni nesil bilimsel araştırmalar için veritabanı oluşturması sağlıkta bilgi teknolojilerinin kullanılmasından elde edilecek temel beklentiler olarak sıralanabilir. Hekim hastalık yönetiminde daha çok veri ile daha doğru kararların alınabilmesi hedeflenmektedir

Şu anda Türkiye'deki hastanelerin hemen hemen hepsi kendi hastane yönetim bilgi sistemlerini kullanmaktadırlar. Bu anlamda tüm verilerin toplandığı ortak bir platform bulunmamaktadır. Ancak, hâlihazırda her hastanenin kendi sisteminde depolanan veriler erişim adresleri tanımlı olmak kaydıyla ana sisteme (MEDULA, Sağlık.Net veya AHBS) çekilebilir. Bir hastanın randevusunu aldığı andan başlayan bir süreç ile veriler bulundukları hastanelerin sistemlerinden alınıp hastayı değerlendirecek olan hekimin sistemine yüklenebilir. Elbette ki bu sistem hasta verilerinin korunması güvence altına alınmalıdır. Şu anda Türkiye'deki bilişim altyapısı buna olanak vermektedir.

Sonuç olarak, hali hazırda var olan elektronik sağlık altyapısında yapılacak düzenlemeler ile kronik hastalıkların yönetiminde çok önemli adımlar atılabileceği görüşündeyiz.

Bu bağlamda birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin Elektronik Sağlık Sistemlerini kullanmaları ve hastaya bütüncül yaklaşımları nedeniyle Kronik Hastalık Yönetiminde kilit bir pozisyonda bulunduğunu söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. National Institutes for Health and Clinical Excellence. Hypertension Clinical Management of Primary Hypertension in Adults.
2. Sürdürülebilir sağlık sistemi için Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik sağlık Kayıtlarının rolü (Prof. Dr. Erdal AKALIN Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER Faik SAYRAN) Yayın No: TÜSİAD-T/2012-06/529
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ed. Erkoç Y, Yardım N. Ankara 2011.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hastalık Yükü Hesaplamaları Final Raporu. 2004

YAŞLILARDA POLİFARMASİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

DR. BANU DEMİRCAN
KAHED (KOCAELİ AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ BAŞKANI)

Dünya nüfusu geçen 50 yıla göre daha hızlı yaşlanmıştır. Bunun nedeni beklenen yaşam süresinin uzaması ve fertilite hızının azalması ayrıca 20. yüzyılda hastalıkların mortalite hızlarının azalması ve tıbbi bakımda kaydedilen yeniliklerdir. Yaşlılık, yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır.

Yaşlı bireyin, yaşamının bu döneminde kaliteli ve aktif bir yaşam sürmesi sağlanmalıdır Kronik hastalıkların prevalansının artması sonucunda yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır. İlaçların farmakokinetik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt yaşlı bireylerde farklılıklar göstermektedir Yapılan araştırmalar incelendiğinde yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar;

- Hipertansiyon, (%30.7)
- Osteoartrit,(%20.4)
- Kalp yetmezliği,(%13.7)
- Diabetes mellitus,(%10.2)
- Koroner arter hastalığı,(%9.8)
- Osteoporoz,(%8.2)

Farmakokinetik Değişiklikler

Emilim: Yaşa bağlı villüs atrofisi sonucu barsakta emilim yüzeyinin azalması olmasına rağmen genel olarak ilaç emiliminde önemli bir bozulma olmamaktadır, dolayısıyla emilim en az etkilenen farmakokinetik parametredir. Ancak yaşlanmayla ortaya cıkan bazı durumlar ilaçların emilim hızını değiştirebilir.

Bu durumlar arasında beslenme alışkanlığının değişmesi ve antiasidler, laksatifler, antikolinerjik veya antihistaminik içeren antigribal preparatlar gibi reçetesiz satılan ilaçların tüketiminde artış sayılabilir.

Dağılım: Emilime oranla dağılım düzeyinde klinik öneme sahip değişiklikler daha fazla olmaktadır. Dolaşımda zayıf asidik ilaçları bağlayan serum albumini düzeylerinde azalma olması serbest ilaç düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olur, bu nedenle warfarin, aspirin, fenitoin gibi zayıf asidik yapıda olup proteinlere yüksek oranda bağlanan ilaçların yaşlıdaki dozu genç erişkindekinden farklılaşır. Ayrıca vücut sıvılarının bileşiminde yaşa bağlı meydana gelen değişiklikler ilaçların dağılım hacmini etkiler ve dolayısıyla ilaçların yarı ömrü ve etki sureleri değişir

Metabolizma: Karaciğerin ilaç metabolizma kapasitesi yaşa bağlı olarak çok değişmez, ancak sadece bazı ilaçların hepatik klirensinde yavaşlama söz konusudur. Diğer taraftan ilerleyen yaşla birlikte karaciğerin alkol, viral hepatitler gibi hasar oluşturucu tehditlere karşı rejenerasyon kapasitesi azalmıştır. Ayrıca yaşlıda malnütrisyon veya kalp yetmezliği gibi hepatik fonksiyonları etkileyebilecek hastalık görülme sıklığı da artmıştır. Bu nedenle yakın geçmişte karaciğer hastalığı geçirmiş olan, belirgin nutrisyonel eksikliği bulunan veya kalp yetmezliği olan yaşlı bir bireyde primer olarak karaciğerden atılan ilaçlar kullanılırken dikkatli olmak gerekir.

Atılım: Yaşa bağlı değişikliklerden en fazla etkilenen farmakokinetik parametre atılımdır. İlaçları vücuttan uzaklaştırılmasında temel rolü oynayan organ böbrektir ve renal fonksiyonel kapasitede yaşa bağlı olarak hem glomeruler hem de tubuler düzeyde gerileme meydana gelir. Primer olarak hem kendisi hem de aktif metabolitleri bobreklerden atılan ilaçların vücuttan uzaklaştırılmaları yavaşlar, yarı ömürleri (dola-

yısıyla etki sureleri) uzar ve kararlı durum konsantrasyonuna ulaşmış olan ilacın yüksek kan konsantrasyonuna çıkması (olasılıkla toksik) riski artar. Bu durumda ilaç dozu ayarlanırken kreatinin klirensi ve plazma ilaç konsantrasyonu değerleri dikkate alınmalıdır.

Polifarmasi

Tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması ya da gerekli olandan daha fazla ilaç kullanılması ya da beş veya daha fazla ilacın bir arada kullanılması olarak tanımlanır.

Nedeni

- Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması,
- Reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları,
- Hastaların fazla ilaç beklentileri,
- Yaşlılarda tanıdan ziyade semptoma yönelik olarak ilaç kullanılması,
- Doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi,
- Hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması,
- Çok sayıda reçetesiz ilaç satılması,
- Yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi sayılabilir.

Ayrıca son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi olmuş olmak, kadın olmak, depresyonda olmak, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta memnuniyeti de diğer önemli faktörler olarak sıralanabilir.

Çözüm

- Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimin artırılmalıdır.
- Tıbbi kayıtlar bilgisayar sistemleri ile sağlanmalı,hastaların kullandıkları tüm ilaçlar,alışkanlıkları(sigara,alkol) kaydedilmeli; ilaç döküm formları hazırlanmalıdır.
- Tıbbi kayıtlar hasta her geldiğinde güncellenmelidir.
- Yaşlı hastaya ilaç önerilirken tedavi bireye özgü olmalı, o hastaya en uygun ilaç seçilmelidir.
- Tedaviye başlamadan önce tanı konmuş olmalı, sadece hastalık belirtileri için ilaç önerilmemelidir.
- Tıbbi sorunlar olanaklar elverdiğince ilaçsız olarak tedavi edilmeye çalışılmalıdır.
- Başka doktorlar tarafından ilaç yazılıp yazılmadığı sorulup araştırılmalıdır.
- İlaca mümkün olan en düşük dozda başlanmalıdır.•
- Kendileri veya aktif metabolitleri bobreklerden atılan ilaclar kullanılırken renal fonksiyonlarda meydana gelen yaşa bağlı değişiklikler dikkate alınmalı ve kreatinin klirensi hesaplanarak ilaç dozu ayarlanmalıdır.
- Eğer gerekiyorsa ilacın dozu kontrollü olarak artırılmalıdır.
- Sedasyon yapan, sakinleştirici özelliği olan ilaçlar kişinin günlük yaşamındaki faaliyetlerini etkileyebileceği için dikkatle önerilmeli ve kullanılmalıdır.
- Doz ayarlaması dikkatle yapılmalıdır.
- Hastalar ilaçların yanetkileri konusunda eğitilmeli; Yan etkisi olabilecek ilaçlar mümkün olduğunca kısa sürede kullanılıp, kesilmelidir.
- İlaçlar gerekli laboratuvar incelemeleri yapıldıktan sonra reçete edilmelidir.
- İlaç tedavisi basitleştirilmelidir.
- Hastanın tedaviye uyumunu artırmak için kullanım takvimi hazırlanmalı, ilaç kutuları belirgin olarak etiketlenmelidir.
- Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalı, tekrar yazımlar önlenmelidir.
- Yukarıda belirtilen temel prensipler dikkate alındığında yaşlıda güvenli ve etkili bir tedavi uygulaması sorunsuz bir şekilde sağlanmış olacaktır.

DARÜLACEZE'DE İKAMET EDEN DEMANS HASTALARINDA ANTİPSİKOTİK İLAÇ KULLANIMI ÖZELLİKLERİ

MUSTAFA KARAGÖZ

Projenin önemi

Alzheimer Hastalığı ve diğer demanslar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artış gösteren hastalıklardır. Demansın bilişsel işlevlerde yarattığı yıkımın yanısıra hastalığın tüm evrelerinde ortaya çıkan psikiyatrik ve davranışsal belirtileri de ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bu belirtiler hastanın ve bakımvereninin yaşam kalitesini bozmakta, hastaların uzun süreli yataklı bakım kurumlarına gönderilmesinde de en önemli faktörler olarak rol oynamaktadır. Toplumda yaşayan demans hastalarının %20sinde agresyon ve ajitasyon belirtilerine rastlanmakta, uzun süreli bakım kurumlarında yaşayanlarda bu oran %40-60'a varabilmektedir (1). Daha hafif belirtiler basit önlemlerle ve zaman içinde kendiliğinden azalırken, şiddetli ajitasyon, psikotik belirtiler ve ağır depresyon tabloları uzun sürmekte ve ilaçla müdahaleyi gerektirmektedir (2).

Demansın psikiyatrik ve davranışsal belirtilerinin tedavisinde antidepresanlar, antikonvülzanlar ve antipsikotikler kullanılmaktadır (3). Antipsikotik ilaçlar şizofreni, şizoafektif bozukluk ve mani tedavisinde onaylanmış ilaçlar olmalarına ragmen demans hastalarının davranış sorunlarının tedavisinde endikasyon-dışı olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu sorunların tedavisinde net bir etkililiği gösterilememekle beraber ciddi yan etkileri olduğu gösterilmiştir (4). Bu yan etkiler arasında ekstra-piramidal belirtiler, metabolik yan etkiler, serebrovasküler olaylar ve bunlara bağlı mortalitede artış bulunmaktadır. Ciddi yan etkilerin bildirilmesini takiben Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2005 yılında atipik antipsikotiklerin, 2008 yılında da tüm antipsikotiklerin yaşlı bireylerde kullanımı hakkında uyarı yayımladı. Ancak bu uyarıya ragmen antipsikotiklerin endikasyon dışı kullanımı halen yaygın olarak devam etmektedir (5). Özellikle bakımevlerinde, davranış sorunları olan demanslı hastalarda antipsikotik kullanımı yaygındır. Bu ilaçlar şiddetli belirtileri olan hastalarda kısa vadede yararlı olabilirler ancak uzun süre kullanımda etkili olduklarına dair bir kanıt bulunmamakta hatta uzun süre kullanımda zamanla mortalitede artışa yol açtığına ilişkin veriler bulunmaktadır. Bu nedenle uzun süre kullanımları önerilmemektedir. Tüm bu uyarılara ve bilinen yan etkilerine ragmen antipsikotik ilaçlar özellikle de bakımevlerinde uzun süre boyunca kullanılmaktadır (6).

Ülkemizde bakımevlerinin tarihi nisbeten yenidir, ancak özellikle son yıllarda yaşlanan nüfusun artması, aile yapısının ve ekonomik politikaların değişmesiyle birlikte bakımevlerine olan gereksinim artmış ve pek çok bakımevi açılmaya başlamıştır. Sayıca artışla birlikte bu kurumlardaki bakımın özellikleri, hastalara yaklaşım, tedavi gereksinimleri ve diğer ülkelerde tarihte yaşandığı üzere uygulamaların denetlenmesi gereksinimi de ortaya çıkacaktır.

Yukarıda sayılan nedenlerden hareket ederek biz bu çalışmada ülkemizde uzun süredir hizmet vermekte olan bir bakım kurumunda demans hastalarında antipsikotik ilaç kullanımının özelliklerini araştırmayı, antipsikotik kullanan grupta ortaya çıkan yan etkiler ve varsa diğer olumsuz sonuçları saptamayı amaçladık. Bu araştırmanın sonuçları üzerinden hem kısa vadede araştırmanın yürütüldüğü kurumdaki hastalar için düzeltmeler ve olumlu yönde müdahaleler yapmayı, hem de uzun vadede benzer çalışmaların diğer kurumlara da yaygınlaşarak benzeri hastalarda olumlu müdahaleler için yol açıcı olmayı hedeflemekteyiz.

Araştırmanın Gereç ve Yöntemi

Araştırma İstanbul Darülaceze Genel Müdürlüğü Kayışdağı tesislerinde yürütülecektir. Tesislerde ikamet etmekte olan

demans tanısı almış bireylerin huzurevinde tutulmakta olan dosya ve bilgisayar kayıtlarından geriye dönük tarama yöntemiyle bilgilerine ulaşılacaktır. Araştırmanın konusunu oluşturan tüm verilerin düzenli olarak bilgisayar ortamında ve hasta dosyalarında kaydı bulunmaktadır, bu nedenle hastalara yeni bir ölçüm, kan tetkiki vb rutin uygulamanın dışında herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

Bu bireylerde antipsikotik ilaç kullanımının yanısıra kullandıkları diğer tüm ilaçlar (antidemans, antidepresan, anksiyolitik, diabet ve kalp hastalığına yönelik ilaçlar ve diğerleri), var olan tüm hastalık tanıları, antipsikotik kullanımından sonra ortaya çıkan özellikle diabet ve kalp hastalığı gibi yeni hastalıklar, geçirilmiş enfeksiyonlar, bilişsel işlev düzeyi, son 1 yıl içinde ölçülmüş olan kan şekeri, kolesterol ve lipid düzeyleri dosyadan veya bilgisayar kayıtlarından öğrenilip kaydedilecek, antipsikotik kullanan ve kullanmayan hastalar arasında bu parametreler açısından fark olup olmadığı istatistik yöntemle incelenecektir. Dosya incelemeleri ve kayıtları kurumda görevli olan psikiyatri uzmanı Dr. Mustafa Karagöz tarafından, yine kurum bünyesinde yapılacaktır.

Antipsikotik ilaç kullanan hastalarda bu kullanımın özellikleri (uygun ilaç seçimi, uygun doz, uygun süre gibi) saptanacak, kullanım paternlerinin yaşlı ve demans tanısı olan hastalarda uluslararası rehberlerin önerileri ile uyumlu olup olmadığı saptanacaktır. Bu saptama için yaşlı bireylerde potansiyel olarak uygunsuz ilaç kullanımını saptamayı amaçlayan Beers kriterleri kullanılacaktır (7).

Çalışmanın araştırmacılarından bir kişi halen kurumdaki hastaların bakımından sorumlu olan bir psikiyatri uzmanı, diğeri de aynı kurumda yönetici pozisyonunda bir hekimdir. Araştırmanın sonucuna göre antipsikotik kullanımının uygun olmadığı hastaların tedavileri araştırma bitiminde yeniden gözden geçirilecek ve hastanın yararına uygun müdahale ve düzenlemelerde bulunulacaktır.

Araştırmaya Darülaceze'de ikamet etmekte olan ve demans tanısı almış olan tüm hastalar dahil edilecektir. Yaklaşık 200 tane hastaya ulaşılması planlanmaktadır. Dosya ve bilgisayar kayıtlarında ölçülmesi planlanan parametrelerle ilgili bilgileri eksik olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Çalışma için Darülaceze Müdürlüğünden de izin alınacaktır.

Istatistik hesaplamalar SPSS paket programı ile yapılacaktır.

Kaynaklar

1. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J ve ark. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. Int J Geriatric Psychiatry 2001; 16:39–44.
2. Haupt M, Kurz A, Janner M. A 2-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. Dement Geriatric Cogn Disord 2000; 11:147–152.
3. Ballard C, Corbett A. management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. CNS drugs 2010:24(9): 729-739.
4. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS ve ark. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. NEJM 2006: 355 (15): 1525- 1538.
5. Valiyeva E, Herrmann N, Rochon PA ve ark. Effect of regulatory warnings on antipsychotic prescription rates among elderly patients with dementia: a population-based time-series analysis. CMAJ 2008: 179(5): 438-446.
6. Azermai M, Elseviers M, Petrovic M ve ark. Assessment of antipsychotic prescribing in Belgian nursing homes. Int Psychogeriatr 2011; 23 (8): 1240-1248.
7. Fick DM, Cooper JW, Wade WE ve ark. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Arch Intern Med 2003: 163: 2716-2724.

SÖZEL BİLDİRİLER

S01
PALYATİF BAKIM ÇALIŞTAYI; EVDE VE HASTANEDE

SEVNAZ ŞAHİN[1], MEVLÜT ÜLGEN[2], PINAR TOSUN TAŞAR[1], O. POLAT ÖRS[2], GÖNÜL DÜZGÜN[2], MUSTAFA TOKDEMİR[2], DERYA UZELLİ[2], KURTULUŞ ÖNGEL[2], FİSUN ŞENUZUN[3], Z. ÇİÇEK FADILOĞLU[3], GÖKHAN AKBULUT[2], FEHMİ AKÇİÇEK[1]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI AD, GERİATRİ BD
2. TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Amaç: Ülkemizde artan yaşlı nüfus bir çok talebi de beraberinde getirmektedir. Bunlardan bir tanesi de sağlık hizmetlerinden olan taleplerdir. Yaşlanma ile artan kronik hastalıklar, maligniteler bireyin bir başkasına bağımlı olmasına neden olmakta, hayatını zorlaştırabilecek bir çok şikayete neden olabilmektedir. Tedavi şansı olmayan hastalık tanısı alan bireyler hayatlarının en zor dönemine girmekte ve bu dönemde bedensel , psikolojik sosyolojik ve spiritüel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenlerle son üç dekattır kesin tedavi ya da uzun süreli kontrolün mümkün olmadığı, yaşamın süresinden çok kalitesinin önemli olduğu, temel amacın hastanın konforu ve semptom yönetimini sağlamak amaçlı bir bakım biçim olan Palyatif Bakım önem kazanmıştır. Bu çalıştayda İzmir ilinde palyatif bakım alanında çalışan farklı meslek gruplarını bir araya getirerek kısa vadede terminoloji birliğinin sağlanarak aynı dilin konuşulması, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde palyatif bakım yataklı biriminin kurulması ve bölgemize uygun palyatif bakım organizasyon şemasının çıkartılması uzun vadede ise ilgili bakanlıklara palyatif bakımla ilgili yol gösterecek bir kılavuzun hazırlanması, ayrıca ülke çapında bir çalışma için basamak olması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: İzmir ilinde palyatif bakımla uğraşan hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, evde bakım ekibi üyeleri, yerel yönetim yetkilileri, sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, kamu hastaneleri birliği kuzey ve güney sekreterleri, sosyal güvenlik kurumu, aile ve sosyal politikalar bakanlığı il müdürlüğü , işkur yetkilileri ve akademisyenlere ulaşılarak çalıştaya davet edilmiş 25 Nisan 2013 tarihinde toplam 82 kişi ile çalıştay gerçekleştirilmiştir. Çalıştay kapsamında 3 çalışma grubu 2'şer saatlik 3 oturumda bir araya gelmiş, gün sonunda tüm çalışma grupları çalışma sonuçlarını diğer gruplar ile paylaşmış önerilerini almıştır. Grupların konuları: I. Çalışma grubu: Palyatif bakım alacak hastaların tanımlanması ve standartlarının belirlenmesi, 2. Çalışma grubu: Evde ve hastanede Palyatif bakım verecek ekibin ve hasta yakınlarının eğitim programının hazırlanması, 3. Çalışma grubu: Evde palyatif bakım ile ilgili ekibin oluşturulması, organizasyon şeması, görev tanımlanması ve kurumlar arası işbirliği konusunda çalışmıştır.

Sonuç: 1. Çalışma grubu tarafından tüm bakım ihtiyacı olan hastaları kapsayacak şekilde palyatif bakıma alınacak hastaları tanımlayan bir rapor hazırlanmış hastaneden eve taburcu etme kriterlerini tartışılmış rapor olarak sunulmuştur. 2. Çalışma grubu, Palyatif bakım kurs içeriği; palyatif bakıma yönelik sağlık profosyenelleri eğitim programı, kurs içeriği, süresi ve uygulamaları; evde sağlık ve bakım kurs içeriği ve evde bakım destek personeli kurs içeriği konusunda hazırladığı çalıştay raporunu sunmuştur. Rapora ek olarak eğitici eğitimi kurs içeriği ve süresinin diğer çalıştayda belirlenmesi görüşü çalıştay katılımcıları ile paylaşılmıştır.

Evde palyatif bakım ile ilgili ekibin oluşturulması, organizasyon şeması, görev tanımlanması ve kurumlar arası işbirliği konularını ele alan 3. grup raporunda , İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Belediyeler ve İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey ve Güney genel sekreterlikleri bünyesinde yürütülen Palyatif Bakım çalışmalarının birleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığı'nın koordinasyonunun sorunların çözülmesinde önemine yer verilmiştir. Bu alanda faaliyet gösteren bakanlıklar, kurumlar ve kuruluşlar ile en üst düzeyde iş birliği ihtiyacının altı çizilmiştir. 3. Çalışma grubu palyatif bakım ekibinde olması gereken meslek gruplarını evde ve hastanede olmak üzere tanımlamış kurulacak olan palyatif bakım kliniği ekibini belirlemiştir. Yine aynı grup palyatif bakım ile ilgili mevzuattaki eksikliklere dikkat çekerek bu konuda bir başka çalıştay organize edilmesini önermiştir. Çalıştay İzmir ilinde aynı alanda çalışan farklı kurum ve kuruluşların bir araya getirerek ileriye yönelik ortak çalışma ortamı yaratmıştır. Çalıştay raporlarının düzenlenerek bir kitap halinde yayınlanmasına ilgili kurumlarla paylaşılmasına karar verilmiştir.

S02
POSTMENOPOZAL OSTEOPOROZDA OBEZİTE İLE, OSTEOKLASTOJENİK, OSTEOBLASTİK, OSTEOKLASTİK BELİRTEÇLER VE LEPTİN İLİŞKİSİ

DÖVENTAŞ, A.[1], BOLAYIRLI, İ. M.[2], İNCİR, S.[2], YAVUZER, H.[1], CİVELEK, S.[2], ERDİNÇLER, D. S.[1], KONUKOĞLU, D.[2], BEĞER, T.[1], SEVEN, A.[2]

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ H. AD. GERİATRİ BD.
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, BİYOKİMYA AD.

Amaç: Obezite ve kemik metabolizması birbiriyle ilişkilidir. Hem obezitede, hem de osteoporozda NF-kb reseptör aktivatörü (RANK) / RANK ligandı / osteoprotegerin yolunu etkileyerek, osteoklast aktivitesi ve kemik rezorpsiyonunu artırabilen proinflamatuar sitokinlerin düzeylerinde artış görülebilir. Ayrıca, obezite, leptin aşırı salgılanmasıyla doğrudan kemik oluşumunu, ya da dolaylı olarak artmış proinflamatuar sitokin üretimi yoluyla kemik rezorpsiyonunu etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı, post menopozal olgularda obezite ve osteoblastik (kemik ALP), osteoklastik (TRAP), osteoklastojenik (RANKL, osteoprotegerin) belirteçler ile leptin ve insülin direnci arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve yöntem: Dört çalışma grubu çalışmaya dahil edildi. Grup 1 (n = 19): osteoporoz (lomber omurga ve / veya femur boynu T puanı < 2.5) + obez, grup 2 (n = 29): non-osteoporoz + obez, grup 3 (n = 25): Osteoporoz +non- obez, grup 4 (kontrol, n = 14): non-osteoporoz + non-obez. Osteoprotegerin, RANKL, TRAP, kemik ALP ve leptin serum düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. Glikoz ve insülin düzeyleri sırasıyla kolorimetrik ve elektrokemiluminesans yöntemleri ile analiz edildi.

Bulgular: Osteoprotegerin ($p<0.05$) ve kemik ALP ($p<0.01$) düzeyleri grup 2 ile karşılaştırıldığında grup 1'de anlamlı olarak daha düşüktü. Grup1 ile grup 3 karşılaştırıldığında ilk grubun leptin düzeyleri ($p <0.001$) anlamlı derecede yüksek saptandı. Osteoprotegerin ($p <0.001$), TRAP ($p <0.001$), RANKL ($p <0.01$), kemik ALP ($P <0.01$) ve leptin ($p <0.05$) düzeyleri grup 1'de kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü. Grup 3 ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, hasta grubunda osteoprotegerin ($p <0.001$), RANKL ($p <0.01$), kemik ALP ($P <0.01$), TRAP ($p <0.001$) için anlamlı düşük değerler saptandı. Grup 2 ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, hasta grubunda osteoprotegerin ($p <0.001$), RANKL ($p <0.01$), kemik ALP ($P <0.01$), TRAP düzeyleri anlamlı olarak düşük, leptin düzeyleri ($p <0.05$) ise anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Sonuç: Postmenopozal kadınlarda osteoprotegerin, TRAP, RANKL, kemik ALP ve leptin düzeyleri osteoporoz ve / veya obezite gelişimi için önemli birer göstergedirler.

S03
ALZHEİMER HASTALARINDA D VİTAMİNİ DÜŞÜKLÜĞÜ (DEVİT-ALZ): ÇOK MERKEZLİ PROSPEKTİF ÇALIŞMA

MEHMET İLKİN NAHARCI[1], BERRİN KARADAĞ[2], SEVNAZ ŞAHİN[3], HİLAL ÖZKAYA[4], UMUT SAFER[1], ASLI ÇURGUNLU[5], ÖZLEM KARAARSLAN CENGİZ[6], TÜRKER TÜRKER[7], MEHMET EMİN KUYUMCU[8], ERGÜN BOZOĞLU[1], ALPER DÖVENTAŞ[9], GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK[10], İLKER TAŞÇI[1], MUSTAFA CANKURTARAN[8], SEMA BASAT[2], ÇAVLAN ÇİFTÇİ[11], TESLİME ATLI[6], MEHMET AKİF KARAN[10], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[9], TANJU BEĞER[9], FEHMİ AKÇİÇEK[3], SERVET ARIOĞUL[8], HÜSEYİN DORUK[1]

1. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, GERİATRİ BİLİM DALI, ANKARA
2. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL
3. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ BİLİM DALI, İZMİR
4. İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ, DARÜLACEZE TIP MERKEZİ, İSTANBUL
5. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, GERİATRİ BİLİM DALI, İSTANBUL
6. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ BİLİM DALI, ANKARA
7. GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, EPİDEMİYOLOJİ BİLİM DALI, ANKARA
8. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ ÜNİTESİ, ANKARA
9. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ BİLİM DALI, İSTANBUL
10. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, GERİATRİ BİLİM DALI, İSTANBUL
11. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, KARDİYOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç: D vitamini eksikliği özellikle 65 yaş üstü bireylerde bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya katkıda bulunabilmektedir. Bu çalışmayı yapmaktaki birincil amacımız Alzheimer hastalarında (AH) D vitamini düşüklüğü prevalansını araştırmaktı. İkincil amacımız; bu hastalarda D vitamini düşüklüğü açısından ilgili risk faktörlerini incelemekti.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Türkiye'nin 8 farklı Geriatri Bilim Dalının katılımıyla gerçekleştirilen çok merkezli bir araştırmadır. Çalışmaya, bu merkezlere Ağustos 2011 - Temmuz 2012

tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya alma kriterlerini karşılayan AH'li olgular prospektif olarak dahil edildi. Olguların sosyo-demografik bulguları, bilişsel durumları (MMSE ve CDR skoru) ve laboratuar değerleri kayıt altına alındı. AH tanısı için "the National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)" ve "the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)" kriterleri kullanıldı. Düşük D vitamini durumu serum 25(OH)D [Kalsidiol] < 30 ng/mL veya parathormon > 55 pg/mL veya son 3 ayda D vitamini ile tedavi edilme olarak tanımlandı. Veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 54 ila 101 arasında değişen (yaş ort.: 79,1 ± 7,4, VKİ ort.: 27,0 ± 6,2 kg/m2) toplam 502 olgu dahil edildi (Tablo-1). Olguların %62,5'i (s:313) kadın ve %68,3'ü (s:334) eğitimsiz idi. Haftada 1 veya 2 gün evden dışarı çıkma daha sıktı (%58,1, s:273). Tüm olgular içinde hipertansiyon %64,3 (s:323), diabetes mellitus %24,2 (s:121) ve böbrek yetmezliği %66,8 (s:302) oranında görülmekteydi. Çalışma grubunda ortalama 25(OH)D düzeyi düşüktü (21,6 ± 17,1 ng/mL) ve düşük D vitamini oranı %91,8 (s:461) idi. Olguların sadece %29,9'u (s:149) D vitamini preparatı kullanmaktaydı. Nöropsikolojik değerlendirmeye göre CDR-1 olgular çoğunluktaydı (%41,3, s:205) ve ortalama MMSE skoru 16,4 ± 7,0 idi. Geriatrik grup içinde yaş gruplarına göre kategorizasyon yapıldığında (65-74, 75-84 ve ≥85 yaş) düşük D vitamini durumu açısından anlamlı fark yoktu (p=0,235). Tüm olgular düşük ve normal D vitamini durumu olarak iki gruba ayrıldı ve öncelikle bütün risk faktörleri tekli olarak karşılaştırıldı. Müteakiben p değeri < 0.25 olan değişkenler (cinsiyet, VKİ, sigara, yaşam durumu, gün içinde evden çıkma durumu, GİS hastalığı, ilaç sayısı, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, glukoz ve fosfor düzeyi) ile klinik önemi olan değişkenler (yaş ve mevsim) çoklu regresyon analizine dâhil edildi. Karıştırıcı faktörlerin bu analiz ile düzeltilmesinden sonra kadın cinsiyetin (OR=2,398; CI:1,026-5,604; p=0,044), haftada 1 veya 2 gün evden dışarı çıkmanın (OR=3,110; CI:1,235-7,832; p=0,016) ve kan glukoz düzeyinde her 1 birimlik artışın (OR=1,023; CI:1,001-1,046; p=0,038) düşük D vitamini durumu için bağımsız risk faktörleri olduğu bulundu. Ayrıca, hipertansiyon (OR=0,326; CI:0,107-0.994; p=0.049) düşük D vitamini durumu için koruyucu bir faktördü (Tablo-2).

Sonuç: Bu çalışmada, Alzheimer hastalarında düşük D vitamini görülebilme riskinin (%91,8) yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle, kadın, evden dışarı nadir çıkan ve yüksek glukoz seviyelerine sahip Alzheimer hastalarında bu risk artış göstermektedir. Alzheimer hastalarında düşük D vitamini prevalansının yüksek olması bu popülasyonda D vitamini açısından düzenli inceleme yapılmasını ve tedavi seçeneklerinin uygulanmasını gerektirmektedir. D vitamini eksikliğinin düzeltilmesinin bu grup hastalarda bilişsel fonksiyonlardaki azalma, sarkopeni ve kalça kırıklarını önleme, sonucunda mortaliteyi düşürmeye katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Tablo-1. D vitamini durumuna göre olguların demografik verileri, bilişsel durumları ve laboratuar değerleri

Parametreler	D vitamini düşük grup s=461 (91,8)	D vitamini normal grup s=41 (8,2)	*p*
Yaş	79,0±7,5	80,0±7,2	0,432
Cinsiyet (kadın)	295 (64,1)	18 (43,9)	0,010
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	27,2±6,1	25,0±4,8	0,018
Eğitim (yıl)			
≤5 yıl	310 (68,9)	24 (61,5)	0,371
≥6 yıl	140 (31,1)	15 (38,5)	
Aktif sigara içicisi	35 (7,7)	7 (17,1)	0,111
Aktif alkol içicisi	7 (1,5)	0 (0)	0,280
Gün içinde evden çıkma (gün)			
Haftada 1-2	255 (59,3)	18 (45,0)	
Haftada 3-4	89 (20,7)	7 (17,5)	0,035
Hergün	86 (20,0)	15 (37,5)	
Yaşam durumu			
Tek	38 (8,4)	2 (5,0)	
Eş	177 (38,9)	14 (35,0)	0,080
Akraba	165 (36,3)	11 (27,5)	
Huzurevi/Bakımevi	75 (16,5)	13 (32,5)	
Hipertansiyon	293 (63,6)	30 (73,2)	0,238
Diabetes mellitus	113 (24,6)	8 (19,5)	0,570
Hiperlipidemi	96 (20,8)	11 (26,8)	0,425
Böbrek yetmezliği	273 (65,6)	29 (80,6)	0,095
GİS hastalığı	17 (3,8)	3 (7,5)	0,218
Karaciğer yetmezliği	5 (1,1)	1 (2,5)	0,457
İlaç sayısı	5(3-7)	6(4-7)	0,241
MMSE	16,5±6,9	15,7±8,2	0,488
CDR	1,8±0,8	1,9±0,9	0,461
GFR (mL/dk)	55,0±26,9	54,5±26,2	0,903
Glukoz (mg/dL)	105,0±39,9	99,2±39,3	0,060
Total Kolesterol (mg/dL)	189,8±46,3	184,3±36,0	0,626
25(OH)D (ng/mL)	20,1±16,4	41,8±13,5	<0,001
Parathormon (pg/mL)	75,7±49,8	40,3±10,5	<0,001
Albumin (mg/dL)	3,8±0,6	3,9±0,5	0,922
Kalsiyum (mg/dL)	9,4±0,7	9,4±0,5	0,893
Magnezyum (mg/dL)	2,0±0,3	2,1±0,2	0,288
Fosfor (mg/dL)	3,4±0,7	3,6±1,1	0,183

GİS, gastrointestinal sistem; MMSE, minimental durum muayenesi; CDR, klinik demans değerlendirme ölçeği; GFR, glomerüler filtrasyon hızı.

Sonuçlar ortalama ± standart sapma, sayı (yüzde) veya ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir.

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo-2. D vitamini düşüklüğü için çoklu regresyon analizi

Parametreler	Odds oranı (%95 CI)	*p*
Yaş	0,995 (0,936-1,057)	0,870
Cinsiyet (kadın)	2,398 (1,026-5,604)	**0,044**
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	1,042 (0,952-1,140)	0,371
Mevsim		
İlkbahar	1	
Yaz	1,642 (0,474-5,682)	0,434
Sonbahar	0,878 (0,215-3,589)	0,856
Kış	0,595 (0,205-1,729)	0,340
Aktif sigara içicisi	0,628 (0,174-2,266)	0,478
Gün içinde evden çıkma (gün)		
Hergün	1	
Haftada 3-4	2,198 (0,674-7,174)	0,192
Haftada 1-2	3,110 (1,235-7,832)	**0,016**
Yaşam durumu		
Tek	1	
Eş	0,990 (0,109-9,006)	0,993
Akraba	1,508 (0,154-14,729)	0,724
Huzurevi/Bakımevi	0,476 (0,047-4,859)	0,531
Hipertansiyon	0,326 (0,107-0,994)	**0,049**
Böbrek yetmezliği	0,808 (0,281-2,326)	0,692
GİS hastalığı	0,218 (0,040-1,080)	0,077
İlaç sayısı	0,950 (0,771--1,171)	0,634
Glukoz (mg/dL)	1,023 (1,001-1,046)	**0,038**
Fosfor (mg/dL)	0,597 (0,356-1,003)	0,051

Yaş ve mevsim klinik önemlerinden dolayı çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir.

GİS, gastrointestinal sistem

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

S04
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ BESLENME DESTEK BİRİMİNCE TAKİP EDİLEN YAŞLI HASTALAR

MUSTAFA KEMAL KILIÇ[1], MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU[1], EZİME TORUK[2], İREM ÇEVİK[2], HACER DEMİR[2], HÜLYA ALTUN[2], MELDA TÜRKOĞLU[2], GÜLBİN AYGENCEL[2], OSMAN YÜKSEL[2], MEHMET İBİŞ[2], CENGİZ BEKİR DEMİREL[2], ZEKERİYA ÜLGER[1,2]

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI,
2. GAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BESLENME DESTEK BİRİMİ

Giriş: Malnütrisyon yaşlı hastalarda sık ve önemli klinik sonuçları olan bir sorundur. Özellikle hastanede yatan yaşlılarda sıklığı artmaktadır. Ancak çok sayıda ko-morbiditesi bulunan hastalarda çoğu zaman gözden kaçabilmekte ve yetersiz tedavi edilebilmektedir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesi beslenme destek birimi tarafından takip edilen yaşlı hastaların verileri sunulmuştur.

Materyal-Metod: Çalışma Gazi Üniversitesi Beslenme Destek Birimi tarafından Ekim 2012- Mart 2013 tarihleri arasında takip edilen hasta kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile yapılmıştır. Veriler yüzde, ortalama±SD olarak belirtilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiki analizde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Beş aylık sürede toplam 285 hasta takip edilmiş olup, bunların 145'i (%50,8) 65 yaş ve üzeri hastalardır. Yaşlı hastalar en çok Genel Cerrahi servisi (%16,7), Onkoloji servisi (%10,4) ve Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Birimi'nden (%10,4) danışılmıştır. Danışma nedenleri %53,1 oral alım yetersizliği, %33,8 oral alımın kontrendikasyonu, %11,7 postoperatif destek, %1,4 preoperatif destek olarak bulunmuştur. Hastaların %40,7'si kadın ve ortalama yaş 75,81±6,78'dir. Hastalarda %55,3 aktif kanser, %40,7 HT, %29 geçirilmiş GİS cerrahisi, %28,3 DM, %22,1 Kalp yetmezliği, %19,3 Koroner Arter Hastalığı vardır. Hastalara %12,4 oral destek tedavisi, %9,7 nazogastrik tüp ile, %0,7 PEG, %51,7 parenteral, %25,5 enteral+parenteral destek tedavisi başlanılmıştır. Enteral beslenme destek ürünlerinden en çok standart ürün (%32,9) ve enerjisi artırılmış lifli ürün (%24,7) tercih edildiği görülmüştür. Takipleri sonucunda hastalarda %22,8 oranında beslenme desteğine bağlı bir komplikasyon gelişmiştir. Yaş grupları kıyaslandığında 65 yaş altı hastalarda %21,4 oranında, 65 yaş üstü hastalarda %22,8 oranında komplikasyon gelişmiştir (p=0,787).

Sonuç: Toplumda 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %7,5 iken, bu çalışma ile beslenme destek birimine danışılan hastaların yarıdan fazlasını yaşlı hastaların oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca malign hastalar ve cerrahi geçiren hastaların oranının yüksekliği de dikkati çekmektedir. Yaşlı hastalarda komplikasyon oranları genç hastalarla farklı olarak bulunmamıştır. Hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon oranlarının çok yüksek olması nedeniyle nutrisyonel değerlendirmenin, rutin değerlendirmenin bir parçası olarak yapılması ihmal edilmemelidir.

S05
DARÜŞŞAFAKA REZİDANS HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERDE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU VE DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE KATILIMI

ATİLLA ÖZTÜRKERİ[1], GÜLSELİ ÜNER[1], DUYGU ILGIN[2], AYDAN BİLGİN[1], TURAN GÜNDÜZ[2], M. EMİN LİMONCU[2]

3. BAHAT ÖZTÜRKDARÜŞŞAFAKA CEMİYETİ URLA REZİDANSI
4. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MYO, MANİSA

Amaç: Darüşşafaka Rezidans Huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerde osteoporoz yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Fiziksel aktivite düzeyinin aktif yaşlanma süreci üzerine olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Çalışmamız 65 yaş üstü bireylerde kemik mineral yoğunluğu ve fiziksel aktivite katılımı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Darüşşafaka Rezidans Huzurevi ortamında yaşayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 50 bireye yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, vücut kütle indeksi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanma alışkanlığı kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı bilgilerini içeren anket formu uygulandı. Ayrıca kemik mineral yoğunlukları Dual energy X-Ray Absorbtiometry (DXA) yöntemi kullanılarak belirlenen dosya kayıtlarından elde edildi. Bu sonuçlara göre bireyler normal, osteopenik ve osteoporotik olarak 3 gruba ayrıldı. Osteoporoz aile öyküsü, kırık öyküsü ve bilgi düzeyleri kaydedildi. Yaşlıların fiziksel aktivite alışkanlıkları Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu'na göre değerlendirildi. Düzenli fiziksel aktivite katılımını engelleyen nedenler ve şiddetleri görsel analog skala kullanılarak (ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi) sorgulandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 15.0 programı ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ düzeyi kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 50 kişinin ortalama 2.25±1,65 yıldır huzurevinde yaşadıkları ve yaş ortalamalarının 77.96 ± 7.78 yıl olduğu bulundu. Grupların sosyodemografik özellikleri ve osteoporoz ile ilgili bilgi düzeyleri birbirine benzerdi ($p>0.05$). Fiziksel aktivite katılımı incelendiğinde düzenli fiziksel aktivite katılımı normal kemik mineral yoğunluğuna sahip grup için %44, osteopenik grup için %46, osteoporotik grup için ise %50 idi. Toplam fiziksel aktivite katılım skorları ($p= 0.46$) ve oturma süreleri benzerdi ($p= 0.55$). Ağrı her üç grup için ortak fiziksel aktivite katılımını engelleyen neden olarak belirlendi (Normal Grup= %20, Osteopenik Grup= %23, Osteoporotik Grup= %17). Kırık, kırık sonrası yürümeye yardımcı cihaz kullanımı ve kalça protezi uygulaması nedeniyle fiziksel aktivite katılımı kısıtlanması ise sadece osteopenik ve osteoporotik gruplarda neden olarak saptandı (Osteopenik Grup= %8, Osteoporotik Grup= %17.7).

Sonuç: Sonuç olarak, Darüşşafaka Rezidans huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerde aktif yaşlanma sürecini destekleyen multidisipliner programlarının belirlenmesi sırasında ağrı, kırık ve kırık sonrası yardımcı cihaz kullanımı ve kalça protezi uygulamaları gibi bireysel özellikler göz önüne alınmalıdır.

S06
DİNLENME VE BAKIMEVİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

AYŞE KARAHÜSEYİN[1], GÖNÜL KESKİN[1], GÜLŞEN CANKURT[2], NİL TEKİN[3]

1. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI NARLIDERE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ (UZM. HEMŞİRE)
2. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI NARLIDERE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ (HEMŞİRE)
3. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI NARLIDERE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ (DOÇ. DR.)

Dinlenme ve Bakımevleri'nde çalışan hemşireler yaşlıya 24 saat boyunca bakım veren ekibin en önemli üyesidir. Yatağa bağımlı, birçok kronik hastalığı olan, demans veya farklı psikolojik sorunları olan yaşlılara hizmet sunmak hemşireleri duygusal ve fiziksel olarak etkilemektedir. Bu nedenle stresli iş yaşamları olan huzurevi hemşirelerinin iş doyumlarının incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışma dinlenme ve bakımevinde çalışan hemşi-

relerin iş doyumu düzeylerinin ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01 – 30 mart 2013 tarihleri arasında İzmir'de bir Dinlenme ve Bakımevinde çalışan 43 hemşire ile yapılmıştır. Veri toplamada hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla "Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu" , iş doyumu düzeylerini belirlemede Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin 35'i kadın, 8'i erkektir. Hemşirelerinin büyük bir bölümünün (%76,7) 26-40 yaş grubunda olduğu, %65,1'inin evli, %58,1'inin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaklaşık yarısının (%55.8) tatil yapmadığı ve %44,2'sinin de sosyal aktivitelere katılımlarının yetersiz olduğu belirtmiştir. Hemşirelerin eğitim ve mesleki durumları değerlendirildiğinde, %44,2'nin lisans mezunu olduğu, %44,2'nin 6-10 yıl arasında hemşirelik hizmeti sunduğu ve %48,8'in geriatri hemşiresi olarak çalıştığı gözlenmiştir. Hemşirelerinin %55,8'nin kadrolu olduğu, büyük bir bölümünün (%81,4) vardiyalı olarak çalıştığı ve %67,4'ünün çalıştığı bölümden memnun olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%86) mesleğini isteyerek seçtiğini ve %48,8'i mesleğini bırakmayı düşünmediğini belirtmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin iş doyum puan ortalamaları; genel iş doyum = 3.16, iç iş doyum = 3.53 ve dış iş doyum = 2.65, olarak bulunmuştur.

Önlisans mezunu hemşirelerin içsel iş doyum puan ortalaması diğer mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin mesleki deneyim durumuna göre dış iş doyum ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin sosyal etkinliklere katılma durumuna göre dış iş doyum ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte ($p=0,056$), sosyal etkinliklere katılımı yeterli olan hemşirelerin dış iş doyum puanları diğer gruplardaki hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin mesleği bırakma düşüncesine göre iş doyum ölçek puanları arasında anlamlıya yakın fark vardır ($p=0,051$). Mesleği bırakmayı düşünmeyen hemşirelerin dış iş doyum puanları diğer gruplardaki hemşirelerden yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin genel iş doyumunun orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda hemşirelere yönelik Hizmet İçi Eğitimlerin arttırılması, sosyal aktivitelere katılımının sağlanması ve ödüllendirme sisteminin geliştirilmesi konularında girişimlerin yapılması önerilmiştir.

S07
EDİRNE MERKEZ İLÇEDE EV ORTAMINDA YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

EBRU SARI[1], İLKNUR DİNDAR[2], GALİP EKUKLU[3]

1. BOZOK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
2. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK A.B.D.
3. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.B.D.

Amaç: Teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları ve sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı tüm dünyada giderek artmakta ve tüm toplumların giderek yaşlanması, yaşlı bakımını önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme getirmektedir (Diker ve ark 2001,Faison ve ark 1999). Toplumlarda nüfus yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinmesi artmakta, özellikle bedensel ve ruhsal hastalıklar, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir (Çuhadar ve ark 2006,Kılıçoğlu ve ark 2005). Bu nedenle bu araştırma, Edirne Merkez İlçedeki 19 Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan, ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Gereç-Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Edirne Merkez İlçedeki 19 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü 13057 kişi oluşturmaktadır. Bu evrenden evren oranı % 50 kabul edilerek % 95 güven düzeyinde 1312 kişilik örnek seçildi. Örnekleme işlemi Aile Sağlığı Merkezlerine ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemiyle rasgele sayılar tablosu kullanılarak yapıldı ve çalışmaya araştırmaya katılmayı kabul edenler alındı. Verilerin toplanmasında, araştırmacılarca geliştirilen bilgi toplama formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Çalışmanın verileri SPSS paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 1312 yaşlının % 55.4'ünün kadın, % 77.9'unun 65-74 yaş grubunda, % 48'inin ilkokul mezunu ve % 37.3'ünün sosyoekonomik durumunun orta olduğu, % 80.3'ünün tanı konulmuş kronik bir hastalığının olduğu, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin % 75.5'inin hipertansiyonu olduğu, % 2.4'ünün herhangi bir özürünün olduğu, özürü olan yaşlı bireylerin % 45.1'inin yürüyemediği, % 50.2'sinin yardımcı bir aygıt kullandığı ve yardımcı aygıt olarak gözlüğün % 77.5'lik bir oranla ilk sırada yer aldığı bulundu. Yaşlı bireylerde erkeklerin, eğitim düzeyi yüksek ve sosyoekonomik durumu iyi olanların, kronik bir rahatsızlığı ve özürü olmayanların SF-36 Ölçeği puan ortalamarı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 1). Araştırma grubundaki yaşlıların SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon alt grubu 22.6 ± 6.9 puan ile en yüksek ortalamaya sahipken, rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubu 5.3 ± 1.4 puan ile en düşük ortalamaya sahip olduğu görüldü.

SONUÇ: Erkek, eğitimli, sosyoekonomik durumu iyi olan ve herhangi bir kronik hastalığı ve özürü olmayan yaşlılarda yaşam kalitesi daha yüksekti. Bu nedenlerle, kadınlara üreme çağından itibaren eğitimler verilmesi, herhangi bir kronik hastalığı ve özürü olan yaşlıların daha yakın takibe alınması ve yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili daha çok saha çalışması yapılması önerilmektedir.

Tablo 1: Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=1312)

ÖZELLİKLER	SF-36 Ölçeği Alt Grupları							
	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Vitalite (Enerji)	Rol Kısıtlılığı (Emosyonel)	Rol Kısıtlılığı (Fiziksel)	Mental Sağlık	Genel Sağlık Anlayışı
	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS
CİNSİYET								
Kadın (n=727)	22.2±7.0	9.0±1.8	10.5±2.3	16.5±5.2	5.3±1.4	6.9±2.0	20.5±5.4	14.3±4.4
Erkek (n=585)	22.9±6.8	9.0±1.7	10.6±2.0	17.2±4.7	5.3±1.3	6.9±1.8	21.3±4.7	15.3±4.7
p	***0.039**	0.942	0.395	***0.005**	0.321	0.483	***0.011**	***0.001**
YAŞ GRUPLARI								
65-74 yaş (n=1022)	23.2±6.7	9.1±1.6	10.7±1.9	17.0±4.8	5.4±1.4	7.0±1.9	21.0±4.9	14.9±4.6
75-84 yaş (n=257)	20.8±7.3	8.7±1.9	9.9±2.5	16.0±5.4	4.9±1.4	6.5±1.9	20.0±5.5	14.0±4.3
85 yaş ve üstü (n=33)	17.7±7.1	8.4±2.5	9.2±2.9	15.3±5.7	4.6±1.5	5.9±1.9	20.2±5.9	13.1±4.8
p	****0.001**	****0.001**	****0.001**	****0.003**	****0.001**	****0.001**	****0.008**	****0.002**
EĞİTİM DURUMU								
Okur-yazar değil (n=328)	20.5±7.7	8.7±2.0	10.2±2.4	16.3±5.3	4.9±1.4	6.4±1.9	20.1±5.7	14.0±4.7
Okur-yazar (n=134)	22.4±6.8	9.0±1.8	10.5±2.4	15.6±4.4	5.6±2.0	7.0±1.6	20.0±4.6	13.7±4.1
İlkokul bitirmiş	23.2±6.7	9.1±1.5	10.6±2.0	17.3±4.7	5.3±1.2	7.0±2.0	21.4±4.9	15.2±4.6
(n=630)	24.1±5.7	9.0±1.8	10.9±1.7	18.0±6.9	5.5±1.1	7.2±1.6	21.3±5.3	15.4±4.5
Ortaokul bitirmiş (n=91)	23.9±6.4	9.2±1.6	11.0±1.9	15.7±4.0	5.5±1.0	7.0±1.6	20.4±4.3	14.3±3.9
Lise bitirmiş (n=79)	24.0±6.1	9.3±1.7	11.0±1.8	16.7±4.6	5.7±0.8	7.4±1.4	20.9±4.6	15.2±4.6
Yüksek öğrenimli (n=50)	****0.001**	****0.033**	****0.002**	****0.001**	****0.001**	****0.001**	****0.004**	****0.001**
p								
SOSYOEKONOMİK DURUM	23.8±6.6	9.5±1.2	11.3±1.6	16.4±4.5	5.7±0.9	7.4±1.4	20.8±4.9	14.4±4.4
İyi (n=344)	21.0±7.2	8.7±1.9	10.2±2.3	16.7±5.2	5.1±1.6	6.7±2.3	20.9±5.2	15.0±4.6
Orta (n=490)	23.2±6.7	9.0±1.8	10.3±2.3	17.2±5.0	5.2±1.3	6.8±1.8	20.8±5.2	14.7±4.7
Kötü (n=478)	****0.001**	****0.001**	****0.001**	0.067	****0.001**	****0.001**	0.796	0.118
p								
KRONİK HASTALIK DURUMU	21.7±7.0	8.9±1.8	10.5±2.2	16.2±4.9	5.3±1.4	6.8±1.8	20.2±4.9	13.9±4.1
Var (n=1054)	25.9±5.2	9.2±1.6	10.8±1.9	19.3±4.6	5.5±1.0	7.5±2.3	23.5±5.0	17.9±4.9
Yok (n=258)	**0.001**	**0.017**	**0.018**	**0.001**	**0.035**	**0.001**	**0.001**	**0.001**
p								
ÖZÜR DURUMU								
Var (n=31)	15.3±7.6	6.8±3.2	7.7±3.8	12.6±6.9	4.2±1.4	5.5±1.9	16.5±8.0	11.0±4.6
Yok (n=1281)	22.7±6.8	9.0±1.6	10.6±2.0	16.9±4.9	5.3±1.4	6.9±1.9	20.9±4.9	14.8±4.6
p	**0.001**	**0.001**	**0.002**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**

*Bağımsız gruplarda t testi.

**ANOVA.

Kaynaklar

1. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatr Derg 2001;2(2):79-86.
2. Faison KJ, Faria SH, Frank D. Caregivers of chronically Ill elderly: Perceived burden. J Commun Health Nurs 1999;16(4):243-53.
3. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatr Derg 2006;7:232-9.
4. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam 2005;18(4):187-95.

S08
GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA AŞIRI AKTİF MESANENİN ANTİMUSKARİNİK AJANLARLA TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE KOGNİTİF FONKSİYONLARA ETKİSİ

ECE ESİN[1], ALİ ERGEN[2], MUSTAFA CANKURTARAN[1], BURCU BALAM YAVUZ[1], MELTEM HALİL[1], ZEKERİYA ÜLGER[1], YUSUF YEŞİL[1], MEHMET EMİN KUYUMCU[1], MÜNEVVER ÖZCAN[1], EYLEM CANKURTARAN[3], SERVET ARIOĞUL[1]

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD GERİATRİ BİLİM DALI
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ AD
3. AHMET ANDİÇEN ONKOLOJİ HASTANESİ, PSİKİYATRİ BÖLÜMÜ

Giriş: Geriatrik yaş grubunda aşırı aktif mesane (AAM) ve kognitif disfonksiyon görülme sıklığı artmaktadır. AAM tedavi edilirken, tedavide sıklıkla kullanılan antimuskarinik ajanların kognitif fonksiyonları bozabileceği, demansın progresyonunu hızlandırabileceği, demansı olmayanlarda da kognitif disfonksiyon yaratabileceği endişesi oluşmaktadır. Bu çalışmanın amacı AAM tedavisinde antimuskarinik ajanların kullanımının kognitif fonksiyonlara ve diğer kapsamlı geriatrik değerlendirme testlerine etkisinin incelenmesi, ilaçların etkinliğinin ve yaşam kalitesine etkisinin test edilmesidir.

Metod: 2010–2011 yılları arasında 216 hasta takibe alınmış, bunların 168'i takip dönemini tamamlamıştır. Tüm hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme dahilinde GYA, EGYA, MMSE ve Geriatrik depresyon skalası uygulanmış, yaşam kalitesi ölçekleri olan UDI–6 ve IIQ–7 yapılmıştır. Hastalar yaşam tarzı değişiklikler, darifenasin, oksibutinin, tolteradin ve trospium grubu olmak üzere 5 grupta incelenmiştir. Başlangıçta yapılan testler tedavinin 2., 3. ve 6. ayında bu testler tekrarlanmıştır. İstatistikler SPSS15.0 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 73,5±6,1 idi, %92,3' kadındı, medyan takip süresi 2 ay (min-maks:2-9) idi. Hastaların ilaçlara göre dağılımı oksibutinin %25,8; darifenasin %29,8; tolterodin %12,5; trospiyum %15,5 idi; %16,7'lik hasta grubu ise yaşam tarzı değişiklikleri ve egzersiz uygulamıştı. Çalışma sonucunda %83,3 vakanın tedaviden fayda gördüğünü belirtti, takip süresince %37,1'i ilacını bıraktığı, ilacı bırakmanın en sık sebebinin yan etkiler olduğu, yan etkiye bağlı ilaç bırakmanın en fazla oksibutinin ile (%58.1'i) olduğu tespit edildi. En sık görülen yan etkiler kabızlık ve ağız kuruluğu idi. Tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmelerinde MMSE test skorlarında bir bozulma olmadığı tespit edilirken Geriatrik depresyon skalasında, GYA skalasında ve yaşam kalitesi ölçeklerinde anlamlı bir düzelme olduğu tespit edildi. Demanslı bireylerde de MMSE skorlarında anlamı bir azalma saptanmadı.

Sonuç: Yaşlılarda AAm tedavisinde antimuskarinik ajanların kullanımının kognitif testleri olumsuz yönde etkilemediği, depresyon ve yaşam kalitesi ölçeklerinde de anlamlı olumlu sonuçlarının olduğu tespit edildi.

S09
"EDMONTON KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ - TR' NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

AYGÖR ESKİİZMİRLİ, H.[1], FADILOĞLU, Ç.[2], AYKAR SENUZUN, F.[2], AKÇİÇEK, F.[3]

4. EGE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, BORNOVA /İZMİR
5. EGE ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, BORNOVA /İZMİR
6. EGE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, GERİATRİ BD, BORNOVA /İZMİR

Amaç: Bu araştırma yaşlı bireylerin kırılganlığını belirlemek için Rolfson ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilen "**Edmonton Frail Scale** – Edmonton Kırılganlık Ölçeği"nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacı ile metodolojik ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini 01 Eylül 2011-01 Nisan 2012 tarihleri arasında İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi Dinç Yaşlı Konutlarında yaşayan araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri 130 yaşlı birey oluşturmuştur

Bulgular: Ölçeğin geçerlilik çalışmalarında ilk olarak dil geçerliliği çalışmaları yürütülmüş ve uzman görüşleri alınmış ve uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçeğin madde sayısı, Türkçe formunun geçerlilik sonuçlarına göre madde çıkarılmasına gidilmemiş ve Kendall W analizi sonucu uzmanların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ve uzmanların puanlarının uyumlu olduğunu saptanmıştır (Kendall W=0.147, p= 0.549). Ölçeğin güvenirlik çalışmalarında; ilk olarak ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için test-retest uygulaması 2-3 hafta sonrasında 30 kişiye tekrar uygulanmış ve kappa uyum analizi sonuçları (Kappa (κ)= Min: 0.828, Max: 1.000) ile hesaplanmış ve ölçeğin zamana karşı değişmezlik özelliği yüksek bulunmuştur. Yapılan "madde analizi" sonucunda ölçekteki maddelerin madde toplam korelasyon katsayısı 0.12-0.65 arasında saptanmış ve 6. maddenin toplam madde korelasyonu 0.20'nin altında bulunmuştur. Bu madde yaşlının kullandığı ilaç sayısının miktarını sorguladığı ve kırılganlığın tespitinde kullanılan ilaç sayısı önemli olduğu için ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını test etmek için Cronbach Alpha katsayısı belirlenmiştir. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach alpha değeri 0.75'dir. Ölçeğin toplam puan ortalaması ve standart sapması 5.88 ± 3.8'dir. Edmonton Kırılganlık Ölçeği puan ortalamalarının yaş, medeni durum, yaşlılık algısı, komorbidite, ilaç sayısı, düşme sıklığı, yaşam kalitesi, hastanede kalma süresi gibi değişkenlerle ilişkisi değerlendirildiğinde, literatür ile paralel sonuçlar gösterip, ölçeğin yapı geçerliğine kanıt oluşturmuştur.

Sonuç: "**Edmonton Frail Scale** – Edmonton Kırılganlık Ölçeği"nin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre ölçeğin yaşlı bireylerin kırılganlığının belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: yaşlı, kırılganlık, geçerlik, güvenirlik, edmonton kırılganlık ölçeği

S10
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK VE TANISAL ÖZELLİKLERİ

HAKAN YAVUZER[1], SERAP YAVUZER[2], ALPER DÖVENTAŞ[1], MAHİR CENGİZ[3], SERAP YADİGAR[2], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[1], TANJU BEĞER[1]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD,GERİATRİ BD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.
3. ŞARKIŞLA DEVLET HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI

Amaç: Geriatri polikliniğinden takipli hastaların, demografik özelliklerini ve kronik hastalıklarının dağılımını incelemek.

Yöntem: Ocak 1999 ile Ocak 2013 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Polikliniğine ayaktan başvuran hastaların dosyaları geriye dönük olarak araştırıldı. Yıllık yeni başvuru sayısı, ilk başvuru sırasındaki yaş, cinsiyet dağılımı ve takipler sırasındaki kronik hastalıkları incelendi. Kronik hastalıkların birliktelikleri ve yaş grupları ile ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: 2548 hastanın, takipsiz olan 121'i dışlanarak 2427 hasta dosyası incelemeye alındı. Yıllık yeni başvuru sayısı ortalama 173,4±37 tespit edildi (minimum 109, maksimum 259). Hastaların 1758'i (% 72,4) kadın, 669'u (% 27,6) erkekti. Tüm hastaların yaş ortalaması 71±9 idi (minimum 48, maksimum 103). Kadınların yaş ortalaması 70,5±9,2, erkeklerin yaş ortalaması 72,5±8,6 saptandı. Hastaların yaş gruplarına göre 688'i 65 yaş altı (% 28,3), 938'i 65-74 yaş arası (% 38,6), 658'i 75-84 yaş arası (% 27,1), 143'ü 85 yaş ve üzeriydi (% 5,8). Hastaların çoğu 65-74 yaş grubuydu. Yıllara göre giderek yaş ortalaması ve başvuru sayısı artmakta idi (p<0,0001).

Takiplerde hiç kronik hastalığı olmayan 159 (% 6,6) hasta mevcuttu. Hastalardan 448'inin (%18,5) bir, 698'inin (%28,8) iki, 604'ünün (%24,9) üç, 306'sının (%14,8) dört, 158'inin (%6,4) beş ve üzeri kronik hastalığı mevcuttu. Ortalama kronik hastalık sayısı 2,4±1,3'tü.

Hastaların 1554'ünde (% 64) hipertansiyon, 725'inde (% 30) osteoporoz, 632'sinde (% 26) diyabetes mellitus, 571'inde (% 23,5) hiperlipidemi ve 329'unda (%13,6) tiroid hastalığı (%8 hipotiroidi, %3,7 multinodüler guatr, %1,5 hipertiroidi) tespit edildi. 252 (%10,4) iskemik kalp hastalığı, 239 (%9,8) akciğer hastalığı (%5,6 KOAH, %3,2 astım, % 0,9 geçirilmiş tüberküloz), 224 (%9,3) depresyon, 184 (%7,6) demans, 142 (%5,9)

benign prostat hiperplazisi, 120 (%4,9) geçirilmiş serebrovasküler hastalık, 114 (%4,7) kalp yetersizliği, 111 (%4,6) malignite (%1,2 meme, %0,6 prostat, %0,6 GİS), 90 (% 3,7) karaciğer hastalığı (% 0,8 kronik hepatit C, % 0,5 kronik hepatit B), 81 (% 3,3) katarakt, 60 (% 2,5) romatizmal hastalık(%1 romatoid artrit,%0,5 gut), 57 (% 2,3) Parkinson Hastalığı, 50 (% 2,1) glokom, 47 (% 1,9) kronik böbrek yetersizliği ve 37 (%1,5) idrar inkontinansı dökümante edildi..

Kronik hastalıkların birlikteliklerine bakıldığında hipertansiyon (HT) ile diyabetes mellitus (DM), hiperlipidemi (HL) ve kronik böbrek yetersizliği (KBY) arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla r= 0,17, p<0,001; r= 0,11, p<0,001; r= 0,04, p= 0,04). Yine DM ile HL, iskemik kalp hastalığı (İKH) ve kalp yetersizliği (KY) arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla r= 0,05, p=0,004; r=0,07, p<0,001; r=0,04, p=0,02). Diyabetes mellitus ile osteoporoz arasında ise ters yönde anlamlı ilişki saptandı (r= - 0,08, p<0,001).

Sonuç: Geriatri poliniğine başvuran yaşlı hasta sayısı ve yaş ortalaması, her geçen gün daha da artmaktadır. Bu hastaların çoğu ileri yaş grubu kadınlar olup, önemli bir kısmının dört ve daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde hipertansiyon, ilk sırada yer almakta; HT-DM, HT-HL, HT-KBY, DM-HL, İKH-KY gibi kronik hastalık birlikteliklerleri ön plana çıkmaktadır. Bu bulgular da giderek yaşlanan ve kronik hastalıkları artan toplumumuz için geriatri poliklinik hizmetinin önemini vurgulamaktadır.

S11
DARÜŞŞAFAKA REZİDANS HUZUREVİNDE KALAN 65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE KATILIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ATİLLA ÖZTÜRKERİ[1], DUYGU ILGIN[2], GÜLSELİ ÜNER[1], AYDAN BİLGİN[1], TURAN GÜNDÜZ[2], M. EMİN LİMONCU[2]

1. DARÜŞŞAFAKA CEMİYETİ URLA REZİDANSI
2. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MYO, MANİSA

Amaç: Günümüzde fiziksel aktivite katılımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi 65 yaş üstü bireylerde sağlık kalitesinin korunması ve sürdürülmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda Darüşşafaka Rezidans huzurevi ortamında yaşayan 65 yaş üstü bireylerde düzenli fiziksel aktivite katılımını etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Darüşşafaka Rezidans **H**uzurevi ortamında yaşayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 65 bireye yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, vücut kütle indeksi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanma alışkanlığı kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı bilgilerini içeren anket formu uygulandı. Ayrıca fiziksel aktivite alışkanlıkları Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu'na göre değerlendirildi. Düzenli fiziksel aktivite katılımını engelleyen nedenler ve şiddetleri görsel analog skala kullanılarak (ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi) sorgulandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 15.0 programı ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak p<0.05 düzeyi kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 65 kişinin ortalama 2.31±1.56 yıldır huzurevinde yaşadıkları ve yaş ortalamalarının 77.94±8.14 olduğu bulundu. Bireylerin %42'sinin düzenli fiziksel aktiviteye katıldığı belirlendi. En sık yapılan fiziksel aktivitenin ise %37.7 oranında yürüme aktivitesi olduğu görüldü. Bireyler düzenli fiziksel aktivite katılımına engel olarak %25 oranında ağrı şikayetini belirtmişlerdir (en sık diz bölgesi %30.4). Düzenli fiziksel aktivite katılımı ile sosyo-demografik özellikler ve kronik hastalık varlığı arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak fiziksel aktivite değerlendirme skalasına ait yürüme skoru ile istirahat ve aktivite sırasında algılanan ağrı şiddetleri (r= -0.35, p= 0.004; r= -0.37, p= 0.002) ve yürüme skoru ve oturma skoru ile aktivite sırasında algılanan dispne şiddeti arasında (r= -0.25, p= 0.048; r= 0.26, p= 0.034) korelasyonlar olduğu görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak, Darüşşafaka Rezidans huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylerde aktif yaşlanma sürecinin en önemli belirleyicilerinden biri olan düzenli fiziksel aktivite katılımının bireyin algıladığı ağrı ve nefes darlığı gibi şikayetlerinden de etkilenebileceğini düşündürmektedir. Aktif yaşlanma süreci ile ilgili olarak fiziksel aktivite düzeyine yönelik olarak planlanacak multidispliner her türlü yaklaşımda bu konu göz önüne alınmalıdır.

S12
TÜRKİYE HUZUREVLERİ VE BAKIMEVLERİ SARKOPENİ TARAMA PROJESİ (THN-SARKOPENİ)

MELTEM HALİL[1], ZEKERİYA ÜLGER[2], MURAT VARLI[3], ALPER DÖVENTAŞ[4], GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK[5], MEHMET EMİN KUYUMCU[1], BURCU BALAM YAVUZ[1], YUSUF YEŞİL[1], FATİH TUFAN[5], MUSTAFA CANKURTARAN[1], BÜLENT SAKA[5], SEVNAZ ŞAHİN[6], ASLI ÇURGUNLU[7], NİL TEKİN[8], FEHMİ AKÇİÇEK[6], MEHMET AKİF KARAN[5], TESLİME ATLI[3], TANJU BEĞER[4], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[4], SERVET ARIOĞUL[1]

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
2. GAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
3. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
4. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
5. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
6. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
7. İSTANBUL BILIM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABILIM DALI, GERIATRI ÜNİTESİ
8. NARLIDERE HUZUREVİ

Giriş: Sarkopeni ve sarkopenik obezite (SO) fiziksel bağımlılık, kötü yaşam kalitesi, metabolik hastalıklar ve ölümle ilişkili geriatrik sendromlardandır. Altın standart bir tanı yöntemleri şu an için yoktur. Bu çalışmanın amacı ülkemizdeki bakım ve huzurevlerinde sarkopeni ve SO prevelansının belirlenmesi ve tanıda kullanılan bazı testlerdeki bölgesel farklılıkların saptanmasıdır.

Materyal-Metod: Bu kesitsel çalışmaya Ankara'dan 6, İstanbul'dan 4 ve İzmir'den 4 olmak üzere 14 bakım ve huzurevinden toplam 711 yaşlı hasta alındı. Sarkopeni tanısı el sıkma kuvvet ölçümü ve vücut kitle indeksine (VKİ) göre belirlenmiş CHS kriterlerine göre kondu. Bu kriterlere göre sarkopenik olup VKİ ≥ 30.0 kg/m2 olan hastalar SO kabul edildi.

Sonuçlar : El sıkma kuvveti ölçümüne göre değerlendirilen hastaların 483'ü (%67.9) sarkopenik (%72 erkek, %63.8 kadın), 228'i sarkopenik değildi. MNA uzun formuna göre sarkopenik hastaların %32.6'sında, MNA kısa formuna göre ise %41.6'sında beslenme yetersizliği tespit edildi.

SO prevelansı %21.9 (%13.7 erkek, %30.2 kadın) saptandı. Sarkopenik hastaların 163'ünün (%33.7) aşırı kilolu, 156'sının (%32.3) obez olduğu saptandı.

Baldır çevresine göre hastaların %21.2'sinin sarkopenik olduğu saptandı. El sıkma kuvvet ölçümüne göre sarkopenik çıkan hastaların %82.5'inin sarkopenik olmadığı görüldü. ROC analizinde 35 cm'in %46.70 sensitivite, %64.81 spesifite, %74.10 pozitif prediktif değer ve %35.50 negatif prediktif değer ile en optimal değer olduğu görüldü.

Tartışma: Sarkopeni ve SO özellikle huzur ve bakımevlerinde yaşlılarda sık görülen geriatrik sendromlardır. Bilgilerimize göre bu çalışma huzurevlerinden hem erkek hem kadın katılımcıların alındığı sarkopeni ve SO prevelansının değerlendirildiği ilk çalışmadır. Sarkopenik hastaların bir çoğunun aşırı kilolu ve obez olabileceği bilinmeli ve özellikle yaşlı hastalarla uğraşan klinisyenler SO'nin farkında olmalıdırlar. Sarkopeni tanısı için kullanılan yöntemlerin bölgesel farklılıklar gösterebileceği akılda tutulmalıdır.

S13
EDİRNE MERKEZ İLÇEDE EV ORTAMINDA YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, YAŞAM KALİTELERİ, SOSYAL DESTEK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ **

SERAP ÜNSAR, İLKNUR DİNDAR, SEDA KURT

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Amaç: Son yıllarda tedavi ve bakım olanaklarının artması ile dünyada yaşlı nüfus oranında artış görülmektedir(1, 2). Ülkemizde yaşlı nüfus oranı gelişmiş ülkelere göre daha düşük olmakla beraber bu oran giderek artmaktadır(6, 7). Artan yaş ile birlikte bireylerin beslenme, hareket vb. günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, depresyon gibi ruhsal hastalıkların görülmesinde bir artış yaşanmaktadır(4, 8, 9). Ülkemizdeki ailelerin 2/3'ünün çekirdek aile yapısına dönüşmesi, yaşlı bireylerin aile içindeki konumunda farklılık yaratarak sosyal destek mekanizmalarında da değişikliğe yol açmıştır (6). Bu nedenle bu araştırma Edirne merkezde ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kaliteleri, sosyal destek ve depresyon düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, Ağustos 2009-Haziran 2012 tarihleri arasında 912 yaşlı birey üzerinde uygulandı. Veriler anket formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Geriatrik Depreyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde; ortalama, standart sapma, yüzdelik, ki-kare, varyans analizleri, Mann-Whitney testi, Bonferroni çoklu karşılaştırma analizi, Spearman korelasyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Statistica 7.0 (Lisans no: 31N6YUCV38) paket programı kullanıldı (3,5,7,10).

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 68.05 ± 6.6, %55.8'i kadın, %70.6'sı evli, %92.9'unun sosyal güvencesi vardı. Yaşlı kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük, depresyon düzeyleri daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). Eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi, aile ilişkileri, hastaneye yatma, sağlık problemi, düzenli ilaç kullanma durumlarının yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivitesi, sosyal destek ve depresyon düzeylerini anlamlı olarak etkilediği bulundu ($p < 0.05$). Yaşam kalitesi yüksek olan yaşlı bireylerde sosyal destek ve günlük yaşam aktivitesi düzeylerinin daha yüksek, depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 1).

Sonuç: Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, sosyal destek düzeyleri ve günlük yaşam aktivitelerini iyileştirme programlarında kişisel özellikler (yaş, eğitim durumu, medeni durum vb) ve sağlığa ilişkin özellikleri (hastaneye yatma, sağlık problemi varlığı, düzenli ilaç kullanma vb) göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı bireylere verilecek geriatrik rehabilitasyon, bakım, eğitim programlarında bu özelliklerin göz önünde bulundurulması ile depresyonun önlenmesinde de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, günlük yaşam aktivesi, yaşam kalitesi, yaşlı, sosyal destek

** Bu araştırma, 2009/142 no'lu proje kapsamında Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Projeler Birimi (TÜBAP) tarafından desteklenmiştir.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Bazı Kişisel ve Sağlığa İlişkin Özellikleri İle Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kaliteleri, Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

		KATZ	**EQ5D**	**ÇASDÖ**	**GDS**
Yaş	r_s	-0.190	-0.252	-0.161	0.154
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Çocuk sayısı	r_s	-0.144	-0.153	-0.054	0.177
	p	**<0.001**	**<0.001**	0.105	**<0.001**
Eğitim durumu	r_s	0.168	0.300	0.184	-0.291
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Hastaneye yatma sayısı	r_s	-0.068	-0.214	-0.096	0.119
	p	0.070	**<0.001**	**0.010**	**0.001**
Kullandığı ilaç sayısı	r_s	-0.113	-0.318	-0.098	0.196
	p	**0.002**	**<0.001**	**0.007**	**<0.001**
Ortalama uyku süresi	r_s	-0.012	0.086	0.061	-0.104
	p	0.711	**0.009**	0.065	**0.002**
KATZ	r_s	1.00	0.431	0.214	0.345
	p	-	**< 0.001**	**< 0.001**	**< 0.001**
EQ5D	r_s	0.431	1.00	0.243	0.524
	p	**< 0.001**	-	**< 0.001**	**< 0.001**
ÇASDÖ	r_s	0.214	0.243	1.0	0.376
	p	**< 0.001**	**< 0.001**	-	**< 0.001**
GDS	r_s	0.345	0.524	0.376	1.0
	p	**< 0.001**	**< 0.001**	**< 0.001**	-

KATZ: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği EQ5D: Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği GDS:Geriatrik Depresyon Skalası ÇASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Kaynaklar

1. Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. The time trade-off method: results from a general population study. Health Econ 1996; 5(2):141-154)
2. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. York: Oxford University Press, 1997
3. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 1995; 10:45-55.
4. Eliopoulos, C., 2001. Gerontological Nursing. 5th Ed., Lippincott ,New York.
5. Ertan, T., Eker, E., Şar, V., Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 1997; 34, 62-71.
6. Karakuş A., Süzek H., Atay M.E. Muğla Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. SBE Dergisi, Güz, 2003, 11, 39-51.
7. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(2): 85-93.
8. Tabloski P.A. 2010. Gerontological Nursing. 2th Ed., Pearson, London.

9. Touhy T.A., Jett K.F. 2010. Gerontological Nursing Healthy Aging. 3th Ed., Mosby, Canada.
10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL: Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report: Journal of Psychiatric Research 1983; 12:37-49.

S14
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ

AYFER AKTAŞ
ACIBADEM ESKİŞEHİR HASTANESİ DİYABET EĞİTİM HEMŞİRESİ

Özet: Yaşlı ve çocuk ta istismar ve ihmalin sosyal, maddi, duygusal, toplumsal ve fiziksel tüm yönleriyle uygulanış biçimleri ve sonuçlanışları farklıdır(2-16).Ülkemizde Yaşlı istismar ve ihmalinin tanımlayıcı birçok çalışma olmasına (1-8-9-10) karşın istismar ve ya ihmalin yaşlılar üzerinde mevcut durumunu belirleyecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bir toplumda 65 yaş ve üzerindeki grubun genel nüfus içindeki payı %10'un üzerinde olduğunda "yaşlı toplum" ifadesi kullanılmaktadır. Sanayileşmiş ülkelerde bu değerin %12 ile %18 arasında değiştiği görülmektedir (Erdil 2001). Bu bilgiler ışığında yaşlı nüfusunun giderek arttığı toplumumuzda sağlık çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada araştırma katılımcılarının 55'i (%39,6) 26-33 yaş grubundan oluşmakta ve 83'ü (%59,7) 65 yaş ve üstü olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri arttıkça İstismar etmeyi artıran faktörlere yönelik farkındalıkları da artmaktadır.

Katılımcıların farkındalık alt boyut ortalamaları incelenmiştir ve istismarın fiziksel bulguları; orta (3,210 ± 0,595),ihmal göstergeleri; orta (3,282 ± 0,678),istismar etmeyi artıran faktörler; yüksek (4,115 ± 0,688),istismara uğrama ihtimali; yüksek (3,653 ± 0,698),davranışsal sonuçlar; orta (3,220 ± 0,642),sosyal belirtiler; yüksek (3,615 ± 0,677),yaşlı istismar ve ihmaline yönelik farkındalık genel puan ortalaması ise yüksek (3,477 ± 0,462) düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların 12'si (%19,7) yaşlı bireyle bir arada yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Yaşlı bireyle birlikte yaşama süresinin artması istismar ve ihmal farkındalık düzeyinde anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Giriş: İstismar; güven beklenen bir ilişkide daha yaşlı kişiye zarar ve sıkıntı yaratan uygunsuz hareketler, İhmal ise kişiyi temel gereksinimlerinden mahrum etmek olarak tanımlanmıştır (1).

Türkiye istatistik kurumu 2012 nüfus sayımı verilerine göre 65 yaş ve daha yukarı yaştaki nüfus oranı %7,5 ve yaşlılık döneminde bireyler mutluluk kaynaklarının %62 oranında aileleri olarak göstermişlerdir(4). Bu durum yaşlı bireylerin istismar ve ihmali dile getirmememe nedeni olarak; aileden ve yakınlarından uzaklaştırılma, aile tarafından sosyal izolasyona uğrama ve yeti yitiminin olduğu bu yaş dönemin de baş edilmesi daha zor duruma düşmekten korkmak olabilir.

2025 yılında Türkiye de 65 yaş üstü nüfus çalışma çağındaki nüfusa oranı yaşlı bağımlılık oranının %34,5 olacağı tahmin edilmektedir(5). AB ile kıyaslandığında Türkiye daha genç ve dinamik bir tablo sahipken ülkemizde mevcut yaşlı nüfusun ekonomik, kültürel ve sosyal alanlarda aktif katılımlarının yeterli olmadığı görülmektedir(5). Aktif katılımı olmayan bu yaş grubunun yaşadığı sorunlar belirlenerek önlemeye yönelik girişimlerde bulunmak için yöntemler geliştirilerek, bağımlılıkları azaltılabilir ve bağımlılıkları azaltılabilir. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı'nın da yaşam boyu eğitimlerin artırılarak yaşlı bireylerin bağımlıklarının azaltılması hedeflemiştir(12).

Amaç: Bu çalışma sağlık çalışanlarının Yaşlı istismar ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Sağlık personelinin kendini ilgilendiren yaşlı bakımına ilişkin görevlerini bilme oranının genel olarak %50 ve altında bulunduğu çalışma sonucunda(6) istismar ve ihmal sonrası sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlı bireylerin durumunu ayırt edebilme düzeyinin belirlenmesi ve yasal süreçlere yaklaşımları incelenmek konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

65 yaş ve üstü yaştaki nüfusun hane halkına oranın %13,8 (4) iken yaşlı birey sağlık kuruluşlarına başvurduğunda istismar ve ihmalin tanılanabilmesi ve tekrarının önlenmesi yönelik mevcut durum analizleri yapılarak Türkiye'de yaşlının durum haritalarının çıkarılması sağlanabilir.

İstismar veya ihmal bulgularını değerlendirilmesi amacıyla

birçok tanımlayıcı çalışma mevcuttur(6) . Bu çalışmada sağlık profesyonelleri tarafında yaşlı istismar ve ihmalinin kanıtlanabilir bulgularını bilme ve kronik hastalık kaynaklı beklenen fiziki hasarlardan ayırt edilebilme durumları ölçülmüştür. Amaç aile içi geçimsizlik olarak adlandırılan durum hakkında farkındalık sağlamak ve var olan farkındalığı aktif hale getirerek önleyici adımlarının atılması için çağrı oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerini belirlemek amaçlı demografik özellikleri belirleyici 23 çoktan seçmeli ve yaşlı istismar ve ihmalini belirtilerini 6 ana başlıkta toplayan 35 adet likert ölçekli soru anket biçiminde hazırlanmıştır. 139 sağlık çalışanının gönüllü katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116);

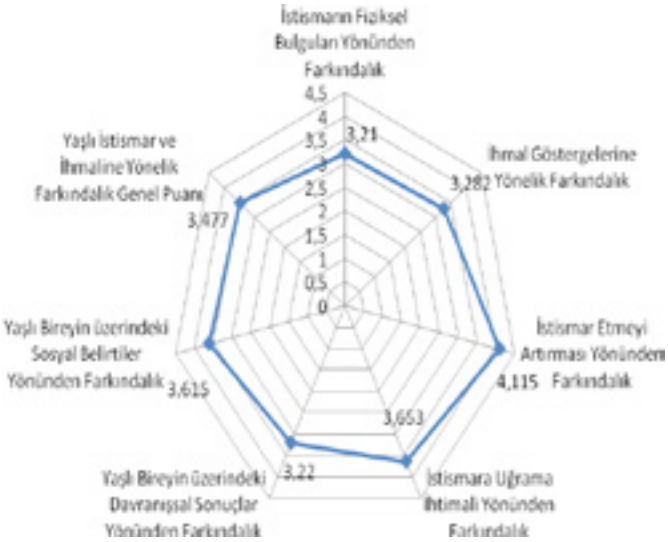
r	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık ölçeğindeki 34 maddenin genel güvenirliği α=0,908 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 1.sorusu iç tutarlılığı olumsuz etkilediğinden dolayı araştırmadan çıkarılmıştır. KMO değerinin 0,901 olarak Barlett değerinin ise 0,05 den küçük olduğu için faktör analizi yapılabilmiş ve toplam varyansı %63,17 olan 6 faktör oluşmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 61'i (%43,9) lise, 48'i (%34,5) lisans, 10'u (%7,2) yüksek lisans, 13'ü (%9,4) doktora, 7'si (%5,0) yardımcı doçent ve üstü eğitim düzeyindedirler. Katılımcılar ın 24 ü (%17,3) Att(Acil Tıp Teknisyeni), 15 i (%10,8) sağlık memuru, 8 i (%5,8) ebe, 46 i (%33,1) hemşire, 26 sı (%18,7) doktor, 20 si ise (%14,4) diğer sağlık profesyoneli şeklindedir. Demografik özellikleri 71'i (%51,1) evli, 68'i (%48,9) bekâr olarak belirlenen grubun yaşam tarzları ise 24'ü (%17,3) yalnız yaşıyorum, 101'i (%72,7) ailemle yaşıyorum, 14'ü (%10,1) diğer (lojmanda, arkadaşımla) olarak dağılmaktadır.

Araştırmanın sonuç ortalamaları incelendiğinde, istismarın fiziksel bulguları (3,210 ± 0,595), ihmal göstergeleri (3,282 ± 0,678), yaşlı bireyin üzerindeki davranışsal sonuçlar (3,220 ± 0,642) , yönünden farkındalık" alt boyutunun ortalamasının orta düzeyde; istismar etmeyi artıran faktörler (4,115 ± 0,688) , istismara uğrama ihtimali (3,653 ± 0,698) , istismarın sosyal belirtileri (3,615 ± 0,677), yönünden farkındalık alt boyutunun ortalaması ise yüksek düzey bulunmuştur. Yaşlı istismar ve ihmaline yönelik farkındalık genel puanı" alt boyutunun ortalamasının yüksek (3,477 ± 0,462) düzeyde olduğu görülmektedir.



Şekil 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Ortalamaları

Sağlık çalışanlarının istismarın bulgularına yönelik farkındalık genel puan ortalamalarının cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek, çalıştığı birim, çalışma süresi, yaşam tarzı, yaşlı bireyle evde birlikte yaşama süresi, ailede yaşlı birey olması değişkenlerine göre Mann Whitney-U testiyle grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) . Fakat katı-

Tablo 1. Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Madde	Faktör Yükü	Varyans	Cronbach's Alpha
Yaşlı Birey İstismarının Fiziksel Bulguları Yönünden Farkındalık	Varolan kırıklar ve burkulmalar yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,838	15,29	0,819
	İç kanama yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,788		
	Eski iyileşmiş kırık izleri yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,784		
	Karın bölgesinde gerginlik ve şişlik yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,697		
	Kasılmalar yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,587		
	Vaginal yaralar, çürükler, enfeksiyonlar yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,585		
	Morluk, çizik, çürükler, ezilme, iyileşmiş yara izleri yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,541		
	İp ve halat izleri yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,468		
Yaşlı Bireyin İhmalini Gösteren Faktörler Yönelik Farkındalık	İdrar yolu enfeksiyonu yaşlı bireyin ihmal edildiğini gösterir	0,778	13,327	0,836
	Dehidratasyon derinin turgoru ve tonüsünde zayıflık yaşlı bireyin ihmal edildiğini gösterir	0,764		
	Deri bütünlüğünün bozulmuş olması yaşlı bireyin ihmal edildiğini gösterir	0,755		
	Barsak peristaltizminde bozulmalar yaşlı bireyin istismara uğradığını gösteri	0,724		
	Hareket kısıtlılığı yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,701		
	Kötü hijyen uygunsuz ve yetersiz giyim yaşlı bireyin ihmal edildiğini gösterir	0,661		
	Yatağa bağımlı olanlarda dekübütüs ülserleri yaşlı bireyin istismara uğradığını gösterir	0,642		
	Gerekli olmasına karşın gözlük, takma diş işitme cihazı gibi cihazların olmaması yaşlı bireyin ihmal edildiğini gösterir	0,405		
Yaşlı Bireyi İstismar Etmeyi Artıran Faktörler Yönünden Farkındalık	Bakımla yükümlü kişinin parasal ve tıbbi problemleri, evlilik çatışması, işsizlik gibi dış stresörleri yaşlıyı istismar etme riskini arttırır	0,879	11,561	0,885
	Bakımla yükümlü kişinin kişilik problemleri (düşük benlik saygısı, düşünce ve davranışlarının kontrol edememe) yaşlıyı istismar etme riskini arttırır	0,839		
	Bakımla yükümlü kişinin madde bağımlısı olması yaşlıyı istismar etme riskini arttırır	0,817		
	Bakımla yükümlü kişinin şiddet ve istismarı çözüm olarak algılaması yaşlıyı istismar etme riskini arttırır	0,770		
	Bakımla yükümlü kişinin üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması kişilerin yaşlıyı istismar etme riskini arttırır	0,766		
	Bakımla yükümlü kişinin bakım verdiği kişiyle zıt karakterde olması ve kırgın roller üstlenmesi yaşlıyı istismar etme riskini arttırır	0,741		
Yaşlı Bireyin İstismara Uğrama İhtimali Yönünden Farkındalık	İleri yaşlarda olmak (70-75 ve üzeri) istismara uğrama ihtimalini artırır	0,775	9,718	0,788
	Yaşlı bireyin dul veya boşanmış olması istismara uğram; ihtimalini artırır	0,769		
	Yaşlı bireyin mental yetersizliğinin ve özürlülüğün olma s istismara uğrama ihtimalini artırır	0,677		
	Kalabalık aile ortamı, statü ve güç kaybı yaşlı bireyin istismara uğrama ihtimalini artırır	0,583		
	Yaşlı bireyin cazip maddi kaynağının olması istismara uğrama ihtimalini artırır	0,545		
Yaşlı Bireyin üzerindeki Davranışsal Sonuçlar Yönünden Farkındalık	Yaşlı bireyin zayıf göz teması istismara uğradığını gösterir	0,826	7,7	0,792
	Yaşlı bireyin konuşurken bakım veren kişiyi dikkatlice izlemesi istismara uğradığını gösterir	0,754		
	Yaşlı bireyin konfüzyonlarının olması istismara uğradığını gösterir	0,733		
	Yaşlı bireyin konuşmasında bozulma istismara uğradığını gösterir	0,712		
	Yaşlı bireyin endişe, korku ve çekingenlik göstermesi istismara uğradığını gösterir	0,663		
Yaşlı Birey İstismarının Sosyal Belirtileri Yönünden Farkındalık	Bakım veren kışı/kişiler dışında eve ziyaretçi alınmaması yaşlı bireyin sosyal olarak izole edildiğini gösterir	0,867	5,578	0,768
	Yaşlı bireyin arkadaş veya akraba ziyaret aralıklarının çok uzun olması sosyal olarak izole edildiğini gösterir	0,837		
Toplam Varyans: % 63,174				

lımcıların çalışma süresi artıkça istismar ve ihmalinin yaşlı bireyin üzerindeki sosyal belirtiler yönünden farkındalık puan ortalamaları da artmaktadır. 9 yıl ve ustu deneyim (3,829 ± 0,776), 6-8 yıl (3,420 ± 0,472) ve 0-2 yıl (3,524 ± 0,661) dan yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur. Yaşlı istismar ve ihmaline yönelik farkındalık genel puan alt boyutunun ortalamasının yüksek (3,477 ± 0,462) düzeydedir.

Katılımcıların İstismar ve İhmalinin 103'ü (%74,1) kadınlarda, 17'si (%12,2) erkeklerde, 19'u ise (%13,7) her ikisi cinste eşit görüldüğünü belirtmiş olasına karşın istismar ve ihmale yönelik farkındalık düzeyleri Kruskal Wallis H-Testine göre katılımcıların cinsiyetiyle anlamlı ilişkisi yoktur (p>0.05).

İstismar etmeyi artıran faktörler in farkındalık puan ortalamaları eğitim düzeyi ile orantılı olarak artmasına (yüksek lisans =4,483 ± 0,487, lisans =4,288 ± 0,507, lise = 3,872 ± 0,787) ; karşın eğitim düzeyi farkındalık genel puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Katılımcıların 51'i (%36,7) 18-25 yaş, 55'i (%39,6) 26-33 yaş aralığındadır ve yaşlı birey yaş sınırını 83'ü (%59,7) 65 yaş ve üstü, 31'i (%22,3) 70 yaş ve üstü, şeklinde yanıtlamışlardır.

Farkındalık genel puan ortalamaları sırasıyla NICU(Neonatal Intensive Care Unit) (3,812 ± 0,275), poliklinik (3,570 ± 0,557) , GYBÜ(Genel Yoğun Bakım Ünitesi)-KVCYB(Kardio Vasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi) (3,396 ± 0,511) , onkoloji (3,427 ± 0,292) , yatan hasta katı (3,343 ± 0,364) ve acil servis (3,037 ± 0,359) ten yüksek bulunmuştur. (KW=19,715; p=0,006<0.05)

İstismarın fiziksel bulguları yönelik farkındalık arttıkça; ihmal göstergeleri (r=0.375; p=0,000<0.05) , istismar etmeyi artıran faktörler (r=0.403; p=0,000<0.05) , istismara uğrama ihtimali (r=0.286; p=0,001<0.05) , davranışsal sonuçlar (r=0.535; p=0,000<0.05) , istismarın sosyal belirtileri (r=0.468; p=0,000<0.05) yönünden farkındalık düzeyi de artmaktadır.

İhmal göstergelerine yönelik farkındalık arttıkça; istismar etmeyi artıran faktörler (r=0.189; p=0,026<0.05) ve davranışsal sonuçlar (r=0.526; p=0,000<0.05) , yönünden farkındalık da artmaktadır.

Farkındalık genel puanı arttıkça; yaşlı bireyin üzerindeki davranışsal sonuçlar (r=0.757; p=0,000<0.05) ,fiziksel bulgular (r=0.726; p=0,000<0.05) , istismar etmeyi artıran faktörler (r=0.639; p=0,000<0.05) ,istismarın sosyal belirtileri (r=0.618; p=0,000<0.05) ve istismara uğrama ihtimali yönünden (r=0.593; p=0,000<0.05) , farkındalık düzeyleri de artmaktadır.

Sonuç ve Tartışma: 1998 yılında, Milli Eğitim Sağlık Eğitim Vakfı ve Türk Alman Sağlık Vakfı işbirliği ile geliştirilen yaşlı bakım elemanı eğitimi projesiyle 4 yıllık pilot çalışma başlatılmış(11–1), İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Geriatri ve Gerontoloji alanlarında uzmanlık eğitiminin tüm üniversite ve devlet hastanelerinde multidisipliner olarak yaygınlaştırılması ve Geriatrist sayısının artırılması amaçlanmıştır (7).

Katılımcıların çalışma süresi artıkça istismar ve ihmalinin sosyal belirtileri yönünden farkındalıkları artmış (9 yıl ve ustu deneyim (3,829 ± 0,776), 6–8 yıl (3,420 ± 0,472) ve 0–2 yıl (3,524 ± 0,661)) ; fakat meslek gruplarına göre anlamlı bulunmamıştır. Katılımcıların 55'i (%39,6) 26–33 yaş grubundan oluşmakta ve 83'ü (%59,7) 65 yaş ve üstünü yaşlı olarak sınıflandırabilmiştir.

Yaşlı bakım yükünü bilmekle ilişkilendirilebilir.

Eğitim düzeyleri yaşlı istismar ve ihmal belirtilerini bilme açısından farkındalık oluşturmamış fakat İstismar etmeyi artıran faktörler yönünden farkındalık, eğitim düzeyi ile orantılı olarak artmıştır (yüksek lisans =4,483 ± 0,487, lisans =4,288 ± 0,507, lise = 3,872 ± 0,787). Geriatri ve Gerontoloji eğitiminin Sağlık Bilimleri eğitimlerinde daha fazla yer verilerek; sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin görevlerini (8), tanımlayıcı bulguları (6) ve hemşirelik tanılarının kullanımı (9) bilmeleri sağlanabilir.

Ülkemizde her 10 yaşlıdan 7'sinin çocukları ile ya aynı evde, binada, sokakta veya mahallede oturmayı tercih etmeleri nedeniyle toplum ve aile eğitimleriyle; bakım vericilerin yükleri azaltılabilir, yaşlı bireyin topluma geri kazanılması sağlanabilir(10-12-14). Yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmeti desteklenecek, kurumsal bakım konusunda ise huzurevlerinin sayısı ve kalitesi artırılacaktır.(15)

İstismar ve ihmalin değerlendirilebileceği protokoller oluşturularak ya risk puanlarına göre bakım vericilerin istismar ve ihmal etme yaşlının istismar ve ihmale uğrama durumu kesinleştirilerek vaka bildirimiyle yasal takip ve kontrollerin başlatılarak yaşlı birey korunabilir.

Ülkemizdeki durum haritalarıyla en çok karşılaşılan istismar ve ihmal nedenlerine yönelik alınması gereken önlemler ve çözülmesi gereken sorunlar şu şekilde olabilir:

- İstismara uğradığı tespit edilen bireyin düzenli aralıklarla yaşam ortamında sağlıklı koşullarını uyguluğu ve istis-

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		Yaşlı Birey İstismarının Fiziksel Bulguları Yönünden Farkındalık	Yaşlı Bireyin İhmalini Gösteren Faktörler Yönelik Farkındalık	Yaşlı Bireyi İstismar Etmeyi Artıran Faktörler Yönünden Farkındalık	Yaşlı Bireyin İstismara Uğrama İhtimali Yönünden Farkındalık	Yaşlı Bireyin üzerindeki Davranışsal Sonuçlar Yönünden Farkındalık	Yaşlı Birey İstismarının Sosyal Belirtileri Yönünden Farkındalık	Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Genel Puanı
Yaşlı Birey İstismarının Fiziksel Bulguları Yönünden Farkındalık	r	1,000						
	p	0,000						
Yaşlı Bireyin İhmalini Gösteren Faktörler Yönelik Farkındalık	r	0,375**	1,000					
	p	0,000	0,000					
Yaşlı Bireyi İstismar Etmeyi Artıran Faktörler Yönünden Farkındalık	r	0,403**	0,189*	1,000				
	p	0,000	0,026	0,000				
Yaşlı Bireyin İstismara Uğrama İhtimali Yönünden Farkındalık	r	0,286**	0,278**	0,379**	1,000			
	p	0,001	0,001	0,000	0,000			
Yaşlı Bireyin üzerindeki Davranışsal Sonuçlar Yönünden Farkındalık	r	0,535**	0,526**	0,366**	0,296**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Yaşlı Birey İstismarının Sosyal Belirtileri Yönünden Farkındalık	r	0,468**	0,401**	0,381**	0,264**	0,460**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	
Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Genel Puanı	r	0,726**	0,713**	0,639**	0,593**	0,757**	0,618**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0

mar veya ihmalin tekrarlayıp tekrarlamadığı her ziyarette kontrol edilmesi,

- Yaşlı bireyin bağlı bulunduğu aile hekimliği bireyin sağlık kontrollerinin yapıldığını periyodik olarak takibi,
- Bakım verilerin istismar etmeye yatkınlıkları açısından gerekirse psikolojik destek ve takipleri,
- Yaşlı birey için acil çağrı merkezi kurularak acil durumlarda sağlık veya yasal süreç ayrımı yaparak yardım alması,
- Bakım vericilerin istismar etme yatkınlıkları ve stres durumlarının dönemsel kontrol edilmesi ve psikolojik destek almaları,
- 65 yaş ve üstü tüm bireylerin finansal danışma hizmeti almalarının sağlanması ekonomik açıdan istismar edilmelerinin de önüne geçilmesini sağlayabilir.

Bu tanımlayıcı yöntemler ve önlemler huzur evi ve gündüz bakım evi gibi tüm yaşlı bakımının verildiği kuruluşlarda da uygulanmalıdır.

Yaşlı istismar ve ihmalinin çocuk istismar ve ihmal çerçevelerinde farklı olduğu bilinmeli ve önlemler belirleme süreçleri ve yasal düzenlemeler bu farklılıklar gözetilerek planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Akdemir vd (2008),Yaşlı İstismarı ve İhmali. Hacettepe Hemşirelik Dergisi ,Cilt 15, Sayı 1, Sayfa(lar) 68-75
2. Elizabeth Podnieks, (2001),Gobal Resonse Aganıst Elder Abuse Report From Canada .Who/Inpea Gobal Response Aganıst Elder Abuse .(İn English)
3. Devlet Planlama Teşkilatı Türkiye'de Yaşlının Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007
4. Tuik(Türkiye İstatistik Kurumu) İstatistiklerle Yaşlılar, Sayı:13466 Erişim:http://www.tuik.gov.tr ,20 Mart 2013
5. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma Ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu Ağustos 2011 Sayfa:7 Erişim: http://www.abgs.gov.tr
6. (WHO)World Health Organization Geneva(2002),World Report on Violence And Health Chapter 5, Abuse Of The Elderly Page:127
7. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı),2007,Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sayfa: 70 e-g Erişim: www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf
8. Gözüm ve Tan (2003), Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları. GERİATRÎ, Cilt: 6, Sayı: 1, Sayfa: 14
9. Sayan ve Durat (2004),Yaşlı İstismar ve İhmali: Önleyici Girişimler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı: 3 Cilt: 7, sayfa; 104
10. Karadeniz vd. (2009), Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı İs-

tismarına Yönelik Düşünceleri. Toplum ve Eğitim –Kültür ve Araştırma Dergisi, Yıl:11,Cilt:5,Sayı:17,Sayfa 86
11. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı),2007Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sayfa: 49 Erişim: www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf
12. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı),2007Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sayfa: 68–69 Erişim: www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf
13. Koştu (2005),Yaşlı istismar ve İhmalinin Önlenmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü. Özveri Dergisi,Sayı 2 (2) sayfa: 527–534
14. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı),2007Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sayfa: 11 Erişim: www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf
15. Resmî Gazete (2006).Dokuzuncu Kalkınma Planı(2007 – 2013), Sayı: 26215,Sayfa:89/625
16. SHÇDER (Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu) Genel Müdürlüğü 2010 Yılı Faaliyet Raporu 2010, Erişim: http://www.ozida.gov.tr/default20.aspx?menu=yenimevzuat&sayfa=4-27
17. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı),2007Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sayfa: 95-107 Erişim: www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf

S15
TOPLUMDA YAŞAYAN YAŞLILARDA DÜŞME VE/VEYA DÜŞME KORKUSUNU BELİRLEYEN FAKTÖRLER

GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK, İLKER BAY, TİMUR SELÇUK AKPINAR, ASLI TUFAN, CİHAN KILIÇ, AKIN BAŞKENT, SEVİLAY NADİR, RAİM İLİAZ, NİLGÜN ERTEN, MEHMET AKİF KARAN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESI, İÇ HASTALIKLARI AD, GERIATRI BD

İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

Amaç: Düşmeler, tüm yaşlarda fraktürlerin ana sebebidir. Düşmelerin engellenmesi ile osteoporotik fraktürlerin çoğu engellenebilir. Bu çalışmada, toplumda yaşayan bir grup yaşlıda düşme ve/veya düşme korkusu ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, geriatri polikliniğimize başvuran toplumda yaşayan >=60 yaş olgular dahil edildi. Yaş, cinsiyet, zamanlı kalk ve yürü testi, 4 metre olağan yürüme hızı, kronik hastalık sayısı, kronik ilaç sayısı, geriatrik sendrom sayısı, günlük yaşam aktivitesi (GYA) skorları, depresyon, demans, üriner inkontinans, fekal inkontinans, görme bozukluğu, polifarmasi, malnütrisyon, dinapeni, sarkopeni, kronik ağrı, serum 25 (OH) Vit D3 ve TSH seviyeleri, düşme ve/veya düşme korkusu üzerine etkileri açısından değerlendirildi.

Bulgular: 95 olgu çalışmaya dahil edildi. %27.4'ü erkek, %72.6'sı kadın idi. Ortalama yaş: 73.6±5.9 yıldı. Olguların %32.6'sı son 1 yılda en az 1 kez düşmüşlerdi ve %43'ünün düşme korkusu vardı. Düşme ve/veya düşme korkusu ile ilişkili faktörler ileri yaş, geriatrik sendrom saysısının fazlalığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, zamamlı kalk ve yürü test süresinin uzun olması ve 4 metre olağan yürüme hızının düşük olması idi ($p<0.05$).

Sonuç: Yaşlılar arasında, daha ileri yaşlı olanlar, geriatrik sendrom sayısı daha fazla olanlar ve GYA'dan en az bir bağımlılığı olanların düşme ve/veya düşme korkusu riski daha fazla idi. Fizik muayenede zamanlı kalk-yürü testi ve 4 metre olağan yürüme hızı testi, düşme ve/veya düşme korkusu riskini tahmin etmede yararlı idi. Çalışmamız "geriatrik sendrom sayısının, fonksiyonel durum değerlendirmesinin, zamanlı kalk-yürü testi ve 4 metre olağan yürüme hızı testinin" yaşlılardaki,osteoporotik fraktürlerin değerlendirilmesinde gerekli ve tamamlayıcı yaklaşımlar olduğunu düşündürmektedir.

S16
BİR DEVLET HASTANESİNE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

ÇİĞDEM ARSLAN

KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ, TAŞKÖPRÜ MESLEK YÜKSEKOKULU, TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ, KASTAMONU

Giriş ve Amaç: Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemiz Avrupa'nın en genç nüfusuna sahip olmakla beraber hızla yaşlanmaktadır. Yaklaşık %6 civarındaki yaşlı oranının 2030 yılında %15'e ulaşacağı

tahmin edilmektedir. Bu nüfus artışı beraberinde yaşlılıkla ilgili birçok sağlık sorununu da getirmektedir. Çoğu kronik ve uzun dönem tedavi gerektiren bu sağlık sorunları ciddi sosyal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Bu araştırmada bir devlet hastanesine başvuran yaşlı hastaların geriye dönük olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya Taşköprü Devlet Hastanesi'ne başvuran hastalar kayıt sistemlerinden yararlanılarak geriye dönük olarak incelenmiştir. 65 yaş üstündeki hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR: : Son bir yıl içerisinde toplam 140307 hasta devlet hastanesine başvurmuş olup bunların %18,9'u (n:26428) 65 yaşın üstünde idi. Tüm olguların %34 ü erkek iken yaşlıların %41'i erkek idi. Tüm hastaların ve yaşlı hastaların cinsiyetlerine göre yaş dağılımları incelendiğinde erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (her ikisi için p=0,000). Yaşlı olguların önemli bir kısmının hipertansiyon, göğüs hastalıkları, kas-iskelet sistemi problemi ve diyabet olduğu saptanmıştır.

HASTALIK GRUPLARI	#	%
Hipertansiyon	5410	20,47
Göğüs Hastalıkları	3530	13,36
Romatolojik Hastalıklar	2556	9,67
Diyabet	2484	9,40
Üro-jinekolojik Hastalıklar	2222	8,41
Kalp Hastalıkları	1284	4,86
Gastrointestinal Hastalıklar	1192	4,51
Dermatolojik Hastalıklar	848	3,21
Kanser	476	1,80
Böbrek Hastalıkları	359	1,36
Hematolojik Hastalıklar	352	1,33
Psikolojik Hastalıklar	350	1,32
Nörolojik Hastalıklar	342	1,29
Endokrin Hastalıklar	295	1,12

Sonuç ve Öneriler: Dâhiliye bölümüne başvuran hastaların yaklaşık 3'te birinin yaşlı olması ve hipertansiyon, göğüs hastalıkları, kas-iskelet sistemi problemi ve diyabet başta olmak üzere kronik hastalıkların sık olması nedeniyle burada çalışan sağlık ekibi üyelerinin yaşlı sağlığı alanında eğitimlere katılması hizmet kalitesini artıracaktır. Yaşlı sağlığı ile ilgili olarak yöre halkına bilgilendirme eğitimlerinin düzenlenmesinin yaşlı birey ve yakınlarının sağlık düzeylerini ve yaşam kalitelerini yükselteceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Hastalıklar ve Risk Faktörleri.

S17
TIPTA YAN DAL UZMANLIK SINAVLARINDA AÇILAN GERİATRİ KADRO SAYILARI: KÜÇÜK BALIĞA KÜÇÜK YEM Mİ?

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, MUSTAFA KEMAL KILIÇ, ZEKERİYA ÜLGER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Amaç: Ülkemizdeki yaşlı nüfus hızla artmaktadır ve bu artışa paralel olarak geriatri uzmanı sayısında da bir artış olmasını bekleyebiliriz. Ancak Türkiye'deki geriatri uzman sayısının yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu sayıyı arttırmak için yeni geriatri uzmanlarının yetiştirilmesi gerekmektedir. Geriatri uzmanlığı için şu an tek yol Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavlarıdır (YDUS). Bu çalışmada amacımız YDUS'ta geriatri adına açılan kadro sayılarını belirlemek ve diğer bölümlere göre karşılaştırmaktır.

Materyal ve Metod: 2007-2012 yılları arasında yapılan YDUS kılavuzlarını ve yerleştirme sonuçlarını öğrenmek amacıyla www.osym.gov.tr adresi kullanıldı. Tüm YDUS sınavı yerleştirme sonuçlarına ilişkin PDF dosyalarına bakılarak geriatri ve diğer iç hastalıkları adına açılan kadro sayıları tespit edildi. Her bir yan dal için açılan kadro sayıları ve toplam kadro sayıları incelendi.

Bulgular: Yılda iki kez olmak üzere (son iki yıl, yılda bir) toplam 9 sınav yapıldığı görüldü. İç hastalıkları adına toplam 12 yan dalda kadrolar açıldı. Her sınav için açılan ortanca kadro sayısı 198 (min-max: 128-332). En sık kadro açılan bölüm gastroenteroloji'ydi (toplam 400 kadro). Sırasıyla hematoloji (350 kadro), nefroloji (328), onkoloji (312), endokrinoloji (309), romatoloji (107), alerji (40), geriatri (32) ve diğer (24) idi. Her sınavda gastroenteroloji için açılan kadro sayısı ortancası 46 (min-max: 22-85), hematoloji için 38 (min-max: 24-58), nefroloji için 31 (min-max: 24-58), onkoloji için 38 (min-max: 13-54), endokrinoloji için 35 (min-max: 15-65), romatoloji için 11 (0-27), alerji immünoloji için 3 (min-max: 1-8) ve geriatri için 2 (min-max: 0-11) kadroydu.

Sonuç: Gelişmiş ülkelerde Geriatrist sayıları giderek artmaktadır. Örneğin; ABD'de 80 yaş ve üzeri hastalar için geriatrist oranı 1.100/1.000.000 hasta, İngiltere'de ise 400/1.000.000'dir. Ülkemizde 2013 yılında 5,1 milyon 65 yaş ve üzeri hasta ol-

duğu bilinmektedir. Buna göre ülkemizde 65 yaş ve üstü için ortalama 9/ 1.000.000 hasta geriatrist olduğu, 75 yaş ve üzeri hastalar değerlendirildiğinde bu oranın 25/1.000.000 hasta olduğu görülmektedir. Gastroenteroloji gibi Türkiye'de uzman sayısı zaten çok olan bölümlere çok kadro açılıyor olmasına rağmen geriatri gibi uzman sayısı az olan bölümlere yine az kadro verilmektedir. İhtiyaçlar iyi belirlendikten sonra uzman açığı kapatılacak şekilde uzman sayısı az olan bölümlere daha çok kadro verilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak küçük balığın biran önce büyümesi için daha fazla beslenmeye ihtiyacı vardır.

S18
BAKIMEVİNDE KALAN ERKEK YAŞLILARDA EL KAVRAMA GÜCÜ, SOLUNUM KAS GÜCÜ VE SPİROMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

GÜLİSTAN BAHAT[1], FATİH TUFAN[1], SİBEL AKIN[1], TİMUR SELÇUK AKPINAR[1], ASLI TUFAN[1], ESEN KIYAN[2], HİLAL ÖZKAYA[3], ESAD KARIŞIK[3], DEMET TEKİN[3], NURULLAH YÜCEL[3], NİLGÜN ERTEN[1], MEHMET AKİF KARAN[1]

1. İSTANBUL TIP FAKÜLTESI, İÇ HASTALIKLARI AD, GERIATRI BD
2. İSTANBUL TIP FAKÜLTESI, GÖĞÜS HASTALIKLARI AD
3. İSTANBUL BÜYÜKŞEHIR BELEDIYESI, KAYIŞDAĞI DARÜLACEZE MÜDÜRLÜĞÜ

Amaç: Yaşlılarda sarkopeni yaygın bir problemdir. Güncel rehberlerde sarkopeni tanısında kas gücü değerlendirmesi amacıyla el kavrama gücü tayini önerilmektedir. Sarkopeninin olası olumsuz sonuçları genellikle periferik kas gücü azalmasına bağlı günlük yaşam aktivitelerindeki bozulma ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte sarkopeni nedeniyle solunum kas gücü de olumsuz etkilenebilir. Solunum kas gücü, pulmoner fonksiyonları tayin eden etmenlerden biridir. Bu bağlamda, ekstremite kas gücü düşük olanların solunum kas güçleri düşük ve bu yolla pulmoner fonksiyonları daha kötü olabilir. Bu çalışmada, yaşlı erkeklerde sarkopeninin göstergesi olarak ekstremite kas gücü, solunum kas gücü ve spirometrik ölçümler arasındaki olası ilişkileri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya bir bakımevinde kalan 60 yaş üstü erkek bireyler dahil edildi. Ekstremite kas gücü ölçütü olarak dominant el kavrama gücü değerlendirildi. El kavrama gücü, hidrolik el dinamometresi ile; solunum kas gücü, maksimal inspiratuvar basıncı (MIP) ve maksimal ekspiratuvar basıncı (MEP) ölçen portatif solunum kas gücü ölçüm cihazı ile; spirometrik ölçümler (FVC, FEV1, FEV1/FVC oranı, PEF) elde taşınabilir spirometre ile tespit edildi. Özgeçmişinde akciğer kanseri ve/veya akciğer operasyonu olanlar, MMSE<24 olanlar, hasta oluru alınamayanlar ve ölçümlere koopere olamayanlar çalışmadan dışlandılar. El kavrama gücü, solunum kas gücü ve spirometrik ölçümler arasındaki olası ilişkileri ortaya koyabilmek için, tüm hastalar, el kavrama gücü, solunum kas gücü ve/veya solunum fonksiyonlarını etkileyebilecek olası diğer parametreler açısından sorgulandılar ve değerlendirildiler.

Bulgular: 104 erkek olgu çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş: 71.5 +6.3 yıl, BKİ: 26.8±5.3 kg/m2, el kavrama gücü: 29.2±6.7 kg, MIP: 60.8±25.4 cm H2O, MEP: 104.3±36.7 cm H2O idi. Dominant el kavrama gücü MEP ile ilişkili tek bağımsız faktör iken ($P< 0.05$, B: 1.455, SE: 0.609), MIP ile ilişkili bağımsız faktörlerden biriydi ($P< 0.01$, B: 1.20, SE: 0.358) Spirometrik ölçümlerden FVC-MIP ile, FEV1/FVC-MEP ile, PEF-MIP ile bağımsız ilişkili idi ($p<0.05$). Dominant el kavrama gücü bağımsız olarak Parkinson hastalığı ve geçirilmiş tüberküloz ile de ilişkiliydi ($p<0.05$) ancak değerlendirilen solunum fonksiyon parametrelerinin hiçbiriyle ilişkili değildi ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda, hipotezimizle uyumlu olarak, solunum kas gücü parametrelerinin (MIP ve MEP), periferik kas gücü indikatörü olarak değerlendirilen dominant el kas gücü ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu ortaya koyduk. Ancak, "dominant el kavrama gücü" solunum kas gücünün tüm parametreleri ile bağımsız ilişkili olmasına rağmen spirometrik parametrelerin hiçbiriyle ilişkili değildi. Solunum kas gücünün solunum fonksiyonlarını etkileyebileceği bilinmektedir. Bu etkilenimin ileri solunum kas güçsüzlüğü olan olgularda daha belirgin olması muhtemeldir. Çalışmamızda periferik kas gücünün solunum kas gücü ile ilişkili olduğu ortaya konmasına rağmen spirometrik ölçümlerle olası ilişkisinin saptanmamasının, olgulardaki periferik kas gücü azalması ve dolayısıyla solunum kas gücü azalmasının ileri düzeyde olmaması ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle yaşlılarda daha ileri periferik ve solunum kas gücü azalması olan olgularda bu ilişkilerin araştırılmasının yararlı olacağını düşünüyoruz.

S19
YAŞLI HASTALARDA NÜTRİSYONEL DURUMUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE WHO, OPAS VE LİPSCHİTZ KLASİFİKASYONU: BEDEN KİTLE İNDEKSİ

SİBEL AKIN, FATİH TUFAN, GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK, ASLI TUFAN, BÜLENT SAKA, NİLGÜN ERTEN, MEHMET AKİF KARAN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD GERİATRİ BD

Giriş: Beden kitle indeksi (BKİ), nütrisyonel durumun değerlendirilmesinde; yağ kitlesi ve mortalite-morbitide ile iyi korele olması, kullanım kolaylığı ve düşük maliyeti nedeni ile yaygın kullanılan bir tarama yöntemidir. Mini nutrisyonel değerlendirme (MND), yaşlıda nutrisyonel durumun değerlendirilmesinde sensivitesi, spesifitesi ve güvenilirliği yüksektir. Yaşlılarda kullanılması "Europian Society of Parenteral and Enteral Nutrition" (ESPEN) tarafından da önerilmektedir.

Amaç: İdeal BKİ'nin tartışmalı olduğu yaşlılarda; World Health Organization (WHO), Lipschitz, ve The Pan American Health Organization (OPAS) gibi kuruluş ve kişiler tarafından tanımlanan BKİ'nin yaşlıda malnütriyon tanısında MND ile ne kadar korele olduğunu değerlendirmeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza geriatri polikliniğimize başvuran 75 yaş üstü 195 hasta alındı. MND testi yapıldı. MND≤17 malnütrisyon, 17-23,5 malnütrisyon riski ve ≥23 normal nütrisyon olarak üç gruba ayrıldı. WHO' ya göre BKİ ≤18.5 malnütrsiyon, BMI 18.5-24.9 normal nütrisyon, BMI 25-29.9 fazla kilolu, BMI≥30 obez, Lipschitz' e göre BKİ ≤ 22 malnütrisyon 22-26.9 normal nütrisyon, ≥ 27-29.9 fazla kilolu ve ≥ 30 obez, OPAS'a göre ≤ 23 malnütrisyon, 23-27.9 normal nütrisyon, ≥28-30 fazla kilolu, ≥ 30 obez olarak gruplandırıldı. İstatiksel analizde Pearson x2 kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 81.9±4.7 yıl idi. MND skoruna göre % 70.2'si (n=137) normal nütrisyonlu, %16.4'ü (n=32) malnütrisyon riskli, %13.3'ü (n=26) malnütrisyonlu olarak kabul edildi. WHO ve Lipschitz' e göre normal nütrisyonlu kabul edilen olgularda, MND'ye göre malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo1,2). OPAS'a göre malnütrisyon sınırının ≤ 23 olması nedeni ile daha fazla malnütrisyonu olan hastayı tespit edebilmiştir (Tablo 3). OPAS; Lipschitz ve WHO'ya göre malnütrisyon riskini daha iyi tespit etmiştir. MND'ye göre normal nütrisyonlu kabul edilen olgular sırası ile WHO'ya göre %1.5 'i (n=2) ve Lipschitz'e göre %10.2'si (n=14) OPAS'a göre %17.5'i (n=24) malnütre olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma: Mini Nutrisyonel Değerlendirme, yaşlı popülasyonda yetersiz beslenmenin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Yaşlılarda BKİ için en iyi kesişim noktaları konusunda tam bir fikir birliği yoktur. Literatürde BKİ yüksek olanlarda mortalitenin daha az ve fonksiyonelliğin daha fazla olması da göz önüne alınırsa malnütrisyon tanısında BKİ≤ 22'nin altında olması yetersiz beslenmenin göstergesi olarak kabul edilmesinin MND ile de daha iyi korele olacağını düşünmekteyiz.

Tablo 1.

WHO	MND		
	Malnütrisyon	Malnütrisyon riski	Normal nütrisyon
≤18.5	3(%11.5)	2(%6.3)	2(%1.5)
18.5-24.9	14(%53.8)	14(%43.8)	46(%33.6)
25-29.9	6(%23.1)	7(%21.9)	57(%41.6)
≥30	3(%11.5)	9(%28.1)	32(%23.4
	26	32	137

Tablo.2

Lipschitz	MND		
	Malnütrisyon	Malnütrisyon riski	Normal nütrisyon
≤ 22	8 (%30.8)	9(%28.1)	14(%10.2)
22- 26.9	13(%50.0)	10(%31.3)	56(%40.9)
≥ 27-29.9	2(%7.7)	4(%12.5)	35(%25.5)
≥30	3(%11.5)	9(%28.1)	32(%23.4
	26	32	137

Tablo. 3

OPAS	MND		
	Malnütrisyon	Malnütrisyon riski	Normal nütrisyon
≤ 23	10(%38.5)	12(%37.5)	24(%17.5)
23- 27.9	13(%50.0)	8(%25.0)	59(%43.1)
28-29.9	0(%0)	3(%9.4)	22(%16.1)
≥30	3(%11.5)	9(%28.1)	32(%23.4)
	26	32	137

S20
YAŞLILARDA OBEZİTE SIKLIĞI VE OBEZİTENİN KARDİYOVASKÜLER RİSKLERLE İLİŞKİSİ: TOPLUM TABANLI BİR ÇALIŞMA

HATİCE ŞİMŞEK[1], SİMGE YILMAZ[1], RECİ MESERİ[2], REYHAN UÇKU[1]

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI
2. EGE ÜNİVERSİTESİ, ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU, BESLENME DİYETETİK BÖLÜMÜ

Amaç: Çalışmanın amacı …… Projesi'ne katılan yaşlılarda dört farklı yönteme göre obezite sıklığını ve obezitenin kardiyovasküler (KV) risk etmenlerine etkisini belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışma toplum tabanlı kesitsel bir çalışmadır. ……'in …….. İlçesi'nde yapılan ……. Projesi'ne katılan 65 yaş ve üzeri 2502 yaşlıyı kapsamaktadır. Bağımlı değişken KV risk etmenleridir. Bu riskler; diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, metabolik sendrom ve Framingham risk düzeyidir. Bağımsız değişken obezitedir. Obezite Beden Kütle Indeksi (BKI), bel çevresi (BÇ), bel kalça oranı (BKO), bel boy oranına (BBO) göre belirlenmiştir. Olası karıştırıcı etmenler cinsiyet, yaş, öğrenim durumudur. Veri önceden hazırlanan anketle, eğitim verilmiş anketorlerce evlerde yüz-yüze görüşme ile toplanmıştır. Antropometrik ölçümler eğitilmiş ……. gönüllüleri tarafından, kan alımları hemşireler tarafından gerçekleştirilmiştir. Kanlar ……. Hastanesi Merkez Laboratuvarı'nda analiz edilmiştir. Çalışma için …… Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Veri analizinde t testi, Ki kare ve Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Lojistik regresyon analizi cinsiyete göre ayrı yapılmış, kaba ve yaşa (sürekli değişken), öğrenim durumuna (diplomasız/ ilkokul/ ortaokul ve üzeri) göre düzeltilmiş OR hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 2502 kişinin 1528'i (%61.1) kadın; ortalama yaşı 71.9±5.4(65-94)'dur. Ortalama yaş erkeklerde 71.5±5.2 (65-92), kadınlarda 72.1±5.4(65-94)'dir. Obezite sıklığı BKI'ye göre %48.7 (Erkek: 30.0%, Kadın: 60.6%), BÇ'ye göre %56.4 (E: 31.3%, K: 72.5%), BKO'ya göre %65.2 (E: 77.8%, K: 57.1%), BBO'ya göre %93.7 (E:%91.2, K:%95.3)'dir.

Diyabet, hipertansiyon ve metabolik sendrom için tüm antropometrik ölçümlerdeki yükseklik risk oluşturmaktadır. Dislipidemi için kadınlarda BKI hariç diğer ölçümler her iki cinsiyette de risk oluşturmaktadır. Framingham risk düzeyi için erkeklerde BBO ve BKO, kadınlarda BÇ ve BKO belirleyicidir. Ancak BBO kadınlarda Framingham risk düzeyi hariç tüm KV riskler için, erkeklerde ise tüm riskler için diğer ölçütlere göre daha belirleyicidir (Tablo1, Tablo2).

Sonuç: Yaşlılarda obezite sıklığı yüksek bulunmuştur. Her iki cinsiyette de antropometrik ölçümlerle belirlenen obezite kardiyovasküler risklerle ilişkilidir. Ancak KVH risklerinin belirlenmesinde abdominal obezite (BBO ve BÇ) BKI'den daha etkili bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: obezite, kardiyovasküler riskler, Framingham risk düzeyi, yaşlı

Tablo 1. Cinsiyete göre obezitenin diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi sonuçları)

	Diyabet		Hipertansiyon		Dislipidemi	
	Kaba OR (%95GA)	Düzeltişmiş OR** (%95GA)	Kaba OR (%95GA)	Düzeltilmiş OR** (%95GA)	Kaba OR (%95GA)	Düzeltilmiş OR** (%95GA)
Erkek						
BKI (≥30.0)	1.470* (1.078-2.004)	1.481* (1.084-2.024)	1.700* (1.245-2.322)	1.829* (1.330-2.511)	1.468* (1.112-1.937)	1.423* (1.076-1.881)
Bel çevresi (≥102 cm)	1.497* (1.103-2.032)	1.525* (1.121-2.075)	1.562* (1.153-2.115)	1.627* (1.194-2.218)	1.358* (1.034-1.784)	1.332* (1.012-1.754)
BKO (≥0.90)	1.832* (1.238-2.712)	1.842* (1.243-2.729)	1.955* (1.431-2.671)	2.033* (1.476-2.800)	1.848* (1.359-2.513)	1.830* (1.344-2.492)
BBO (≥0.5)	2.355* (1.229-4.514)	2.361* (1.232-4.526)	2.895* (1.849-4.533)	2.961* (1.874-4.677)	2.302* (1.444-3.669)	2.324* (1.455-3.713)
Kadın						
BKI (≥30.0)	1.485* (1.165-1.892)	1.443* (1.130-1.843)	2.387* (1.822-3.127)	2.551* (1.940-3.356)	1.172 (0.948-1.448)	1.164 (0.940-1.441)
Bel çevresi (≥88 cm)	2.171* (1.622-2.905)	2.130* (1.589-2.854)	2.623* (1.993-3.453)	2.663* (2.018-3.513)	1.423* (1.131-1.789)	1.412* (1.123-1.777)
BKO (≥0.85)	1.640* (1.291-2.048)	1.672* (1.312-2.131)	1.670* (1.280-2.181)	1.627* (1.243-2.130)	1.506* (1.222-1.857)	1.507* (1.220-1.861)
BBO (≥0.5)	3.321* (1.510-7.305)	3.220* (1.461-7.101)	3.983* (2.447-6.482)	3.864* (2.362-6.323)	2.470* (1.527-3.994)	2.472* (1.524-4.009)

*p<0.05

** Yaş ve öğrenim durumuna göre düzeltme yapılmıştır.

Tablo 2. Cinsiyete göre obezitenin metabolik sendrom ve Framingham risk düzeyi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi sonuçları)

	Metabolik Sendrom		Framingham risk düzeyi	
	Kaba OR (%95GA)	Düzeltilmiş OR** (%95GA)	Kaba OR (%95GA)	Düzeltilmiş OR** (%95GA)
Erkek				
BKI (≥30.0)	4.641* (3.434-6.272)	4.636* (3.424-6.277)	1.458* (1.012-2.099)	1.420 (0.984-2.050)
Bel çevresi (≥102 cm)	6.055* (4.465-8.212)	6.089* (4.480-8.275)	1.264 (0.878-1.820)	1.222 (0.845-1.766)
BKO (≥0.90)	5.267* (3.213-8.635)	5.237* (3.193-8.588)	1.643* (1.096-2.463)	1.625* (1.083-2.440)
BBO (≥0.5)	12.152* (3.807-38.790)	12.169* (3.811-38.860)	4.615* (2.261-9.440)	4.495* (2.197-9.196)
Kadın				
BKI (≥30.0)	2.751* (2.217-3.415)	2.800* (2.251-3.483)	1.572 (0.940-2.629)	1.572 (0.939-2.631)
Bel çevresi (≥88 cm)	7.348* (5.498-9.820)	7.337* (5.487-9.811)	3.286* (1.613-6.693)	3.246* (1.592-6.618)
BKO (≥0.85)	2.287* (1.855-2.819)	2.276* (1.843-2.810)	1.678* (1.034-2.722)	1.651* (1.015-2.687)
BBO (≥0.5)	15.609* (5.665-43.013)	15.593* (5.651-43.031)	5.119 (0.697-37.605)	5.000 (0.678-36.866)

*p<0.05 **Yaş ve öğrenim durumuna göre düzeltme yapılmıştır.

S21
EDİRNE MERKEZ İLÇEDE EV ORTAMINDA YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

EBRU SARI[1], İLKNUR DİNDAR[2], GALİP EKUKLU[3]

1. BOZOK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
2. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
3. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI A.B.D.

Amaç: Teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları ve sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı tüm dünyada giderek artmakta ve tüm toplumların giderek yaşlanması, yaşlı bakımını önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme getirmektedir (Diker ve ark 2001,Faison ve ark 1999). Toplumlarda nüfus yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinmesi artmakta, özellikle bedensel ve ruhsal hastalıklar, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir (Çuhadar ve ark 2006,Kılıçoğlu ve ark 2005). Bu nedenle bu araştırma, Edirne Merkez İlçedeki 19 Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan, ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Edirne Merkez İlçedeki 19 Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü 13057 kişi oluşturmaktadır. Bu evrenden evren oranı % 50 kabul edilerek % 95 güven düzeyinde 1312 kişilik örnek seçildi. Örnekleme işlemi Aile Sağlığı Merkezlerine ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemiyle rasgele sayılar tablosu kullanılarak yapıldı ve çalışmaya araştırmaya katılmayı kabul edenler alındı. Verilerin toplanmasında, araştırmacılarca geliştirilen bilgi toplama formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Çalışmanın verileri SPSS paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 1312 yaşlının % 55.4'ünün kadın, % 77.9'unun 65-74 yaş grubunda, % 48'inin ilkokul mezunu ve % 37.3'ünün sosyoekonomik durumunun orta olduğu, % 80.3'ünün tanı konulmuş kronik bir hastalığının olduğu, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin % 75.5'inin hipertansiyonu olduğu, % 2.4'ünün herhangi bir özürünün olduğu, özürü olan yaşlı bireylerin % 45.1'inin yürüyemediği, % 50.2'sinin yardımcı bir aygıt kullandığı ve yardımcı aygıt olarak gözlüğün % 77.5'lik bir oranla ilk sırada yer aldığı bulundu. Yaşlı bireylerde erkeklerin, eğitim düzeyi yüksek ve sosyoekonomik durumu iyi olanların, kronik bir rahatsızlığı ve özürü olmayanların SF-36 Ölçeği puan ortalamarı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0.05) (Tablo 1). Araştırma grubundaki yaşlıların SF-36 Ölçeği alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon alt grubu 22.6 ± 6.9 puan ile en yüksek ortalamaya sahipken, rol kısıtlılığı (emosyonel) alt grubu 5.3 ± 1.4 puan ile en düşük ortalamaya sahip olduğu görüldü.

Tablo 1: Yaşlı bireylerin SF-36 ölçeği alt grup puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=1312)

ÖZELLİKLER	SF-36 Ölçeği Alt Grupları							
	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Vitalite (Enerji)	Rol Kısıtlılığı (Emosyonel)	Rol Kısıtlılığı (Fiziksel)	Mental Sağlık	Genel Sağlık Anlayışı
	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS	X ±SS
CİNSİYET								
Kadın (n=727)	22.2±7.0	9.0±1.8	10.5±2.3	16.5±5.2	5.3±1.4	6.9±2.0	20.5±5.4	14.3±4.4
Erkek (n=585)	22.9±6.8	9.0±1.7	10.6±2.0	17.2±4.7	5.3±1.3	6.9±1.8	21.3±4.7	15.3±4.7
p	*0.039	0.942	0.395	*0.005	0.321	0.483	*0.011	*0.001
YAŞ GRUPLARI								
65-74 yaş (n=1022)	23.2±6.7	9.1±1.6	10.7±1.9	17.0±4.8	5.4±1.4	7.0±1.9	21.0±4.9	14.9±4.6
75-84 yaş (n=257)	20.8±7.3	8.7±1.9	9.9±2.5	16.0±5.4	4.9±1.4	6.5±1.9	20.0±5.5	14.0±4.3
85 yaş ve üstü (n=33)	17.7±7.1	8.4±2.5	9.2±2.9	15.3±5.7	4.6±1.5	5.9±1.9	20.2±5.9	13.1±4.8
p	**0.001	**0.001	**0.001	**0.003	**0.001	**0.001	**0.008	**0.002
EĞİTİM DURUMU								
Okur-yazar değil (n=328)	20.5±7.7	8.7±2.0	10.2±2.4	16.3±5.3	4.9±1.4	6.4±1.9	20.1±5.7	14.0±4.7
Okur-yazar (n=134)	22.4±6.8	9.0±1.8	10.5±2.4	15.6±4.4	5.6±2.0	7.0±1.6	20.0±4.6	13.7±4.1
İlkokul bitirmiş	23.2±6.7	9.1±1.5	10.6±2.0	17.3±4.7	5.3±1.2	7.0±2.0	21.4±4.9	15.2±4.6
(n=630)	24.1±5.7	9.0±1.8	10.9±1.7	18.0±6.9	5.5±1.1	7.2±1.6	21.3±5.3	15.4±4.5
Ortaokul bitirmiş (n=91)	23.9±6.4	9.2±1.6	11.0±1.9	15.7±4.0	5.5±1.0	7.0±1.6	20.4±4.3	14.3±3.9
Lise bitirmiş (n=79)	24.0±6.1	9.3±1.7	11.0±1.8	16.7±4.6	5.7±0.8	7.4±1.4	20.9±4.6	15.2±4.6
Yüksek öğrenimli (n=50)	**0.001	**0.033	**0.002	**0.001	**0.001	**0.001	**0.004	**0.001
p								
SOSYOEKONOMİK DURUM								
İyi (n=344)	23.8±6.6	9.5±1.2	11.3±1.6	16.4±4.5	5.7±0.9	7.4±1.4	20.8±4.9	14.4±4.4
Orta (n=490)	21.0±7.2	8.7±1.9	10.2±2.3	16.7±5.2	5.1±1.6	6.7±2.3	20.9±5.2	15.0±4.6
Kötü (n=478)	23.2±6.7	9.0±1.8	10.3±2.3	17.2±5.0	5.2±1.3	6.8±1.8	20.8±5.2	14.7±4.7
p	**0.001	**0.001	**0.001	0.067	**0.001	**0.001	0.796	0.118
KRONİK HASTALIK DURUMU								
Var (n=1054)	21.7±7.0	8.9±1.8	10.5±2.2	16.2±4.9	5.3±1.4	6.8±1.8	20.2±4.9	13.9±4.1
Yok (n=258)	25.9±5.2	9.2±1.6	10.8±1.9	19.3±4.6	5.5±1.0	7.5±2.3	23.5±5.0	17.9±4.9
p	0.001	0.017	0.018	0.001	0.035	0.001	0.001	0.001
ÖZÜR DURUMU								
Var (n=31)	15.3±7.6	6.8±3.2	7.7±3.8	12.6±6.9	4.2±1.4	5.5±1.9	16.5±8.0	11.0±4.6
Yok (n=1281)	22.7±6.8	9.0±1.6	10.6±2.0	16.9±4.9	5.3±1.4	6.9±1.9	20.9±4.9	14.8±4.6
p	0.001	0.001	0.002	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

*Bağımsız gruplarda t testi.

**ANOVA.

Sonuç: Erkek, eğitimli, sosyoekonomik durumu iyi olan ve herhangi bir kronik hastalığı ve özürü olmayan yaşlılarda yaşam kalitesi daha yüksekti. Bu nedenlerle, kadınlara üreme çağından itibaren eğitimler verilmesi, herhangi bir kronik hastalığı ve özürü olan yaşlıların daha yakın takibe alınması ve yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili daha çok saha çalışması yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, yaşlı, 65 yaş

Kaynaklar

1. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatr Derg 2001;2(2):79-86.
2. Faison KJ, Faria SH, Frank D. Caregivers of chronically Ill elderly: Perceived burden. J Commun Health Nurs 1999;16(4):243-53.
3. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatr Derg 2006;7:232-9.
4. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam 2005;18(4):187-95.

S22
65 YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLI HASTALARDA VİTAMİN D DÜZEYİ İLE SANTRAL KAN BASINCI, AUGMENTASYON İNDEXİ, LABORATUVAR PARAMETRELERİ VE FMD ARASI İLİŞKİ

YASEMİN YAŞAR[1], MEHMET EMİN KUYUMCU[2], YUSUF YEŞİL[2], BURCU BALAM YAVUZ[2], MELTEM HALİL[2], MUSTAFA CANKURTARAN[2], SERVET ARIOĞUL[2]

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ ÜNİTESİ

Amaç: Vitamin D eksikliğinin hipertansiyon, periferik vasküler hastalık, diabetes mellitus, metabolik sendrom, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ile ilişkili olduğunu desteklemektedir. Bu ilişkinin değerlendirilmesinde geriatrik populasyonda yapılan çalışmaların sayısı azdır.

Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda santral kan basıncı (SKB) ölçümünün periferik kan basıncı ölçümüne göre daha hassas bir yöntem olduğu öne sürülmektedir (1). Eş zamanlı olarak ölçülen radyal augmentasyon indeksi (AIx), arteryal dalga yansımalarının dağılımını göstermekte olup aortik kan basıncı ile direk korele olduğu tespit edilmiştir ve 'arteriyel stiffness'in göstergesidir (2). Flow mediated dilatasyon (FMD), aterosklerozisin erken bir göstergesi olan endotelial disfonksiyonun bir göstergesidir. Sağlıklı insanlarda yapılan çalışmalarda, kardiyovasküler riski önleyebilmesi için FMD değerinin %10'un üzerinde olması gerektiği bulunmuştur (3).

Parathormon (PTH) düzeyindeki değişiklikler, kardiyovasküler risk faktörleri ve vitamin D ilişkisine aracılık etmektedir (4). Kalsiyum düzeyi, yetişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörleri ile pozitif şekilde ilişkilidir (5).

Bu çalışmanın amacı, geriatrik populasyonda vitamin D düzeyi ile santral kan basıncı, augmentasyon indexi, labaratuar parametreleri ve FMD ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran, 65 yaş ve üzeri, bilinen kardiyak hastalığı, ileri evre demansı olmayan, vitamin D replasmanı almayan 202 hasta alınmıştır. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, ilaçları sorgulanmıştır, kardiyovasküler sistem sorgulamaları ve kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri yapılmıştır. Non-invaziv santral kan basıncı, augmentasyon index, FMD ölçümü yapılmıştır. Elde edilen verilerin SPSS 15 ile analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşları 71,37±5,55 idi. Çalışmada hastalar vitamin D düzeyine göre üç grupta değerlendirildi. Birinci grupun vitamin D düzeyi <15 ng/ml, ikinci grupun vitamin D düzeyi 15-29.9 ng/ml, üçüncü grupun vitamin D düzeyi ise ≥30 ng/ml idi. Her üç grubun yaş ortalamaları benzerdi. D vitamin düzeylerine göre değerlendirilen parametrelerin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, vitamin D düzeyleri ile PTH, kalsiyum, trigliserit, hemoglobin, kreatinin, FMD arasında ilişki bulunmuş, ancak santral kan basıncı ve augmentasyon index arası ilişki bulunamamıştır.

Vitamin D ve kardiyo-metabolik risk faktörleri ilişkisi daha büyük çalışmalarda değerlendirilip, ilişkilendirildiğinde, gelecekte risk değerlendirme aşamasında ve tedavide vitamin D büyük umut olabilir.

Tablo 1: D vitamini düzeylerine göre değerlendirilen parametrelerin karşılaştırılması

Parametreler	Vitamin D <15 ng/ml	Vitamin D 15-30 ng/ml	Vitamin D ≥30 ng/ml	P değeri
Yaş	71.47 ± 6.11	71.44 ± 4.70	70.21 ± 4.33	0.721
Kalsiyum	9.36 ± 0.38	9.56 ± 0.39	9.44 ± 0.35	0.005
Fosfor	3.40 ± 0.50	3.37 ± 0.48	3.26 ± 0.54	0.611
Albumin	4.16 ± 0.26	5.36 ± 0.84	4.36 ± 0.30	0.304
PTH	65.50 ± 28.18	55.57 ± 26.81	41.9 ± 20.47	0.010
Alkalen fosfataz	77.32 ± 23.09	73.19 ± 21.21	71.38 ±19.81	0.511
Hemoglobin	13.78 ± 1.60	14.33 ± 1.57	14.62 ± 1.46	0.032
Trigliserit	157.03 ± 99.54	114.00 ± 47.47	136.92 ± 62.99	0.006
LDL	135.90 ± 34.60	127.30 ± 33.04	122.64 ± 30.94	0.157
Üre	17.79 ± 4.77	18.19 ± 8.17	19.15 ± 3.77	0.744
Kreatinin	0.86 ± 0.23	0.92 ± 0.16	1.10 ± 0.20	< 0.001
GFR	58.11 ± 5.32	58.86 ± 3.50	55.38 ± 8.00	0.068
Santral kan basıncı	140.11 ± 21.63	141.98 ± 19.26	131.33 ± 16.19	0.364
Augmentasyon index	88.01 ± 10.19	86.69 ± 11.10	85.70 ± 8.95	0.657
FMD (%)	9.96 ± 6.34	10.32 ± 5.01	23.51 ± 20.17	0.002

Referanslar:

1. Mary J. Roman et al. Central Pressure More Strongly Relates to Vascular Disease and Outcome Than Does Brachial Pressure The Strong Heart Study
2. Patange AR et al. Vitamin D Deficiency and Arterial Wall Stiffness in Children With Chronic Kidney Disease. Pediatr Cardiol. 2012 Jan;33(1):122-8.
3. Neunteufl T et al.Late prognostic value of FMD in the brachial artery of patients with chest pain Am J Cardiol 2000: 86:207-210
4. Snijder MB et al, Adiposity in relation to vitamin D status and parathyroid hormone levels:a population-based study in older men and women.J Clin Endorinol Metab 2005;90:4119-23
5. Lind L et al, Serum calcium: a new, independent, prospective risk factor for myocardial infarction in middle-aged men followed for 18 years. J Clin Endorinol Metab 1997;50:967-73

S23
YAŞLILARIN İHMALİ, İSTİSMARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

ELMAS SERTÇELİK[1], NESLİHAN KESER ÖZCAN[2], NUR ELÇİN BOYACIOĞLU[2], NİLGÜN ERTEN[1]

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Amaç: Bu çalışma, geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların birinci derece bakım vericilerinden son bir yıl içinde maruz kaldıkları ihmal ve istismarı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde planlanmıştır. Çalışma, İstanbul İli'nde bir üniversite hastanesinin geriatri polikliniğine Nisan 2012– Temmuz 2012 tarihleri arasında başvuran 186 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya alınma kriterleri olarak yaşlılar için, 65 ve üstü yaşında olma, soruları anlama, fikirlerini ifade edebilecek yeterlilikte olma, araştırmaya katılmayı kabul etme, demans ya da alzeimer tanısı almamış olma, mini mental muayene testinden 24 ve üzeri puan alma belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları: Veri toplamak için 2 ayrı form kullanılmıştır.

1. Yaşlıya yönelik ihmal ve istismarı belirlemeye yönelik anket formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür ışığında geliştirilen form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaşlıların yaşı, cinsiyeti, eğitimi, gelir durumu, mesleği, aile yapısı, çocuk sahibi olma, hastalık durumu gibi değişkenlere ait sorular bulunmaktadır. İkinci bölüm ise yaşlının maruz kaldığı ihmal ve sıklığını belirlemeye yönelik, tek faktörlü, beşli likert tipi (hiçbir zamandan, her zamana doğru) altı soru sorulmuş, bu soruların ihmali tanımlamadaki yeterlilikleri faktor yüklerine bakılarak değerlendirilmiş ve yüksek düzeyde yeterli oldukları görülmüştür. İhmali tanımlayan altı bölümden oluşmaktadır ve şunları içermektedir: bedensel temizlik ihmali, giysi temizlik ihmali, yatak/oda temizlik ihmali, yardımcı malzeme temini ihmali(gözlük, baston), sağlık hizmeti ihmali (yara bakımı, IV enjeksiyon) ve ilaçların verilmesiyle ilgili ihmal.

Anketin üçüncü bölümü, yaşlıların birinci derece bakım vericilerinden kaynaklı maruz kaldıkları istismari sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Soru formunda dört ayrı şiddet türüne odaklanılmış olup, bu türlerin hangi davranışları içerdiği bilgisi formda verilmiş, hastaya tek tek bu durumlara ne sıklıkta maruz kaldığı beşli likert tipi (hiçbirzamandan, her zamana) sorulmuştur. Bu soruların yaşlıya yönelik istismarı tanımlamadaki yeterlilikleri faktor yüklerine bakılarak değerlendirilmiş ve yeterli oldukları görülmüştür. Yaşlılara yönelik dört tip istismar sorgulanmıştır. Bunlar:

1. Psikolojik/sözel istismar: Bağırmak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek ya da aşağılamak gibi örnekler psikolojik istismarı içerir. Sık görülen psikolojik istismar örneklerinden biri de, kişiyi fiziksel ya da mental bir durumu gerektirmemesine rağmen huzurevine göndermek ile tehdit etmek.
2. Fiziksel istismar: Vurmak, tokatlamak, yakmak, vurmak, bağlamak, fazla ya da yanlış ilaç vermek
3. Ekonomik istismar: Zihinsel yetersizliği olmayan yaşlı kişilerin sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, yasadışı ya da izinsiz olarak mallarının, parasının, banka/emeklilik hesabının ya da diğer değerli varlıklarının kullanılması ve değiştirilmesi, kendi evinden çıkartılması ve hile yolu ile vekaletname alınması
4. Cinsel istismar: Bireyin kendi rızası olmadan bedenin özel bir bölgesine dokunulması ya da herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanması

2. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Yaşlının bağımsızlık durumunu değerlendiren bir formdur.İndeks banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışmanın planlama aşamasında çalışmanın gerçekleştirileceği hastanenin etik komisyonundan etik izin ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Veri Analizi: Analizler için SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (yüzde, ortalama,) yanı sıra nitel verilerin karşılaştırılmasında ki- kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi p≤ .05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Demografik ve Sosyoekonomik Özellikler: Çalışmaya katılan yaşlı sayısı 186 olup, katılımcıların %64.9'u (n=120) kadın, %35.1'i (n=65) erkektir. Yaş ortalaması 73.12 (SD=6.68) olup, %51.4'ü (n=95) evli, % 27'sinin (50) geliri giderinden az, % 91.9'u (170) işsiz ya da emekli ve % 7'si (13) de günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bakıcısına bağımlıdır.

Yaşlıların İhmali: Katılımcı yaşlıların bildirdikleri ihmal oranları oldukça yüksektir. En fazla bedensel temizliklerinin (%16.1, n=30), en az yatak/odalarının temizliklerinin ihmal edildiğini (%11.3, n=21) bildirmişlerdir. Yaşlıların ihmal türü ve sıklıkları Tablo 1'de sunulmaktadır:

Yaşlılara yönelik istismar

Yaşlıların %68.8'i (n=128) herhangi bir istismar türüne maruz kaldığını bildirirken, en fazla maruz kaldıkları istismar türü sözel (%66.1, n=123), en az ise cinsel istismardır (%3.2, n=6). Yaşlılara yönelik türü istismar ve sıklıkları Tablo 2'de sunulmaktadır:

İhmal ve istismarla ilişkili faktörler

Hem ihmal hem de istismara uğramada yaşlının cinsiyeti, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık düzeyi açısından istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır. Ekonomik olarak geliri giderinden az olan (chi-quare=6.20, p=.04), hiç çalışmayan (chi-quare=8.95, p=.03) ve yaşlının bakımı konusunda hiç destek alamayan (chi-quare=13.6, p=.03) bakıcıların yaşlıya daha fazla istismar uyguladığı belirlenmiştir. Katılımcıların en fazla eşleri tarafından istismara uğradığı belirlenmiştir (chi-quare=12.79, p=.04).

Sonuç: Yaşlıların bildirdikleri ihmal ve istismar oranları oldukça yüksektir. Hem ihmal hem de istismara uğramada yaşlının cinsiyeti açısından istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır. Katılımcıların en fazla eşleri tarafından istismara uğradığı belirlenmiştir. Ekonomik olarak geliri giderinden az, hiç çalışmayan ve yaşlının bakımı konusunda hiç destek alamayan bakıcıların yaşlıya daha fazla istismar uyguladığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak yaşlı istismarı koruyucu önlemlerin alınması gereken, yaşlı bireyin yaşam kalitesini bozan önemli bir sorundur. Bu nedenle hemşirelik eğitiminin müfredatına ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarına yaşlı istismarının entegre edilmesi, özellikle birinci basamakta çalışan

Tablo 1. Birinci derece bakım vericiden yaşlıya yönelik ihmal sıklık oranları

	Her zaman		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Bedensel temizlik ihmali	16.1	30	5.4	10	10.2	19	45.2	84	23.1	43
Giysi temizlik ihmali	11.8	22	7.5	14	7	13	46.8	87	26.9	50
Yatak/oda temizlik ihmali	11.3	21	7.5	14	7.5	14	45.7	85	28	52
Yard malzeme temin ihmali	13.4	25	7	13	5.9	11	47.8	89	25.8	48
Sağlık hizm ihmali	13.4	25	6.5	12	7	13	46.2	86	26.9	50
İlaç ihmali	15.1	28	6.5	12	4.8	9	47.3	88	26.3	49

Tablo 2. Birinci derece bakım vericiden yaşlıya yönelik istismar sıklık oranları

	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Sık sık		Hiçbir zaman		Toplam	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Sözel istismar	33.9	63	12.4	23	31.7	59	11.3	21	10.7	20	66.1	123
Ekonomik istismar	78.5	146	8.1	15	6.5	13	4.4	9	1.5	3	21.5	39
Fiziksel istismar	89.8	166	2.2	4	2.2	4	4.9	10	2	1	10.2	19
Cinsel istismar	96.8	180	0.5	1	0.5	1	2.2	4	0	0	3.2	6

hemşirelerin istismar açısından riskli yaşlıları belirlemeleri, bu yaşlıları sık izlemeleri ve istismarı önlemeye yönelik çalışmalar yapmaları ve toplumsal bilinci artırmak için kitle iletişim araçlarının kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, ihmal, istismar

S24
RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ ALTINDAKİ HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE VE MALNÜTRİSYON

FATİH TUFAN[1], ABDÜLMECİT YILDIZ[2], ŞENİZ SEVİNİR[2], DEMET YILDIZ[3]

1. ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GERİATRİ BİRİMİ, BURSA
2. ÇEKİRGE DEVLET HASTANESİ, NEFROLOJİ BİRİMİ, BURSA
3. ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ BİRİMİ, BURSA

Giriş: Renal replasman tedavisi (RRT) ile birlikte son dönem böbrek yetersizliği hastalarında beklenen ömür uzamıştır. RRT altındaki hastalarda malnütrisyon oranının yüksek olduğu ve bu hastalarda malnütrisyonun, morbidite ve mortalite artışı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. RRT altındaki hastaların hem enerji, hem de protein ihtiyaçlarının artmış olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada RRT altındaki hastalarda malnütrisyon sıklığının belirlenmesi ve malnütrisyon ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmamıza RRT altındaki hastalar dahil edildi. Hastaların yaşları, RRT süreleri ve kullanmakta oldukları ilaçlar kaydedildi. Bel, kol ve baldır çevreleri ve boy ve kilo ölçümleri yapıldı. Diyaliz seansı öncesi laboratuvar değerleri kaydedildi. Mini nütrisyonel değerlendirme (MNA), Beck anksiyete ve Beck depresyon testleri uygulandı. Beck depresyonu skoru ≥17 olanlar depresif, Beck anksiyete skoru ≥ 21 olanlar anksiyeteli olarak değerlendirildi. Klinik ve laboratuar parametrelerin malnütrisyon ile ilişkisi, malnütrisyon gruplarına göre karşılaştırma ve MNA toplam skoru ile yaş, RRT süresi, ilaç sayısı, anksiyete skoru, depreyon skoru, vücut kütle indeksi (VKİ), bel çevresi, albümin, hemoglobin, ferritin ve Kt/V oranının lineer regresyon analizi sonuçlarına göre belirlendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 55,5±14,2 (23-84) idi. Hastaların 4'üne periton diyalizi, 80'ine hemodiyaliz uygulanmaktaydı. Malnütrisyon 8 (%9,5), malnütrisyon riski 28 (%33,3) hastada tespit edildi. Genç ve yaşlı hastaların karşılaştırıldığında RRT süresinin genç grupta daha uzun olması ve üre/kreatinin oranının yaşlı grupta daha yüksek olması dışında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 1). Malnütrisyonu durumu kötüleştikçe üre/kreatinin oranı, depreyon ve anksiyete sıklığı ve skorları artmakta, albümin, VKİ ve bel çevresi azalmaktaydı (Tablo 2). Malnütre olan grupta depreyon sıklığının oldukça yüksek olmasına rağmen antidepresan kullanımının daha seyrek olması dikkat çekiciydi. Lineer regresyon analizinde, albümin (p<0,001), VKİ (p<0,001) ve depresyon skoru (p=0,005) bağımsız olarak MNA skoru ile ilişkili bulundu.

Sonuç: RRT altındaki hastalarda, klasik faktörlere ek olarak depresyon, malnütrisyon açısından önemli bir faktör olabilir. Üre/kreatinin oranındaki yükseklik malnütrisyon varlığını telkin edebilir. RRT uygulanan hastaların depresyon açısından değerlendirilmeleri ve tedavi edilmeleri faydalı olabilir.

Tablo 1. Genç ve yaşlı hastaların karşılaştırılması

	Genç (<65 yaş, n=60)	Yaşlı (≥65 yaş, n=24)	p
Malnütrisyon (%)	8,3	12,5	0,78
Malnütrisyon riski (%)	35	29,2	
Normal nütrisyonel durum (%)	56,7	58,3	
Depresyon (%)	21,7	29,2	0,47
Depresyon skoru	11,7±9,2	12±8,2	0,88
Antidepresan kullanımı* (%)	38,5	28,6	1
Anksiyete (%)	13,3	12,5	1
Anksiyete skoru	10,7±9,8	10,8±8,5	0,97
RRT süresi (yıl)	6,6±6,1	4,2±3,7	0,035
İlaç sayısı	6±2,1	5,5±2,7	0,4
Bel çevresi	96,4±15,5	99±17,8	0,5
VKİ	25,1±4,4	25,1±3,1	0,998
Albumin	3,8±0,5	3,5±0,7	0,11
Üre/kreatinin oranı	14,3±5,9	18,2±7,3	0,012
Kt/V oranı	1,6±0,3	1,5±0,3	0,15

* Depresyonu olanlar arasında antidepresan kullanımı

Tablo 2. Hastaların nütrisyon durumuna göre karşılaştırılması

	Malnütre	MR	NND	p
Yaş	57,3±21,7	54,5±14,5	55,8±12,9	0,87
Depresyon (%)	62,5	32,1	12,5	0,004
Depresyon skoru	16,8±7,3	15,4±9,7	8,9±7,6	0,002
Antidepresan kullanımı* (%)	20	44,4	33,3	0,65
Anksiyete (%)	25	21,4	6,3	0,096
Anksiyete skoru	16±10,7	13,5±10,1	8,2±8	0,012
RRT süresi (yıl)	3,8±5,4	6,3±6,3	6±5,2	0,5
İlaç sayısı	5,5±1,9	6,4±2,1	5,7±2,5	0,45
Bel çevresi	85±11,6	91,9±16,1	102,3±14,9	0,001
VKİ	20,5±2,3	24,1±3,9	26,4±3,6	<0,001
Albumin	2,9±0,7	3,6±0,5	3,9±0,4	<0,001
Üre/kreatinin oranı	18,4±3,5	17,3±7,8	13,8±5,7	0,03
Kt/V oranı	1,4±0,3	1,59±0,3	1,63±0,3	0,13
Hemoglobin	11±1,8	10,7±1,6	11,2±1,4	0,39
Ferritin	1304±741	1098±714	1065±637	0,65

MR: malnütrisyon riski olanlar, NND: normal nütrisyonel durum, * Depresyonu olanlar arasında antidepresan kullanımı

S25
INR DÜZEYİ YÜKSEK HASTALARIMIZIN ANALİZİ

TOLGA TAYMAZ
AMERİKAN HASTANESİ ACİL SERVİSİ

Giriş: Warfarin antikoagülan bir ilaçtır.Pıhtı oluşmasını ve oluşan pıhtının büyümesini engeller. Ekstrensek pıhtılaşma sisteminin fonksiyonlarını gösteren 'Protrombin Zamanı (PT)' testini uzatır, PT testi standart bir değer ile (INR) ifade edilir. Normali 1 civarındadır. Bu çalışmada, morbidite ve mortalitesi yüksek bir durum olan INR yüksekliği saptanan hastaların değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod:Acil serviste 4 aylık sürede warfarin kullanan ve INR'si yüksek bulunan hastalar retrospektif olarak incelendi.Yaş ortalaması 71.0± 12.4,eşlik eden hastalık sayısı 4.4± 1.5,kullandıkları ilaç sayısı 7.6± 2.3 idi.Başvuru şikayetlerinde ilk sırayı mukoza kanamaları alırken,yüksekliğin rastlantısal olarak saptanması bunu izliyordu.

Tartışma: Warfarin derin ven trombozu,pulmoner emboli,kalp kapak hastalığı, atriyal fibrilasyon, tekrarlayan sistemik emboli, myokard enfarktüsünü içeren çeşitli klinik durumlarda profilaksi ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.

Warfarin dozu fazla ise INR yükselir ve kanamalar görülebilir. Warfarin kullanan hastalarda hematemez, melena, hematoşizi, hematüri,dişeti ve burun kanamaları, genital kanamalar, travmaya bağlı olmayan ekimozlar INR'nin istenen seviyelerin daha üstüne çıktığını gösterir.Bilinç durumunda değişme ve baş ağrısı, bulantı, kusma,baş dönmesi,konu*şma bozukluğu,* güç kaybı gibi bulgular santral bir kanamayı akla getirir. Yaralanma oluşturabilecek aktivitelerden kaçınmak gerekir

Warfarin kullanım endikasyonları düşünüldüğünde ileri yaş grubu akla gelir. Hastalarımızın yaş ortalaması beklenebileceği gibi yüksekti (71.0±12.4), ileri yaş grubunda en önemli problemlerden bazıları eşlik eden hastalık sayısının yüksekliği ve çoklu ilaç kullanımıdır (grubumuzda sırasıyla 4.4 ±1.5 ve7.6±2.3)Warfarin, pek çok ilaçla etkileşime girmektedir. Bu,INR *düzeyini ayarlamayı daha da zorlaştırmaktadır.*

Warfarin etkisini arttıran ilaçlar: Alkol, parasetamol, bazı antibiyotikler, antimikotikler, izoniazid, asetaminofen, amiodaron, simetidin, kortizon, statinler, kinidin, TCA, E vitamini,tiroid hormonu enalapril, etkisini azaltanlarsa Antitiroid ilaçlar, askorbat, azatioprin, barbitüratlar, karbamazepin, oral kontraseptifler antihistaminikler olarak sayılabilir.

En tehlikeli 10 ilaç etkileşiminin 5inde sorumludur, çoklu ilaç kullanımından kaçılamıyorsa İNR düzeyi haftada 1 bakılmalıdır.

Warfarin alması gereken hastaların yarısından daha azının tedavi aldığı bildirilmektedir.Bunda hastayla ilişkili (ileri yaş, artmış kanama riski, antikoagülanların öneminin anlaşılamaması , doz uyumsuzluğu, demans), doktorla ilişkili (yaşlı

ayrımcılığı,klinik kılavuzları yeterince uygulamama) veya sistemle ilişkili faktörler (İNR monitorizasyonuna ulaşmada güçlük) sorumlu olabilir. Ayrıca warfarin alan hastaların ancak yarısında İNR nin etkin doz aralığına ulaşabildiği bildirilmektedir.

Bitkisel preparatlar da antikoagülan etkiyi artırır veya azaltabilirler, Türkiye'de yapılan bir çalışmada warfarin kullanan hastaların %75'inin besin etkileşimlerini bilmediği, %77'sinin warfarin kullanımı hakkında eğitim almadığı,%81'inin kullanılan dozu bilmediği görülmüştür.. Bir başka çalışmada OA kullanan hastaların %39'u kanama riskinde artışı bilmediğini, %85'i ise başka ilaçlarla etkileşim hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. OA kullanımı, endikasyon olan grubun genelde ileri yaşta olması ve eşlik eden hastalıklar, reçeteli, reçetesiz veya bitkisel, çoklu ilaç kullanımının yaygın olması, besinlerden kolay etkilenme eğilimi nedeniyle çok özel bir dikkat gerektirir

S26
KALP YETERSİZLİĞİ OLAN 65 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ BİREYLERİN ÖZ YETERLİLİK ALGISI İLE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SERAP ÖZER[1], ZEYNEP ÇİÇEK[2], SELİN ARCA[2], RAHŞAN ASLAN[2], SEMRA SÖZER[2]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD
2. EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, KARDİYOLOJİ AD

Amaç: 65 yaş ve üzerindeki kalp yetersizliği (KY) olan bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarını sağlayabilmek ve bu bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilmek için planlama ve girişimlerde bulunulurken, öz yeterlilik algısının önemli bir değişken olarak göz önüne alınması gereklidir. Bu çalışmada amaç; kalp yetersizliği olan 65 yaş ve üzerindeki bireylerin öz yeterlilik algısı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Mart-Nisan 2013 tarihleri arasında İzmir'deki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniği ve polikliniğinde yürütülen bu araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tipte bir araştırmadır. Belirtilen kuruma başvuran, örneklem sayısı belirlenmeksizin seçilen, 65 yaş ve üzerinde, iletişime girme sorunu olmayan, KY tanısı en az 6 ay önce konmuş, önceki 1 yıl içinde miyokard infarktüsü geçirmemiş, durumu stabil, araştırmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamı alınan 103 birey araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında; "Kalp Yetersizliği Olan 65 Yaş ve Üzeri Birey Tanıtım Formu (18 soru)", "**Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği**-ÖEYÖ (23 ifade)" ve "Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği-KYSDÖ (24 madde)" kullanılmıştır. 5'li Likert tipinde olan **ÖEYÖ'nden** en az 23, en çok 115 puan alınabilmektedir. Alınan toplam puanın yüksek olması, genel öz etkililik-yeterlilik algısının yüksek olduğunu göstermektedir. KYSDÖ'nden ise en düşük 24, en yüksek 96 puan alınmaktadır. Değerlendirmede düşük puanlarda KY sağlık davranışlarının yetersiz olduğu, yüksek puanlarda ise KY sağlık davranışlarının yeterli olduğu şeklinde yorum yapılmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından SPSS 16.0 paket programına kodlanmış ve tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Öz yeterlilik algısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan bireylerin 75.18±7.83 yaş ortalamasıyla %50.5'inin kadın, %83.5'inin evli ve %42.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastalık süresi ortalama 104.87±66.36 ay olan bireyler %63.1 oranıyla KY fonksiyonel sınıf III'de yer almıştır. "ÖEYÖ" toplam puan ortalaması 58.27±1.37 iken, dört alt faktörden "davranışa başlama" için puan ortalaması 20.05±5.42, "davranışı sürdürme" için 17.29±4.90, "davranışı tamamlama" için 13.95±4.10 ve "engellerle mücadele" için 6.97±2.17 olarak saptanmıştır. Bireylerin "KYSDÖ"nden ortalama 55.70±12.10 puan aldıkları görülmüştür. Öz yeterlilik algısı ile sağlık davranışları arasında negatif yönde, çok zayıf, anlamlı olmayan bir korelasyon ($r=-0.06$, $p>0.05$) bulunmuştur.

Sonuç: Yukarıda özetlenen bulgular sonucunda, kalp yetersizliği olan 65 yaş ve üzerindeki bireylerin genel öz etkililik-yeterlilik algısının düşük, sağlık davranışlarının ise orta düzeyde yeterli olduğu görülmüştür. Öz yeterlilik algısı ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. KY olan bireylere sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireyin davranışları üzerinde davranış sürecini kontrol ederek etkili olan öz-yeterlilik algısına ilişkin bilgisinin olması önemlidir. Hemşirelerin öz yeterlilik algısı konusunda bilgilendikten ve KY olan bireyin kendi yeterliliğine ilişkin inancını geliştirdikten sonra sağlık davranışlarını yerine getirmede yardımcı olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, yaşlı, öz yeterlilik, sağlık davranışı

S27
KALP YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLILARDA SOSYAL DESTEK İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SERAP ÖZER[1], BİRGÜL VURAL DOĞRU[1], SERAP YILDIRIM[2], ÇİÇEK FADILOĞLU[1]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD
2. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ AD

Amaç: İlerleyen yaşlarda ortaya çıkan kalp yetersizliği (KY), hastanın hem hastalığına hem de tedavisine uyumunu zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, bakımda sosyal desteğin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. KY olan yaşlılarda sosyal destek eksikliğine bağlı olarak, kaygı ve depresyon başta olmak üzere pek çok ruh sağlığı sorununun yaşandığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır**.** Depresyonun da uzun dönemde yaşam kalitesini azalttığı, kısa dönemde ise fiziksel ve sosyal fonksiyonları zayıflatarak hastaneye yatışları ve mortaliteyi arttırdığı bildirilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda planlanan çalışma; kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişkisel türde olan araştırma Nisan 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında İzmir'deki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniğinde yürütülmüştür. Örnekleme; en az altı aylık KY tanısı olan, 65 yaş ve üzerinde, KY fonksiyonel sınıfı II ve III olan, mini mental durum testinden 23 puan üzerinde alan, iletişime girme sorunu olmayan, **önceki bir yıl içinde** miyokard infarktüsü geçirmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamı alınan, rastgele örneklem yolu ile seçilmiş 112 yaşlı dâhil edilmiştir. 18 sorudan oluşan"Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hasta Tanıtım Formu", toplam 12 maddeden oluşan "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ" ve 15 soru içeren "Geriatrik Depresyon Ölçeği-Kısa Form-GDÖ-KF" araştırmanın veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere üç alt ölçeği bulunan"ÇBASDÖ"de elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. "Evet-Hayır" seçenekleri kullanılarak yanıtlanan "GDÖ-KF"nda ise altı puan ve üzeri depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı-yüzde, ortalama puan hesaplamaları yapılmış ve kolerasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 71.34**±7.18 olup,** %77,7'sinin 65-74 yaş grubunda yer aldığı, %55,4'ünün erkek, %92,0'ının evli ve %31,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. KY süresi ortalama 47.55**±38.27** ay olan ve çoğu (%53,6) KY fonksiyonel sınıf III'e giren hastaların %80,4'ü KY dışında başka hastalığının olduğunu, %58,0'ı son bir yıl içinde iki kez hastaneye yattığını belirtmiştir. "ÇBASDÖ" toplam puan ortalaması 51.06**±10.87, alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla; aile için 26.28±2.79, arkadaş için 12.62±4.36, özel kişi için** 12.15±6.25 olarak saptanmıştır. "GDÖ-KF"ndan ortalama 8.90**±3.80** puan alan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon arasında negatif yönde, çok zayıf, anlamlı olmayan bir korelasyon ($r=-0.02$, $p>0.05$) bulunmuştur. Aile, arkadaş, özel kişi desteğinin olması ve kalp yetersizliği süresinin depresyon düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Sonuç : Elde edilen bulgular sonucunda, KY olan yaşlılarda algılanan sosyal destek orta, aile desteği yüksek, arkadaş ve özel kişi desteği ise orta düzey olarak değerlendirilmiştir. Depresyon tanı için anlamlı kabul edilen bir değerde saptanmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bazı puan ortalamaları depresyon düzeyini etkilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, yaşlı, sosyal destek, depresyon

S28
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. İBRAHİM KUTLUER

NÖROLOJİ UZMANI, ANKARA - HALİL ŞIVGIN ÇUBUK DEVLET HASTANESİ

Giriş ve Amaç : Evde bakım hizmetleri ile ilgili yönetmelik resmi gazetede 10.03.2015 tarih ve 25751 sayısı ile yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla evde bakım hizmeti veren sağlık kuru-

kuşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların , özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve easaları düzenlemektir.

Evde sağlık hizmetleri çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olna bireylere evinde ve / veya aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetinide kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Bu çalışmadaki amaç Ankara Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesinde 2012 yılındaki evde sağlık hizmetleri ile ilgili faaliyetleri değerlendirmek olmuştur.

Gereç ve Bulgular : 01. Ocak – 31 Aralık 2012 tarihleri arasında Ankara Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin demografik özellikleri, hangi bölüme yönlendirildikleri, yapılan hizmetler ve sonuçları ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Evde sağlık hizmetleri kriterlerine uyan toplam 210 hastanın tedavisi yapılmış, evde sağlık hizmeti için uygun olmayan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Müracaat eden hastaların oldukça büyük bir kısmını geriatrik yaş grubundak hastalar oluşturmaktadır. Bu grupta çoğunlukla demans, strok gibi nörolojik hastalıkların varlığı dikkat çekmektedir.

Sonuç : Hastanemizde bu hizmet Eylül 2011 de başlamış olup 2011 yılı ile karşılaştırıldığında 2012 yılında müracaat sayısında belirgin şekilde artış olduğu 2013 yılının ilk dört ayında daha önceki yılların aynı döneme göre artışın hızlandığı, hastalık çeşitliliğinin arttığı dikkat çekmektedir.

S29
YAŞLIDA MALNÜTRİSYONUN TANISINDA YENİ BİYOLOJİK BELİRTEÇLERİN ROLÜ

SİBEL AKIN[1], LEYLA BULUT [2], FATİH TUFAN[1], GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK[1], ASLI TUFAN[1], BÜLENT SAKA[1], NİLGÜN ERTEN[1], SEMA GENÇ[2], MEHMET AKİF KARAN[1]

1. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD GERİATRİ BD
2. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ BİYOKİMYA AD

Giriş: Malnütrisyon yaşlıda yaygın ve sıklıkla göz ardı edilen önemli bir sağlık problemidir. Beden kitle indeksi (BKİ), epidemiyolojik çalışmalarda nutrisyonel risk ve obezitenin tanımlanmasında tek başına ya da diğer antropometrik ölçümlerle kullanılan bir parametredir. Son yıllarda leptin, IGF-1, IGFBP-3'ün malnütrisyon tanısında biyolojik belirteç olarak kullanılabileceği öne sürülmektedir.

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız yaşlıda malnütrisyon tanısında BKİ ile leptin, IGF-1, IGFBP-3'ün arasındaki korelasyonu değerlendirmek.

Metod: Çalışmamıza geriatri polikliniğimize başvuran 159 hasta alındı. Malignite akut ve kronik enfeksiyonlar dışlandı. Sekiz saat açlık sonrası leptin, IGF-1, IGFBP-3 çalışılmak üzere kanları alındı. Mini nütrisyonel değerlendirme (MND) testi yapıldı, MND ≤17 puan malnütrisyon, 17-23,5 malnütrisyon riski ve ≥23 normal nütrisyon olarak üç gruba ayrıldı. BKİ'ye göre hastalar ≤18.5 (grup 1), BMI 18.5-24.9 (grup 2), BMI 25-29.9 (grup 3), BMI≥30 (grup 4) ayrıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 81.0±4.83 yıl idi. MND skoruna göre, %69.2'si (n=110) normal nütrisyonlu, %15.7'si (n=25) malnütrisyon riskli, %15.1'i (n=24) malnütre idi. BKİ'ye göre gruplara ayrılan hastaların serum leptin düzeyleri sırası ile; 13.7±24.6 ng/mL, 21.1±21.4 ng/mL, 45.2±72.3 ng/mL, 63.3±33.0 ng/mL idi (p=0.001). Leptin, BKİ ile kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla pozitif yönde korelasyon gösteriyordu (r=0.478 p= 0.001 kadın, r=0.379 p=0.029 erkek). Obez grupta(BKİ>30), diğer BKİ gruplarına göre leptin seviyesi belirgin yüksekti. IGF-1 veya IGFBP-3 ile BKİ arasında belirgin korelasyon yoktu(r=0.25, p=0.78; r=0.11, p=0.21).

Tartışma: BKİ kolay ölçülmesi, düşük maliyeti ve yağ kitlesi ile yüksek korelasyonu nedeni ile yaygın kullanılan malnütrisyon tarama yöntemlerinden biridir. Biz de çalışmamızda rutinde daha sık kullanılan ve kolayca hesaplanan bir parametre olan BKİ ile leptin arasında pozitif bir korelasyon bulduk. Özellikle de kadın hastalarda BKİ arttıkça leptin seviyesi belirgin artmıştı. IGF-1 veya IGFBP-3 ile BKİ arasında belirgin korelasyon yoktu.

S30
HUZUR EVİNDE KALAN YAŞLILARDA PARLAK IŞIK (DOĞAL GÜNEŞ IŞIĞI) TEDAVİSİNİN UYKU SORUNLARI VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

GÖNÜL DÜZGÜN[1], ASİYE AKYOL[2]

1. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ERİŞKİN ACİL SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ, İZMİR (UZM HEMŞ)
2. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, BORNOVA İZMİR (DOÇ. DR)

Amaç: Araştırma huzurevinde kalan yaşlılarda parlak ışık (doğal güneş ışığı) tedavisinin uyku sorunları ve uyku kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla deneysel araştırma olarak yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırmanın örneklemini İzmir'de bir dinlenme ve bakımevinde kalan 30 yaşlı deney, 31 yaşlı kontrol grubu olmak üzere toplam 61 yaşlı oluşturmuştur. Araştırma kriterlerini karşılayan yaşlı bireyler yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarına göre eşleştirilmiştir. Araştırma örneklemine 65 yaş ve üzerinde olan, majör depresyonu olmayan, düzenli egzersiz yapmayan, güneş alerjisi olmayan, uyku ilacı kullanmayan, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilen ve uyku kalitesi kötü olan yaşlı bireyler alınmıştır.. Veri toplama amacıyla Yaşlı Birey Tanıtım Formu, Yaşlı İzlem Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ve araştırma sonunda yaşlı bireyleri yaygın uyku bozuklukları ve genel uyku hijyen alışkanlıklarını içeren araştırmacının literatür doğrultusunda hazırlanmış olduğu uyku kitapçığı kullanılmıştır. Araştırmada 5 gün boyunca deney grubu sabah 8 ile 10 saatleri arasında belirtilen bakımevinin bahçesine çıkarılmış ve maksimum 2 saat direkt güneş ışığı uygulanmıştır. Uygulamadan beş gün sonra tekrar Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki yaşlı bireylere hiçbir girişimde bulunulmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, korelâsyon analizi, evren ortalaması önemlilik testi (one-sample t-test), bağımlı ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi (one-way anova) kullanılmıştır.

Bulgular: Deney grubundaki yaşlıların %63.3'ü kadın, %53.3'ü dul, %56.7'si lise mezunu, %86.6'sının geliri giderine denk, %40'ı 7 yıldan fazla daha uzun süredir bakım evinde kalmakta, %86.7'sinin kronik en az bir hastalığı bulunmaktadır. Kontrol grubundaki yaşlıların ise %61.3'ü kadın, %58.1'i dul, %61.3'ü lise mezunu, %71'inin geliri giderine denk, %38.7'si 7 yıldan daha uzun süredir bakım evinde kalmakta, %83.9'unun en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Deney ve kontrol grubundaki yaşlılar arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunun doğal güneş ışığına çıkmadan önceki ve çıktıktan sonraki uyku kalitesi alt bileşenleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.001$). Deney ve kontrol grubunun global uyku kalite puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubunda beşinci günden sonra uyku kalite puan ortalamasında anlamlı bir fark görülmezken de deney grubunda uyku kalite puanında anlamlı bir düzeyde düşme görülmektedir. Deney grubunun ilk ölçümde 10.45±1.98 olan global uyku kalitesi puanı, doğal güneş ışığına çıktıktan sonra 6.08±2.45'e gerilemiştir ($p<0.001$). Deney grubundaki yaşlı bireylerin beş gün sonunda global uyku kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p<0.05$), kontrol grubundaki yaşlı bireylerin uyku kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda nonfarmakolojik bir yaklaşım olan ışık tedavisinin kurumda kalan yaşlı bireylere uygulanması ve yaşlıların doğal güneş ışığından yararlanabilecekleri yaşam ortamları sağlanması önerilmektedir.

S31
İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GERİATRİK HASTALARDA AŞILANMA ORANLARI: ERKEN SONUÇLARIMIZ

SEVNAZ ŞAHİN[1], PINAR TOSUN TAŞAR[1], ALEV GARİP[2], NİYAZİ BOZKURT[2], HAMİDE SEZGİN ŞENGÜ[2], SONER DUMAN[2], FEHMİ AKÇİÇEK[1]

3. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI
4. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Giriş: Geriatrik yaş grubunda immünizasyon koruyucu hekimliğin önemli bileşenlerinden biridir. Eşlik eden hastalığı olsun ya da olmasın 65 yaş ve üzeri herkese influenza, pnö-

mokok, tetanoz aşılarının yapılması önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı; geriatrik yaş grubundaki kişilerde aşılanma sıklığını saptamaktır.

Hastalar ve Metod: 1 Şubat – 31 Mart 2013 tarihleri arasında iç hastalıkları polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, yaşam alanları, komorbit hastalık varlığı (HT, DM, KAH, KKY, Malignite, KBY, Kronik Akciğer Hastalığı) splenektomi öyküsü kayıt edildi. Hastalarda influenza, pnömokok, tetanoz aşı uygulaması sorgulandı, veriler SPSS 15. 0'a kaydedildi, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 1 Şubat – 31 Mart 2013 tarihleri arasında iç hastalıkları polikliniğimize başvuran 155 geriatrik hasta çalışmaya alındı. Hastaların % 59,4' ü kadın (n: 92) % 40,6' sı (n: 63) erkekti, ortalama yaş :72, 16 ± 5, 98 yıldı, hastaların büyük çoğunluğu % 49,7 (n:77) ilkokul mezunuydu, okur yazar olmayan hasta oranı % 22,6 (n: 35) olarak saptandı. Tüm hastalar evde yaşıyordu, huzurevinden gelen hiç hastamız yoktu. Hastaların büyük bir kısmında % 64, 3 oranında (n: 99) HT tanısı mevcuttu. Hastalarda aşılanma oranları; influenza aşısı için % 33,1 (n:51) oranında, tetanoz aşısı için % 14.9 (n: 23), pnömokok aşısı için % 11,7 (n: 18) olarak bulundu. Kronik hastalıklar tek tek incelendiğinde DM, HT, KAH, KKY, KBY Malignite ve Kronik Akciğer Hastalığı olanlarda pnömokok, tetanoz ve influenza aşısı uygulanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç ve Tartışma: Ülkemizde geriatrik hastalardaki aşılanma oranları ile ilgili veriler kısıtlıdır. Çalışmamızda geriatrik hasta gruplarında influenza, pnömokok ve tetanoz aşılanma oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın kısıtlılığı ilk iki aylık verilerin değerlendirmeye alınması nedeniyle vaka sayısının sınırlı olmasıdır. Bu nedenle belirlenmiş hedef süresi tamamlandığında daha yüksek vaka sayısı elde edilecek sonuçlar beklenmektedir.

POSTER BİLDİRİLER

P01
HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SARKOPENİ SIKLIĞI VE SARKOPENİYLE İLİŞKİLİ KLİNİK DURUMLAR

ARAS, S., AHMET YALÇIN, VARLI, M., CENGİZ KARAARSLAN, Ö., ATMIŞ, V., ATLI, T.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Amaç: Sarkopeni yaşlı popülasyonda kötü prognozun göstergelerinden biridir. Huzurevlerinde kalan yaşlılarda sarkopeni ile ilgili yeterince çalışma yoktur. Bu çalışmada, huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri bireylerde sarkopeni sıklığını ve sarkopeni ile ilişkili durumları araştırmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ankara Seyranbağları ve Kırkonaklar Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde kalan 65 yaş ve üzeri yaşlılar (n=192) çalışma için değerlendirmeye alındı. Sarkopeni tanısı için *The European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)* kriterleri kullanıldı. Azalmış kas kitlesi ile beraber azalmış kas gücü veya azalmış fiziksel performansın saptanması durumunda sarkopeni tanısı kondu. Hem sarkopeni tanısı hem de vücut yağ oranı, yağsız vücut kitlesi, günlük bazal metabolizma ve aktif metabolizma enerji değerlerini saptamak için *Bodystat Quadscan 4000 multi-frequency bioelectrical impedance analyser* cihazı kullanıldı. Tekerlekli sandalye, walker kullanan, ileri kognitif bozukluğu olan, yatağa bağımlı ve gönülsüz olan yaşlılar çalışmaya alınmadı (n=53). Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) Barthel GYA indeksi ile, enstrümantal yaşam aktiviteleri (EYA) Lawton-Brody enstrümantal günlük aktivite ölçeği ile değerlendirilirken, malnütrisyon Mini Nütrüsyonel Değerlendirme (MND) ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 139 yaşlıda sarkopeni değerlendirildi. Çalışma popülasyonun yaş ortalaması 79,21±7,87 bulundu. Sarkopeni sıklığı %24,5 (n=34) olarak saptandı. Diyabet oranı, huzurevinde kalış süresi, kullanılan ilaç sayısı, bazal metabolizma, aktif metabolizma, vücut kitle indeksi, EYA skoru, yürüme hızı, el sıkma testi ile değerlendirilen kas gücü, vücut yağ oranı, yağsız vücut kütlesi sarkopenili yaşlılarda sarkopenisi olmayan yaşlılara göre anlamlı düşük saptanırken, sarkopenisi olan yaşlılarda ortalama yaş, sarkopenisi olmayan yaşlılara göre anlamlı yüksek saptandı. Sarkopenili vakalarda %61,8 oranında malnütrisyon ve malnütrisyon riski saptanırken, sarkopenisi olmayan vakalarda %27,9 oranında saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,01). Sarkopenisi olan yaşlılarda %47,1 oranında malnütrisyon riski, %14,7 oranında malnütrisyon saptanırken, sarkopenisi olmayan yaşlılarda malnütrisyon riski %21,2 oranında, %6,7 oranında malnütrisyon saptandı.

Sonuç: Sarkopeni huzurevinde kalan yaşlılarda sık görülen bir durum olup (%24.5), sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Malnütrisyon ve ileri yaşla da ilişkili görülmektedir.

P02
YAŞLILARDA DEMANS VE TİPLERİ İLE NABIZ DALGA HIZI ARASINDAKİ İLİŞKİ

AHMET YALÇIN,[1] ATLI, T.,[1] NERGİSOĞLU G.,[2] VARLI, M.,[1] ARAS, S.,[1] KUTLAY, S.,[2] CENGİZ KARAASLAN, Ö.,[1] ATMIŞ, V.[1]

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, NEFROLOJİ BİLİM DALI

Amaç: Demans yaşlı popülasyonda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisi olup, en sık görülen tipleri Alzheimer hastalığı (AH) ve vasküler demanstır (VaD). Alzheimer hastalığı nörodejeneratif süreçlerle ilişkiliyken, VaD vasküler patolojilerin bir sonucudur. Ancak son yıllarda kardiyovasküler hastalıklar ile AH arasında ki ilişkiyi gösteren çalışmaların artması, hastalığın etyopatolojisinde nörodejeneratif süreçlerin yanında vasküler faktörlerin de yer alıyor olabileceğini düşündürmektedir. Arteriyel sertlik (AS) yaşlanma, çevresel ve genetik faktörler sonucunda damarlarda oluşan fonksiyonel ve yapısal değişiklikler olarak tanımlanır ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Son yıllarda AS'in bilişsel fonksiyon ve demans ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada AS göstergelerinden biri olan nabız dalga hızının (NDH) demans, AH demansı, VaD ile ilişkisini ve bu iki demans tipi arasında AS için fark olup olmadığını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 50'si demans ve 22'si kontrol grubunda olmak üzere toplam 72 olgu alındı. Demans vakalarının 22 tanesini AH, 28 tanesi VaD idi. Olguların demografik verileri ve tıbbi hikayeleri alındıktan sonra NDH doppler yöntemi ile karotis ve femoral arterlerdeki nabız dalgaları

kullanılarak hesaplandı. Nabız dalga hızını etkileyecek laboratuvar parametrelerinden açlık kan şekeri (AKŞ), lipid seviyeleri, insülin düzeyleri çalışıldı ve insülin direnci değerlendirildi. Olgulara 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümü uygulandı.

Bulgular: Nabız dalga hızı demans grubunda (11,1±2,6 m/sn.) kontrol grubundan (10,0±3,1m/sn.) daha yüksek bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber anlamlılık düzeyine çok yakındı (p=0.07). Üç grup karşılaştırıldığında NDH VaD grubunda (11,3±3,1 m/sn.) ve AH grubunda (10,7±2,0 m/sn.) kontrol grubundan (10,0±3,1 m/sn.) daha yüksekti ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). İnsülin, homosistein, insülin direnci lipid düzeyleri, AKŞ, 24 saatlik ortalama diyastolik basınç ve ortalama arter basıncı üç grup arasında farklılık göstermedi (p>0,05). Ambulatuvar kan basıncı ölçümleri sonuçlarında sadece ortalama sistolik basınç demans grubunda (118,8±13,9 mmHg.) kontrol grubundan (113,3±13 mmHg.) anlamlı yüksek bulundu (p=0,04).

Sonuç: Nabız dalga hızı hem VaD hem de AH olgularında kontrol grubundan daha yüksek olarak bulundu. Ancak demans ve AS'nin kardiyovasküler risk faktörlerine bağlı iki ayrı patoloji mi olduğu yoksa AS'nin VaD ve AH'ya bağlı demans için bağımsız bir risk faktörü mü olduğunu tespit etmek için geniş ölçekli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

P03
POLİFARMASİ VE YAŞLILIK

ASLI KILAVUZ[1], SUMRU SAVAŞ[2], FULDEN SARAÇ[2], M. AKİF YALÇIN[2], FEHMİ AKÇİÇEK[2]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
2. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş ve Amaç: Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını ifade eden "Polifarmasi" aynı zamanda genellikle birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilaç kullananların çoğunluğunu yaşlılar oluşturmaktadır. İlaç tedavisinin amacı yaşlının hastalıklarının iyileşmesini sağlamaktır. Ancak gerekli yada gereksiz çoklu ilaç kullanımı bazı problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Polifarmasi ile ilişkili problemler ilaç yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimleri, artan tedavi harcamaları, ilaç uyumsuzluğu, artan hospitalizasyon, medikasyon hataları şeklinde sıralanabilir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki riski de katlanarak artmaktadır. İki ilaç kullanımında potansiyel yan etki riski %6 iken, beş ilaç kullanımında bu oran %50'ye, 8 ve daha fazla ilaç kullanımında ise neredeyse %100'e ulaşmaktadır.

Bu çalışmada; ileri yaştaki olgularda kronik hastalıklarıyla ilgili çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) belirlenmesi amaçlandı.

Hastalar ve yöntem: Çalışmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniğine ardışık olarak başvuran 34 yaşlı hasta (>60 yaş) (ortalama yaş :71.8±6.8; 22 kadın, 12 erkek) dahil edilmiştir. Hastaların anamnez ve fizik muayeneleri sırasında; kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaçları kaydedilmiştir. Veriler yüzdelik veri olarak verilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 71.8±6.8 idi. Kullanılan ilaç sayısı ortalaması ise 3.61±1.93 olarak hesaplandı. Kronik hastalıkları oranı incelendiğinde; %38,2 hastada diabetes mellitus , %55.9 hastada kardiyovasküler sistem, % 26.5 hastada tiroid bezi kökenli hastalıklar tespit edilmiştir. En az sayıda ilaç kullanımı 1 ilaç, en fazla ilaç kullanımı sayısı 9 olarak bulunmuştur. 60-69 yaş aralığında ilaç ortalaması 3 ilaç, 70-79 yaş aralığında 4 ilaç, 80-89 yaş aralığında ise 4 ilaç olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: 70 yaş ve üzerinde kullanılan ilaç sayısı artmaktadır**.** Özellikle 70 yaş ve üzerinde hekimlerin hastaların tedavilerini düzenlerken kullandıkları ilaçları tek tek gözden geçirmeleri ve polifarmasi nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunları dikkate almaları gerekmektedir.

P04
YAŞLI VE UNUTKANLIK: HEMEN DEMANS DEMEYELİM! OLGU SUNUMU

ASLI TUFAN[1], TİMUR SELÇUK AKPINAR[2], RAİM İLİAZ[1], SEVİLAY NADİR[3],GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK [1], NİLGÜN ERTEN[1], CEMİL TAŞÇIOĞLU[2], MEHMET AKİF KARAN[1]

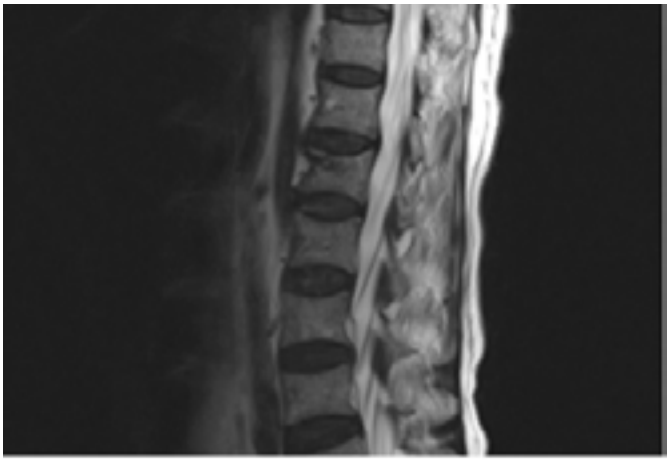
1. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI GERİATRİ BİLİM DALI
2. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
3. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Giriş: Demans kazanılmış yüksek kortikal fonksiyonlarda bozulma, kişilik, davranış ve işlevsellikte etkilenme, günlük yaşamda (iş, sosyal ilişkiler) bozulma ile seyreden progresif seyir gösteren dejeneratif veya yapısal beyin hastalığıdır. Demans nedenleri içinde dejeneratif,vasküler,metabolik, infeksiyöz, toksik sebepler sayılabilir.

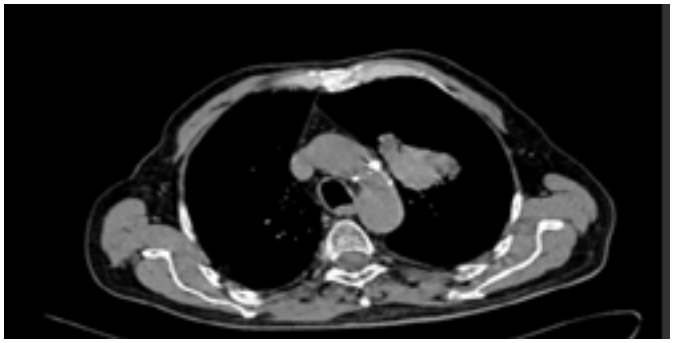
Bu vakada ani mental durum değişikliği ile başvuran atipik seyirli unutkanlık şikayeti olan bir hastanın ayırıcı tanısını yapmayı hedefledik.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta unutkanlık,sinirlilik ve bel ağrısıyla polikliniğimize başvurdu.Özgeçmişinde özellik yoktu. İlaç kullanmıyordu.Unutkanlığının yakın başlangıçlı olması ve bel ağrısı ile yakın dönemde ortaya çıkması nedeniyle unutkanlık ayırıcı tanısında deliryum düşünüldü.Bu amaçlı yapılan ileri sorgulamada özellikle geceleri saçma konuşmaların eşlik ettiği dalgalanan tarzda olduğu öğrenildi..Bel ağrısı da 2 aydır hareketle artıyor ve uykudan uyandırıyordu. 40paket/yıl sigara alışkanlığı vardı.Fizik muayenede ve çok yönlü geriatrik değerlendirmede özellik yoktu. Minimental testteki skoru 26/30 .Sedimentasyon 63mm/sn, CRP 15.7 mg/l ,kan sayımı ve diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Kranial MR sağ frontotemporal bölgede 28x11 mm ve frontal lob posterior unda 31x15 mm solid kitle lezyon saptandı.Bel ağrısı için yapılan dorso lomber grafi yükseklik kaybı ve kemik sintigrfisinde dorsal 5 ve lomber 1. vertebrada litik metastaz rapor edildi. Sigara hikayesi olduğundan çekilen toraks tomografisinde sol akciğer üst lobda 46x48 mm boyutlarında nodul bulundu. Akciğerdeki kitleden alınan bronkoskopik biyopsi küçük hücreli akciğer kanseri olarak bildirildi.Hasta kemo-radyoterapi almak üzere onkoloji polikliniğine sevk edildi.

Sonuç: Demans yaşla sıklığı artan bir durum olmasına rağmen davranışsal semptomlar ve kognitif problemler hemen hastanın yaşı, demansı ve yorgunluk ile ilişkilendirilmemelidir. Öncelikle deliryum olasılığının farkında olunmalıdır. Özellikle ani mental durum değişiklikleri ve atipik seyirler altta yatabilecek sekonder sebeplerin dışlanmasını gerektirir.Bu sebeple görüntüleme tekniklerinden yararlanmak yer kaplayan lezyonlar, ensefalit,vasküler demans, otoimmun hastalıklar ve vaskülitler açısından değerlidir.Ayrıca deliryuma sebep olacak ilaçlar ve toksinler ,infeksiyonlar,metabolik anomaliler ve ağrı ayırıcı tanıda gözden geçirilmelidir.



Şekil 1: Dorsolomber MRI



Şekil 2:Toraks BT(sol akciğer üst lobda 46x48 mm boyutlarında nodul)

P05
İLERİ YAŞLI (≥ 85 YAŞ) İLE DAHA GENÇ YAŞLILAR ARASINDA İNFLAMATUAR VE OKSİDATİF STRES BELİRTEÇLERİ ARASINDA FARK VAR MI?

MUSTAFA KEMAL KILIÇ, MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU, ÖZGÜR KARA, MEHMET EMİN KUYUMCU, YUSUF YEŞİL, GÜNEŞ ARIK, BURCU BALAM YAVUZ, MELTEM HALİL, MUSTAFA CANKURTARAN, SERVET ARIOĞUL

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş: Yaşlanma sürecinde oksidatif stresin rolü önemlidir. Oksidatif stres sağlıklı yaşlanma haricinde demans, konjestif kalp yetmezliği, serebrovasküler olay, viseral obezite, diyabetik kronik komplikasyon gelişimi, kronik yorgunluk sendromu, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon gibi sık rastlanan sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada oksidatif stres ve bunun dolaylı göstergeleri olan inflamatuar belirteçlerin ileri yaşlı (85 yaş ve üzeri) popülasyonda diğer geriatrik popülasyondan farklılık göstereceği hipotezi test edilmektedir.

Materyal-Metod: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi Polikliniği'ne başvuran 85 yaş ve üzeri 42 hasta, 65 ile 84 yaş arası 1112 hasta alınmıştır. Demans, koroner arter hastalığı, Parkinson Hastalığı ve SVO tanısı bilinen hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Oksidatif stres belirteçleri olarak homosistein, ürik asit, albumin ve total bilirubin, inflamatuar belirteçler olarak CRP ve ESR düzeylerine bakılmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 15. versiyon kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların 407'si (%35,3) erkek, 747'si (%64,7) kadındı. İleri yaşlı ve daha genç yaşlı hasta grupları total billirubin ve homosistein düzeyleri açısından kıyaslandığında ileri yaşlı grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseklik saptandı. (Sırasıyla p=0,026 ve p=0,004). Homosistein düzeyi farklılığının vitamin B12 eksikliğine bağlanabileceği düşünülerek iki grup arasında vitamin B12 düzeyleri kıyaslandı, anlamlı fark saptanmadı. ESR ve CRP düzeyleri ileri yaşlı grupta beklenildiği üzere daha yüksek saptandı, ancak istatistiksel açıdan önemli fark yoktu.

	65-84 yaş grubu (n=1112)	85 yaş ve üzeri grup (n=42)	P değeri
ESR, mm/s	19,6±16,6	20,4±12,9	0,771
CRP, mg/dl	0,35 (min-max:0,02-20,50)	0,37 (min-max: 0,10-3,00)	0,079
Albumin, g/dl	4,2±0,4	4,1±0,3	0,152
Ürik asit, mg/dl	5,3±1,9	5,6±1,3	0,416
Total billirubin, mg/dl	0,67±0,56	0,87±0,56	**0,026**
Homosistein, µmol/L	16,8±7,9	20,5±6,7	**0,004**
Vitamin B12, pg/ml	273(min-max: 31-1200)	276(min-max: 103-1200)	0,570

Sonuç: Önceki çalışmalarda oksidatif stresin yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir. İncelenen parametreler arasında malondialdehit, protein karboniller, 4-hidroksi-2,3-trans-nonenal, indirgenmiş glutatyon, glutatyon disülfit gibi direkt oksidatif stres belirteçleri incelenmiştir. Ancak dolaylı yoldan inflamatuar belirteçlerin de oksidatif hasarı gösterebileceği bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda CRP ve ESR gibi inflamatuar belirteçler kullanılmıştır. Daha önceki çalışmaların aksine iki grup arasında oksidatif yük yönünden anlamlı fark saptanmamasında bu parametrelerin non-spesifik olarak pek çok durumdan etkilenmesi etken olabilir. İleri yaşlı grup ile genç yaşlı grup arasındaki fark değerlendirildiğinde homosistein ve billirubin düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir. Oksidatif stres yanı sıra bu belirteçleri etkileyen non-spesifik pek çok durum söz konusudur. Total billirubin düzeyinin yüksek olmasının yaşlılarda tip 2 diyabet gelişiminden ve fonksiyonel olarak bakıcıya muhtaçlık halinden koruyucu olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Bu yönüyle yaş ilerledikçe total billirubin düzeyinin de yükselmiş bulunması önceki çalışmaların bulgularıyla bizim çalışmamızın örtüşen tarafıdır. Homosistein yüksekliğinin kognitif fonksiyonlarda zayıflama ve periferik arter hastalığı gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada koroner arter hastalığı ve demans vakaları dışlanmıştır. Vitamin B12 düzeyleri arasında önemli fark saptanmaması nedeniyle bu yüksekliğin nedeninin oksidatif stres olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak çalışmamızda ileri yaşlı grup ve daha genç yaşlı grup karşılaştırıldığında oksidatif stres yönünden homosistein düzeyi haricinde fark bulunamamıştır. Bu nedenle çalışmanın retrospektif ve kesitsel oluşu göz önünde bulundurulduğunda sonuçların teyit edilebilmesi için prospektif daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulacaktır.

P06
YAŞLI HASTALARDA KORONER ARTER HASTALIĞI İLE NÖTROFİL LENFOSİT ORANI ARASINDAKİ İLİŞKİ

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU[1], MEHMET EMİN KUYUMCU[1], MUSTAFA KEMAL KILIÇ[1], ESAT ÇINAR[2], ÖZGÜR KARA[1], GÜNEŞ ARIK[1], BURCU KIZILARSLANOĞLU[3], MELTEM HALİL[1], YUSUF YEŞİL[1], BURCU BALAM YAVUZ[1], MUSTAFA CANKURTARAN[1], SERVET ARIOĞUL[1]

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI,
2. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI,
3. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç: İnflamasyon koroner arter hastalığında (KAH) önemli bir rol oynamaktadır ***(Ross R. N Engl J Med 1999;340:115-26, Hansson GK. N Engl J Med 2005;352:1685-95)***. İnflamasyonu göstermek için C reaktif protein (CRP), eritrosit sedimantasyon hızı, beyaz küre sayısı (WBC) ve alt tipleri gibi bilinen bir**çok markı**r vardır. Nötrofil lenfosit oranı (NLO) inflamatuar etkiyi göstermede kullanılan yeni bir göstergeçtir. Ucuz ve kolay kullanılabiliyor olması en önemli avantajlarıdır. NLO'nun KAH'da morbidite ve mortaliteyle ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (***Uthamalingam S, et al. Am J Cardiol 2011;107:433-8, Ergelen M, et al. Clin Appl Thromb Hemost 2013)***. Ancak yaşlı hastalarda KAH ile NLO arasında nasıl bir ilişki olduğu bilinmemektedir. Çalışmamızda bu durumu incelemek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Üçüncü basamak bir Üniversite hastanesi Geriatri Bilim Dalı'nda 2422 hastanın bulunduğu veri tabanı retrospektif, kesitsel olarak incelendi. İnflamatuar süreci etkileyebileceği düşünülen hastalıkları olan hastalar çalışmadan dışlandıktan sonra 239 KAH olan ve 268 KAH olmayan (kontrol grubu) toplam 507 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların karakteristik özellikleri, hastalıkları, laboratuar verileri ve NLO'ları incelendi. Gruplar arasındaki farklar analiz edildi.

Bulgular: Her iki grubun yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları benzerdi. KAH olanlarda NLO (2,34'e karşın 2,03 p=0,003) daha fazlaydı. ROC analizi sonucunda KAH için NLO sınır değeri 1,96 olarak tespit edildi (%66,5 sensitivite, %48,8 spesifite, %54,1 pozitif prediktif değer, %61,7 negatif prediktif değer, AUC:0,575). Multivariate analizde NLO (OR: 1.208, 95% CI: 1.008–1.447, p = 0.041) ve sigara içme (OR: 2.281, 95% CI: 1.037–5.019, p=0.040) ile KAH arasında bağımsız bir ilişki olduğu görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışmada yaşlı, KAH olanlarda NLO'nın daha yüksek olduğu ve aynı zamanda sigara kullanımıyla beraber KAH için bağımsız ilişkili faktörler olduğu gösterilmiştir.

Table 1. Hastaların Demografik ve Klinik özellikleri ile Biyokimyasal Parametreleri, Akut Faz Reaktanları ve NLO Değerleri

Parametreler	KAH olan grup n = 239	Kontrol grup n = 268	P değeri
Yaş, yıl	73± 7	72 ± 6	0,08
Cinsiyet (Erkek), n (%)	104 (43,5)	99 (36,9)	0,13
VKİ, kg/m2	26,5 ± 3,8	26,4 ± 3,3	0,83
HT, n (%)	166 (69,5)	178 (67,2)	0,58
Sigara Kullanımı, n (%)	75 (31,4)	68 (25,4)	0,15
Total Kolesterol, mg/dL	209 ± 49	213 ± 44	0,32
LDL-kolesterol, mg/dL	124 ± 43	148 ± 31	0,23
Trigliserit, mg/dL	137 ± 65	134 ± 71	0,61
HDL-kolesterol, mg/dL	57 ± 14	59 ± 15	0,32
AKŞ, mg/dL	95 ± 18	95 ± 13	0,54
BUN, mg/dl	19 ± 6	18 ± 6	0,24
Kreatinin, mg/dL	0,96 ± 0,33	0,89 ± 0,25	**0,02**
AST, U/L	22 ± 9	23 ± 11	0,56
ALT, U/L	19 ± 9	20 ± 9	**0,02**
Hemoglobin, g/dl	13,7 ± 1,2	13,9 ± 1,3	0,18
WBC, /µl	6548 ± 1378	6406 ± 1346	0,24
PLT, /µl	240037 ± 66991	249146 ± 60430	0,11
NLO, medyan (min.-max.)	2,34 (0,76 – 8,20)	2,03 (0,73 – 6,17)	**<0,01**
ESR, mm/saat	17 ± 11	16 ± 12	0,37
CRP, mg/dl	0,54 ± 0,47	0,51 ± 0,46	0,45

VKİ = Vücut Kitle indeksi; WBC = white blood cell; PLT = platelet; BUN = blood urine nitrogen;
AKŞ = Açlık Kan Şekeri; LDL = low-density lipoprotein; HDL = high-density lipoprotein; ALT = alanine aminotransferaz; AST = aspartat aminotransferaz; HT = hipertansiyon; KAH = Koroner arter hastalığı; NLO = nötrofil-lenfosit oranı; ESR = eritrosit sedimentasyon hızı; CRP = C-reaktif protein

P07
GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNDE BAKILMIŞ 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN TORAKS BT BULGULARI

EGE GÜLEÇ BALBAY

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖĞÜS HASTALILARI ANABİLİM DALI, DÜZCE

Giriş: Son yıllarda klinisyenler tarafından daha fazla radyolojik görüntüleme tetkiklerine başvurma ihtiyacı duyulduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada Göğüs hastalıkları polikliniklerinde geriatrik hastalardan istenen Toraks Bilgisayarlı Tomografileri (BT)'nin hangi nedenlerle istendiğini ve saptanan radyolojik anormallikleri araştırmak amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıklar polikliniğimizde 1 Ocak-31 Mart 2013 tarihleri arasında bakılmış 65 yaş üstü hastalardan istenmiş Toraks BT'ler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 3245 polikliniğe başvurmuş hastadan istenen 207 tomografinin %32.3'ü (n:67) 65 yaş üstü hastalara aitti. Yaş ortalamaları 73±5.99 olan 67 hastanın 46'sı erkek (%68.7) ti. ICD kodlarına bakıldığında en sık 19 hastada öksürük (%28.4) ve 17 hastada akciğerin tanısal görüntülenmesinde anormal bulgular (%25,3) nedenleriyle Toraks BT istenmişti. İstenen tomografilerin %97 (n:65)'sinde patoloji saptanmıştı. En sık görülen radyolojik anormallikler sırasıyla lenfadenopati %31,3 (n:21), fibrotik değişiklik %23.9 (n:13), amfizem %20.9 (n:14), kitle %19.4 (n:13), buzlu cam %19.4 (n:13), peribronşial kalınlaşma %17.9 (n:12), plevral efüzyon %13.4 (n:9) idi.

Sonuç: Göğüs hastalıkları polikliniğimizde değerlendirilen hastaların önemli bir yüzdesini geriatrik hastalar oluşturmaktadır ve istenen Toraks BT'lerin hemen hemen tamamında patolojik bulgu saptanmıştır.

P08
YAŞLI BİR HASTADA KORONER ANJİOGRAFİ SONRASINDA GELİŞEN AKUT ŞİDDETLİ HİPONATREMİ – OLGU SUNUMU

EMİN TAŞKIRAN[1], SİBEL DEMİRAL SEZER[1], DERYA BELLEKÇİ[1], SERMİN KAYMAK[1], BİLGİN DEMİR[1], MURAT HAKAN AKYURT[1]

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, DAHİLİYE KLİNİĞİ, İZMİR.

Giriş: Çoğu hasta asemptomatik seyretmesi ve tedavi gerektirmemesine rağmen, hiponatremi bazen ciddi komplikasyonlara yol açabilir. 73 yaşındaki olgumuzda koroner anjiografinin pek de sık olmayan bir komplikasyonu olarak izole hiponatremi, kontrast nefropatinin diğer bulguları eşlik etmeden semptomatik olarak ortaya çıkmıştır.

Olgu: Bilinen tip 2 diabetes mellitus (DM) , hipertansiyon (HT) ve kalp yetmezliği (KY) tanıları olan 73 yaşında kadın hastaya, yatışından 5 gün önce koroner anjiografi (KAG) yapılmış. Bundan sonra bulantı, kusma, halsizlik ve iştahsızlık şikayetleri başlamış. İdrar çıkışı normal olan hastanın HT nedeniyle 10 yıldır tiazid diüretik kullanım öyküsü mevcuttu. KAG'den önce tiazid diüretik kullanırken yapılan tetkiklerinde Na:137mmol/l ölçülmüş. Hastaya KAG sırasında noniyonik monomerik iyoheksol içerikli kontrast maddeden 100ml içerisinde 350mg verildiği öğrenildi.

Hastanın kliniğimize yatışında bilinci açık oryante ve koopereydi. Tansiyon arteriyel : 120/70mmHg , nabız :72/dak idi. Fizik muayenede başka bir anormal bulgu saptanmayan hastanın yakınlarının verdiği bilgiye göre hastanın son 2-3 gündür mental fonksiyonlarının yavaşlamış olduğu öğrenildi. Ancak nörolojik muayenesi olağandı.

Laboratuar tetkiklerinde: Na:103mmol/l, Cl:73mmol/l, K:3.7mmol/l Kre:1.1mg/dl saptandı. GFR:51ml/dk olarak hesaplandı. Arteriyel kan gazında hipokloremik metabolik alkaloz saptandı. n24 saatlik idrarda protein 130mg/lt , sodyum 30 mmol/lt ölçüldü. Kan ozmolaritesi 247 mosm/ kg olarak hesaplandı.

Fizik muayene ve mevcut verilere dayanılarak hasta hipotonik normovolemik hiponatremi olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanı için alınan sabah açlık kortizolü normal saptandı. Tiroid fonksiyon testleri normal saptandı. Hastanın bulguları uygunsuz ADH sendromuyla uyumlu değildi. Hastanın öz-

geçmişinde hiponatremi açısından risk faktörü olarak tiazid diüretik kullanımı mevcuttu. Sodyum açığı 438 meq olarak saptandı. %3lük NaCl ile açığın yarısı ilk 8 saatte, kalanı 16 saatte olmak üzere replase edildi. Hastanın ertesi gün ölçülen sodyum 125mmol/lt saptandı. Tedaviye izotonik NaCl infüzyonu ile devam edildi. 3. Günün sonunda kontrol sodyum 133 mmol/lt saptanınca hasta taburcu edildi. Hastanın önceden kullandığı tiazid diüretiği kesildi.

TARTIŞMA: Tiazid diüretiklerin hiponatremiye yol açtığı iyi bilinmektedir. Ancak vakamızdaki hiponatremi sadece tiazid diüretiği kullanımıyla ilişkilendirilemeyecek kadar derin olup KAG öncesinde normal düzeylerde saptanmıştır. KAG'den sonra, 5 gün içinde giderek artan halsizlik, bulantı, çevreyle iletişimde azalma gelişmişti. Bu klinik tablo hiponatremi ayırıcı tanısı yapıldığında, kontrast nefropati gelişmeden izole hiponatremi olarak yorumlandı. Böbrek fonksiyon testleri takibinde normal seyretti.

Hastamızın KAG sırasında da kullanmakta olduğu tiazid diüretiği belki de kontrast maddenin tetiklediği meduller hipoksi ve natriüreze katkıda bulunmuş olabilir. Bunun kesinleşmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte tiazid diüretiği kullanan hastalarda kontrast madde kullanımından önce medikasyona ara verilmesi, hiponatremiye yatkınlığı azaltabilir.

P09
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZ YAŞLILARDA MENTAL DÜZEY VE MOBİLİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

DR. FZT. EMRE BASKAN, DOÇ. DR. NESRİN YAĞCI

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON YÜKSEKOKULU, DENİZLİ

Amaç: Bu çalışma günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan yaşlılarda mental düzey ile mobilite arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Denizli Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan ve Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite İndeksine göre tam bağımsız olan 38'i erkek, 22'si kadın toplam 60 gönüllü yaşlı olgu dâhil edilmiştir. Olguların mental düzeylerini belirlemek için Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılmıştır. Çalışmada yaşlılar, SMMT'den 24 puan altında alan (Grup I: mental fonksiyon bozukluğu olanlar) ve 24 puan ve üzeri alan (Grup II: mental fonksiyon bozukluğu olmayanlar) olarak ayrılarak incelenmiştir. Mobilite düzeyleri için Rivermead Mobilite İndeksi (RMİ) ile kol fonksiyonları yürüme ve dengenin değerlendirildiği toplam 7 alt başlığı olan mobilite değerlendirmesi (MD) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 70,88±5,83yıldı (Min: 65- Max: 89). Yaşlıların %46,7'si emekli, %51,7'si ilkokul mezunuydu. SMMT toplam puanları ortalama 23,38±3,98 olarak bulunurken, orta ve hafif bilişsel bozukluğu olan 32 yaşlı mevcuttu. Grup I'in mobilite skoru (5,18±2,29) ve RMİ puanı (13,15±2,14), Grup II'ye göre (6,60±0,62) (14,67±0,47) daha düşük bulunurken, aradaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,002). Çalışmada ayrıca SMMT puanları ile RMİ puanları (r=,450) ve MD skorları (r=,480) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p=0,0001).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda yaşlılarda mental fonksiyonlar bozuldukça, mobilite fonksiyonlarında da problemlerin yaşandığı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Mental düzey, Mobilite.

P10
PRİMER HİPOTİROİDİ SAPTANAN HASTALARDA YAŞA GÖRE KAS AĞRI SIKLIĞI VE BİYOKİMYASAL ÖZELLİKLER

FULDEN SARAÇ, SUMRU SAVAŞ, MEHMET AKİF YALÇIN, FEHMİ AKÇİÇEK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş: Hipotiroidili olguların ilk başvuru şikâyetlerinin hem çocuklar, hem erişkinler için kas-iskelet sistemine ait semptomlar olabileceği bildirilmiştir. Hipotiroidiye bağlı miyopatinin hipotiroidili olgularda yüksek oranda (%30-%80) bulunduğu, proksimal kas güçsüzlüğü, hafif egzersizle baş-

layan kas ağrıları, kas krampları, derin tendon reflekslerinde azalma gibi semptomlara yol açtığı bildirilmiştir Çalışmada; primer hipotiroidi saptanan hastalarda; ≥60 yaş ve <60 yaş arasında kas ağrısı sıklığı ve biyokimyasal özellikler açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Hastalar ve yöntem: Çalışmamızda İç Hastalıkları polikliniğimize başvuran; ≥60 yaşında 27 (ortalama yaş 63.3±9.1 yıl, 19 kadın, 8 erkek) ve <60 yaşında 30 (ortalama yaş 39.1±5.3 yıl, 23 kadın, 7 erkek) hasta alındı. Sorgulama ve fizik muayene sonrası tüm bireylerin biyokimyasal düzeyleri değerlendirildi. Tüm hastalarda tiroid fonksiyon testleri ölçüldü.

Bulgular: Altmış yaş üzeri grupta, 25 hastada kas ağrıları tanımlanırken; <60 yaş grubunda 20 hastada bulundu. Biyokimyasal değerler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Tüm hastaların biyokimyasal verileri

	≥60 yaş N= 27	<60 yaş N= 30	
TSH (µIU/ml)	16.9±3.79	22.8±5.3	0.001
FT3 (pg/ml)	2.0±0.1	1.9±0.9	0.03
FT4 (ng/dl)	0.9±0.01	0.80±0.1	0.30
Kreatinin fosfokinaz [CPK] (U/L)	440.0±70.9	307.5±54.6	0.02
LDH (U/L)	348.6±30.4	240.7±15.8	0.70

Sonuç: İleri yaştaki hipotiroidili olgularda, gençlerle karşılaştırıldığında kas ağrısı sıklığı yüksek orandadır. Doğru orantılı olarak CPK kan düzeyleri de ileri yaş grubunda daha yüksektir.

P11
PİOGLİTAZON TEDAVİSİ EKLENEN TİP 2 DİYABETİK OLGULARDA, TÜMÖR BELİRTEÇLERİ CEA VE C19-9 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FULDEN SARAÇ, SUMRU SAVAŞ, FEHMİ AKÇİÇEK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş: Çeşitli otoimmun hastalıklarda karbonhidrat antijen 19-9 (Ca 19-9) yüksekliği görülebilir. Yüksek karsinoembriyojenik antijen (CEA) düzeyleri; sigara içenlerde, enflamatuvar barsak hastalığında, fibrokistik meme hastalığında ve kronik obstrüktif akciğer hastalığında görülebilir. Az sayıdaki çalışmada; Ca 19-9, diyabetik hastalarda ekzokrin bez ve hücresel fonksiyon bozukluğunun gösterilmesinde bir belirteç olarak gösterilmiştir. Bu çalışmada; Tip 2 diabetes mellitus'lu oral antidiyabetik ilaç kullanırken; pioglitazon tedavisi eklenen ve eklenmeyen hastalarda CEA ve Ca19-9 düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Hastalar ve yöntem: Çalışmaya İç Hastalıkları polikliniğine başvuran; 80 (ortalama yaş 55.4±11.1 yıl) Tip 2 diyabetli hasta alındı. Oral antidiyabetik ve tıbbı beslenme tedaviyle kan şekeri regülasyonu sağlanamayan ve pioglitazon eklenen 30 hasta (ortalama yaş 62.7±9.9 yıl, 21 kadın, 9 erkek) ve pioglitazon eklenmeyen 50 (ortalama yaş 51.0±11.7 yıl, 33 kadın, 17 erkek) hasta alındı. Sorgulama ve fizik muayene sonrası tüm bireylerin biyokimyasal düzeyleri değerlendirildi. Tüm hastalarda; pioglitazon kullanımı e az 2 yıl süreliydi. Tüm veriler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Pioglitazon eklenen diyabetik hastalarda; ortalama kullanım süresi 2.9±0.8 yıl olarak saptandı. Kullandıkları oral antidiyabetik tedaviye pioglitazon tedavisi eklenen hastalarda ortalama CEA ve Ca 19-9 düzeyleri sırasıyla 21.9±1.1 U/ml ve 11.1±2.8 U/ml ölçüldü. Pioglitazon almayan grupta 21.9±1.1 U/ml ve 11.1±2.8 U/ml saptandı ($p>0.05$).

Sonuç: Diyabetik hastalara 2 yıl süreyle pioglitazon tedavisinin eklenmesiyle, kullanmayanlara göre, CEA ve Ca 19-9 düzeylerinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır.

P12
İLERİ YAŞTAKİ METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA ORAL GLİKOZ TOLERANS TESTİNİN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

FULDEN SARAC[1], SEFA SARAÇ[2], SUMRU SAVAŞ[1], MEHMET AKİF YALÇIN[1], FEHMİ AKÇİÇEK[1]

4. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI
1. ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KARDİYOLOJİ DEPRARTMANI

Giriş: Çalışmada; ileri yaştaki metabolik sendromlu olgularda, oral glikoz tolerans testiyle glikoz metabolizmasının değerlendirilmesi amaçlandı..

Hastalar ve yöntem: Çalışmaya İç Hastalıkları polikliniğine başvuran ve ATP III kriterlerine göre 30 (ortalama yaş 60.9±12.9 yıl, 21 kadın, 9 erkek) hasta alındı. Sorgulama ve fizik muayene sonrası tüm bireylerin biyokimyasal düzeyleri değerlendirildi. Tüm hastalara 75 gr. oral glikoz tolerans testi uygulandı.

Sonuçlar: Demografik ve biyokimyasal veriler istatistiksel olarak değerlendirildi. Ortalama beden kitle indeksi (BKİ) 26.0±4.4 kg/m2, bel çevresi 112.9±11.8 cm, sistolik kan basıcı 165.9±33.1 mmHg ve diastolik kan basıcı 99.2±20.0 mmHg olarak bulundu. Ortalama açlık kan şekeri 109.9±21.3 mg/dl saptandı. OGTT'nin 2. saatinde 10 hastada kan şekeri <140 mg/dl (123.5±33.8 mg/dl), 12 hastada 140- 199 mg/dl arasında (175.7±20.5 mg/dl) ve 8 hastada kan şekeri 200 mg/dl ve üzerinde (245.1±39.6 mg/dl) olarak ölçüldü.

Sonuç: İleri yaştaki metabolik sendromlu hastalarda glikoz metabolizması bozukluğu yüksek orandadır.

P13
İLERİ YAŞTAKİ DİYABETİK HASTALARDA DİPEPTİDİL PEPTİDAZ İNHİBİTÖRÜ KULLANIMI VE KARACİĞER FONKSİYON TESTLERİ

FULDEN SARAÇ, SUMRU SAVAŞ, MEHMET AKİF YALÇIN, FEHMİ AKÇİÇEK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş: Tip 2 diabetes mellitus'un patofizyolojisindeki unsurlardan biri de inkretin hormonların düzeyi ve/veya etkisinin azalmasıdır. İnkretin mimetik ilaçlar, inkretin hormonları taklit ederek yada inkretinlerin degredasyonunu inhibe ederek etki gösterirler. Bu yeni grup ajanlar içinde GLP-1 analogları ve dipeptidil peptidaz 4 (DPP-4) inhibitörleri yer almaktadır. Bu çalışmada; ileri yaştaki diyabetik olgularda DPP-4 inhibitörleri kullanımının karaciğer fonksiyon testleri üzerine olan etkisi araştırılmıştır.

Hastalar ve yöntem: Çalışmaya İç Hastalıkları polikliniğine başvuran 25 (ortalama yaş 67.6±7.4 yıl, 19 kadın, 6 erkek) Tip 2 diabetes mellitus'lu olup sadece metformin tedavisi alan hastalar alındı. 2gr/gün metformin tedavisine sitagliptin (n=14) 100 mg/gün veya vildagliptin 100 mg/gün (n= 11) eklenmiş ve bu tedaviyi 6 ay süreyle kullanan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların tedavilerinin 6. ayındaki tüm metabolik durumu ve karaciğer fonksiyon testleri hastane kayıtlarından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olgulardan, sitagliptin kullanan 81 yaşındaki bir hastada, tedavinin 2. haftasında ürtiker gelişmiş ve antihistaminik tedaviyle gerilemiştir. Vildagliptin kullanan 1 hastada; baş ağrısı yakınması nedeniyle 1 hafta süreyle ilaca ara verilmiş, daha sonra birinci haftanın sonundan itibaren 6. aya kadar devam edilmiştir. Başlangıçta, ortalama SGOT, SGPT, ALP ve GGT kan düzeyleri sırasıyla; 24.3±2.1 U/l, 22.7±3.9 U/l, 114.9±27.4 U/l ve 31.3±6.4 U/l saptanmıştır. Altıncı ayın sonunda, kan düzeyleri sırasıyla; 21.9±3.1 U/l (p=0,90), 25.0±4.0 U/l (p=0,75), 119.0±30.4 U/l (p=0,70), ve 29.2±3.1 U/l (p=0,72) olarak ölçülmüştür..

Sonuç: İleri yaştaki tip 2 diyabeli olgularda DPP-4 inhibitörlerinin kullanılmasıyla; 6. ayda karaciğer fonksiyon testlerinde anlamlı bir değişiklik görülmedi.

P14
MÜZİĞİN ÇOCUKLAR VE YAŞLILAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

BİRSEN BİLGEN SİVRİ, FUNDA ÖZPULAT, MELİKE TAŞDELEN BAŞ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, KONYA.

"Müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlamak suretiyle, düzenli bir yöntem altında yapılan tedavi şekline Müzikle Tedavi denilmektedir"(Akcan, 2000). Müzikle tedavi, ruhsal ve bedensel sorunları olan çocukların ve yetişkinlerin psikiyatrik durumlarını belirlemede yol gösterici bir iletişim yöntemidir (Gençel, 2006).

Müziği algılayabilmek ve ondan zevk alabilmek, insanoğlunun duyularından biri olan işitme duyusunun gelişiminin mucizevi bir sonucudur. Beyin ve müzik arasındaki ilişki güçlü olduğundan, insanın duyduğu müziğe anında tepki vermesi çok doğal bir reaksiyondur.Araştırmacılar, klasik batı ve klasik Türk müziğinin, insan beyni üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle, beyin aktivitelerini belirgin bir şekilde arttırdığını saptamıştır(Yener,2011;Coşkuner,2011).

Çocukların müzikle tanışması anne karnında başlayabilmektedir. Sürekli dinlediği ninni veya ezgiyi doğum sonrasında duyan bebeklerin bunu anımsadığı, kalp atışlarının yavaşlayarak düzenli hale geldiği, sakinleşerek, daha olumlu ve uyumlu oldukları saptanmıştır (Bales, 1998). Anne sesiyle seslendirilen bu basit ezgiler ve ninniler bile, bebeklerin beyinlerinin gelişimine yardımcı olmakta ve sonraki yaşamlarının şekillenmesinde çok büyük roller üstlenmektedir. Gebelikte bebeğe dinlettiğimiz klasik müziğin onun gelişimine büyük katkılar sağladığı birçok bilim adamı tarafından kanıtlanmıştır (Belgin, 2010). Müzik ayrıca, otistik çocukların tedavi ve eğitiminde de etkili bir rol oynamaktadır. Müzikle tedavi ile otizm, psikolojik çocuk hastalıkları ve geriatri gibi çeşitli psikolojik ve organik temelli hastalıklarda olumlu değişmeler ve iyileşmeler sağlanmaktadır (Felicity, 2006; Kemper, 2008; Yener, 2011). Diğer yandan müzikle tedavi, toplumdaki sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, bireylere güven duygusunun kazandırılması ve bedensel sorunları olan bireylerin fiziksel egzersizleri kolaylıkla gerçekleştirebilmeleri açısından önem taşımaktadır (Gençel, 2006).

Müzikle tedavi programıyla yaşlılar, hareket etme yeteneğini arttırmaktadır: müzikteki ritim, armoni veya bilinen melodilerin uyarıları, onları hareket etmeye yönlendirir. Müzikle hareket tedavisinin, felç ve parkinson hastalıklarının fizik tedavilerinde de uygulandığı bilinmektedir (Clair, 2008; Uçaner ve Öztürk, 2009).

Müzikle tedavi yöntemi, bazı hastane ve okullarda da kullanılmakta, hatta uyuşturucu bağımlılığı, kanser, yüksek tansiyon, astım, migren ve ülser gibi hastalıkların tedavisinde ve özürlülerde de bu yöntemin kullanımı yaygınlaşmaktadır(Balch,1997).Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi, müziğin insanların günlük hayatındaki yeri ve önemi bilinmektedir ve bundan sonra da daha etkili, bilinçli bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilmesi için bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak; Anne karnındaki bir bebek için onunla müzik aracılığı ile iletişim kurmak ne kadar gerekliyse, yaşlılarımız için de fırsatlar oluşturarak müziğin onların hayatlarının bir parçası olmasını sağlamamız o kadar önemlidir.Ülkemizde, çocuklarımız ve yaşlılarımızın mutlulukları, ruh sağlıkları ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin artması için, onlara daha fazla müzik dinletileri ve etkinlikleri sağlanabilir. Unutulmamalıdır ki, bir toplumun çocuklarına ve yaşlılarına verdiği önem, o toplumun gelişmişliğinin en önemli göstergesidir.

Anahtar Sözcükler: Müzik, Çocuklar, Yaşlılar

P15
40 YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN BESLENME ŞEKİLLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

BİRSEN BİLGEN SİVRİ, FUNDA ÖZPULAT
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK, KONYA

Amaç: Bu araştırma 40 yaş ve üstü kadınların sosyo-demografik özelliklerini saptamaya yönelik soruların yanı sıra, beslenme şekilleri ve SYBD ölçeğinden yararlanılarak aradaki ilişki incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma Konya ili Akşehir ilçesinde 1, 2 ve 3 Nolu Sağlık Ocağı bölgelerinde kayıtlı 40 yaş ve üstü 372 kadına uygulanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: 40 yaş ve üstü kadınların yaş ortalamaları 51.9±9.8'dir ve eğitim seviyeleriyle, medeni durumlarıyla ve sosyal güvenceleriyle yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu görülmüştür($p< .05$). Kadınların %42.5'i ilkokul mezunuyken, %74.2'si evli, %85.8'i ev hanımıdır ve kadınların çocuk sayısı ortalamaları 3.4±1.6'dur. Kadınların aylık gelir durumu ile çocuk sayısı ve eğitim seviyesi arasında anlamlı farklar olduğu saptanmıştır($p<.05$). Çalışmada verilen 515 cevap incelendiğinde; katılımcıların %41.4'ünün "beslenmem meyve ve sebzelerden zengin olmalı" seçeneğini, %28.7'sinin "beslenmem bol karbonhidratlı tok tutucu olmalı" seçeneğini işaretlediği saptanmıştır. Kadınların %44.6'sı yiyeceklerini az tuzlu tüketmeyi tercih ettiğini belirtmiş, %54.3'ünün şeker tüketiminin normal olduğu, 107 katılımcının(%29.6) günde 1 defa sebze tükettiği saptanmıştır. Katılımcıların %65.4'ü et ürünü olarak beyaz eti tercih etmektedir. Günde 1 kez et tükettiğini belirten 7 kişi bulunurken, 178 kişinin %56.7'si haftada 1 kez, %27.5'i haftada 2 kez et tükettiğini belirtmiştir. 185 kişinin %56.2'si ayda 1 kez, %30.3'ü ayda 2 kez et tükettiğini belirtmiştir. Kadınların %85.8'i hiç sigara kullanmamakta, kullandığını belirtenler günlük ortalama 12.1 ± 7.6 adet sigara tüketmekte ve sigara tüketimleri günlük 2 ile 30 adet arasında değişmektedir. Katılımcıların %41'i yemeklerde sıklıkla sıvı yağ kullanmakta, 369 kişi tarafından verilen toplam 672 cevaba göre %50.3'ü kızartmalarda sıvı yağ kullanmaktadır. Kadınların aldıkları puanlar 73 ile 192 arasında değişmektedir. SYBD puan orta-

lamaları 113.8±20.29'dur. Eğitim seviyesine (p<0.05), çocuk sayısına (p<0.05) ve çalışma durumuna (p<0.05)göre SYBD puanı değişmektedir.

Sonuç: Yapılan çalışmada sosyo-demografik özelliklerine göre beslenme biçimlerinin ve alışkanlıklarının değiştiği görülmüştür. Osteoporoz, tansiyon yüksekliği, kolesterol yüksekliği, kalp-damar hastalıkları gibi ileri yaş döneminde sık görülen hastalıklardan korunmada ve sağlıklı yaşlanmada kadınların sosyo-demografik özelliklerine uygun olumlu beslenme biçimi ve alışkanlıkları kazanmaları önem taşımaktadır. Özellikle tüm öğünlerde margarin kullanımının azaltması ve zeytinyağı kullanımını artırılması kadınların ve ailelerinin sağlıklı beslenmesinin sağlanmasında etkili olacaktır.

Anahtar kelimeler: 40 yaş, beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam

P16
BİRİNCİ BASAMAK HİZMETLERİ VE YAŞLI SAĞLIĞI

FUNDA ÖZPULAT, MELİKE TAŞDELEN BAŞ, BİRSEN BİLGEN SİVRİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, KONYA.

Yaşlılık, biyolojik, sosyal, ekonomik, kronolojik ölçütlerle tanımlanabilir. Yaşlılık dönemi yaşama dair pek çok farklılığı içinde barındıran bir süreçtir. Her geçen gün dünyanın yaşlandığı belirtilmekte, gelecekle ilgili pek çok öngörü paylaşılmaktadır. Bugünden bakıldığında 2050 yılında dünyada 2 milyar yaşlının olacağı tahminler arasındadır. Bu noktada yaşlı bireyin nasıl tanımlandığı da önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir.Yaşlı sağlığının temel belirleyicileri, gençle yaşlı arasındaki akla gelebilecek tüm biyolojik ve fizik farklılıklar, fizyolojik yetenek ve işlevlerde azalma, yaşamın ileri dönemlerine özgü birtakım değişiklikler, toplumun sosyo ekonomik yapısının yaşlı üzerindeki etkisi ve bu yapının yaşlının gereksinimlerini karşılayabilme derecesidir.

Türkiye dünyadaki birçok ülkedeki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk sayımda 13.6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici pronatalist politikaların etkisiyle 1960 yılına gelindiğinde iki katına çıkarak 27.7 milyona ulaşmıştır. Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940'lı yıllarda erkekler 30 yaşına, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71'e, kadınlar için ise 76'ya çıkmıştır.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü "sağlık hizmeti" olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamak sağlık örgütünün sunacağı sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yokedilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetisi ve yetenekleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmaktadır

Birinci basamak etkin sağlık hizmeti sunmanın en önemli gereklerinden biridir. Birinci basamak sağlık kurumlarında sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sağlıklı yaşlanma felsefesini temel alan bütüncül bir yaklaşım sunabilmek gerekir. Dünyamız hızla yaşlanmakta, Geriatrik yaş grubu hızla büyümektedir. Geriatrik yaş grubu özel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu sağlık ihtiyaçları ekip anlayışı ile birinci basamakta çözümlenebilir. Sunulan hizmetlerin yararlı olabilmesi için başvuranlarla sağlık ekibi arasındaki iletişimin güçlü olması gerekir

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

P17
SERABRO VASKÜLER OLAY GEÇİRMİŞ HASTALAR VE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

FUNDA ÖZPULAT, BİRSEN BİLGEN SİVRİ, MELİKE TAŞDELEN BAŞ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, KONYA.

Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyal-kültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir. DSÖ nün açıklamalarında dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans olmak üzere zihinsel hastalıkların arttığı başta kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet olmak üzere, kronik hastalıklar tüm ölümlerinin % 63'den (Dünyadaki 57 milyon ölümün 36 milyondan fazlası) sorumlu olduğu belirtilmektedir.

Serebrovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde toplum sağlığı için giderek daha fazla önem kazanan hastalık grubunu oluşturur. Serebrovasküler hastalık, birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede ölümlerin ikinci en sık nedeni ve morbiditenin ilk beş nedeni arasındadır.

Her yıl tahminen 17 milyon kişi kardiyovasküler hastalık nedeni ile, özellikle kalp krizi ve serebrovasküler olay sonucu ölmektedir. Bu ölümlerin önemli bir kısmı koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıkla ölme riskini 2-3 kat artırması nedeniyle tütün kullanımı sonucu gerçekleşmektedir. Fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme, kardiyovasküler hastalıklar için bireysel yatkınlığı artıran diğer önemli risk faktörleridir.

2008 yılında serebrovasküler olay, Amerika Birleşik Devletlerindeki uzun süreli ciddi sakatlıkların önde gelen nedeni, inme sonucu ölümün ise dördüncü önemli nedeni olmuş, serebrovasküler olay geşiren yaşlıların yaklaşık yarısında orta şiddette sakatlık gelişmiştir. Ayrıca, serebrovasküler olay geçirenlerin bakım maliyetinin 18 milyon dolar olduğu, hastalık sonucu üretkenlik kaybı ve erken ölümün 15 milyon dolar ek maliyet getirdiği tahmin edilmektedir.

Serebro vasküler hastalığı olan bireylerin; Yaşam stilindeki değişikliğe uyum sağlamaya, semptomların kontrol edilmesine, tedavi ve hastalık hakkında bilgilenmeye, korku ve endişeleri ile başetmeye, fiziksel ve emosyonel güçlüklerle başetmeye, akut sağlık sorunlarının önlenmesine, aile, iş ile ilgili sosyal rollerde değişikliklerle uyum sağlamaya, sosyal izolasyonun önlenmesine, diğer bireylerle ilişkilerini sürdürmeye, sağlık bakım sistemine ve sağlık elemanlarına uyum sağlamaya gereksinimleri vardır. Bireylerin mevcut durumlarına uyumları değişebileceğinden, her aşamada bireysel farklılıklar dikkate alınarak birey ve aileye destek olmak önemlidir.

Serebro vasküler olay geçirmiş hastada komplikasyon riskini azaltacak, rekürran inmeyi önleyecek ve hastanın gereksinimlerini karşılayacak nitelikli bir temel bakım çok önemlidir. Taburculuk ve evde bakımın planlanmasında sağlık ekibin amaçları; Hasta ve ailenin yaşam kalitesini yükseltmek, yaşamdan doyum almalarını sağlamak, bağımsızlığı mümkün olduğunca artırmak, fonksiyonel kaybı mümkün olduğunca düzeltmek, komplikasyonları önlemek, SVH tekrarını önlemek olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Serebrovasküler hastalıklar, Yaşlılık, Sağlık Bakım Hizmetleri

P18
55 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

BİRSEN BİLGEN SİVRİ, FUNDA ÖZPULAT

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK, KONYA

Amaç; Bu çalışmada 55 yaş ve üzerindeki bayanların sağlıklı yaşam biçimi hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma 15 Mayıs-31 Mayıs 2010 tarihleri arasında Konya ili Akşehir ilçesi sınırları içerisinde 1, 2 ve 3 Nolu Sağlık Ocağı'na tetkik ve tedavi için başvuran 55 yaş ve üstü 131 kadına uygulanmıştır. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını saptamaya yönelik hazırlanan anketler yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Toplanan verilerin analizinde SPSS-15 istatistik Paket Programı kullanılmış, veriler $p<0.05$ anlamlılık derecesi ile %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular

Tablo-1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaş: 62,8 ± 6,8		Çocuk Sayısı: 4,2 ± 1,7		Aylık Gelir: 747,6 ± 492,7	
Öğrenim Durumu	N	%	**Konutta Yaşama Şekli**	**N**	**%**
Okuryazardeğil	58	44,3	Kendi Evinde Yalnız	24	18,3
Okuryazar	16	12,2	Kendi Evinde Eşi İle	37	28,2
İlkokul	42	32,1	Kendi Evinde Eşi Ve Çocuklarıyla	38	29,0
Ortaokul	5	3,8	Çocukların Evinde Onlarla	25	19,1
Lise	6	4,6	Diğer	7	5,3
Üniversite	3	2,3	**Toplam**	131	100,0
Ylisans/Doktora	1	,8			
Toplam	131	100,0			
Medeni Durum	**N**	**%**	**Konut Durumu**	**N**	**%**
Evli	82	62,6	Kendisine Ait	95	72,5
Bekar	4	3,1	Kira	18	13,7
Dul	45	34,4	Çocuklarının	13	9,9
Toplam	131	100,0	Diğer	5	3,8
			Toplam	131	100,0
Gelir Durumu	**N**	**%**	**Evin Güneş Alma Durumu**	**N**	**%**
İyi	26	20,0	Evet	110	84,0
Orta	65	50,0	Hayır	21	16,0
Kötü	30	23,1	**Toplam**	131	100,0
Çok Kötü	9	6,9			
Toplam	130	100,0	**Isınma Şekli**	**N**	**%**
Konut Türü	**N**	**%**	Kalorifer	53	41,1
Müstakil	63	48,1	Soba	76	58,9
Apartman	68	51,9	**Toplam**	129	100,0
Toplam	131	100,0			
Evin Havalandırma Durumu	**N**	**%**	**Evin Havalandırma Süresi**	**N**	**%**
1-2defa	49	38,0	0-30dak	62	49,2
3-4defa	39	30,2	30-Dak-1saat	18	14,3
5-6defa	14	10,9	1-2saatarası	15	11,9
7 ve üstü	5	3,9	2-3saatarası	7	5,6
Diğer	22	17,1	4 saat ve üstü	24	19,0
Toplam	129	100,0	**Toplam**	126	100,0

*Kruskal Wallıs, Mann-Whitney U ve Kikare testleri kullanılmıştır.

55 yaş ve üstü yaş gruplarında yer alan kadınların yaşları 55 ile 82 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 62,8 ± 6,8'dir. % 62.6'sı evli, % 34.4'ü duldur. Çocuk sayısı 1 ile 11 arasında değişmektedir ve ortalama çocuk sayısı 4,2 ± 1,7'dir.

Kadınların yaklaşık yarısının (% 44.3'ü) okuma yazma bilmediği, %12.2'sinin ise okur yazar olduğu,% 51.9'unun apartmanda, % 58.9'unun sobalı oturduğu saptanmıştır.

Tablo2-Kadınların Beslenme Özellikleri

Kahve Tüketimi	N	%
Evet	1	1,0
Hayır	102	99,0
Toplam	103	100,0
Uyku Problemi	**N**	**%**
1 Defa	5	11,6
2 Defa	14	32,6
3 Defa	11	25,6
4 Defa	9	20,9
5 Defa	4	9,3
Toplam	43	100,0
Şeker Tüketimi	**N**	**%**
Çok Tüketir	18	13,7
Şeker Tüketimi Normal	59	45,0
Şeker Tüketimi Normalin Altında	31	23,7
Şekerli Gıdaları Sevmez	23	17,6
Toplam	131	100,0
Yemeklerde Kullanılan Yağ Türü	**N**	**%**
Margarin	3	2.3
Sıvı Yağ	87	66.9
Hayvansal Yağ	9	6.9
Zeytin Yağı	31	23.9
Toplam	130	100

Çay Tüketimi	**N**	**%**
Hayır	16	12,2
Evet	115	87,8
Toplam	131	100,0
Beslenme Şekli	**N**	**%**
Bol Proteinli	36	20.6
Bol Yağlı, Enerji Verici	11	6.3
Bol Karbonhidratlı Tok Tutucu	51	29.1
Meyve Ve Sebzelerden Zengin	77	44
Toplam	175	100
Tuz Tüketimi	**N**	**%**
Tuzlu Tüketir	11	8,4
Tuzsuz Buldu İse Tuz İlavesi Yapar	21	16,0
Az Tuzlu Tüketmeyi Tercih Eder	56	42,7
Tuz Kullanmaz	43	32,8
Toplam	131	100,0

*Kruskal Wallıs, Mann-Whitney U ve Kikare testleri kullanılmıştır.

Çalışmamızda 130 kadının verdiği 175 cevaba göre kadınların % 44'ü beslenmesinin meyve ve sebzelerden zengin olmasını, % 29.1'i bol karbonhidratlı ve tok tutucu olmalısını tercih etmektedir. 130 kadının verdiği 175 cevaba göre kadınların % 44'ü beslenmesinin meyve ve sebzelerden zengin olmasını, % 29.1'i bol karbonhidratlı ve tok tutucu olmalısını tercih etmektedir. % 42.7'si yiyeceklerini az tuzlu, % 32.8'i tuzsuz tükettiğini, % 45'i şeker tüketiminin normal olduğunu belirtmektedir. % 66.9'u sıvı yağı, % 23.9'u zeytinyağını yemekleri için öncelikle tercih etmektedir.

Tablo3-Kadınların Sağlık Ocağını Kullanım Amaçları

Sağlık Ocağı Kullanım Amaçları	**N**	**%**
Tedavi Olmak	50	38.2
İlaç Yazdırmak	56	42.8
Hastalık İzlemi-Kontrolü	15	11.4
Diğer	10	7.6
Toplam	131	100

Kadınlardan 50 kişi öncelikli olarak tedavi olmak, 18 kişi sadece ilaç yazdırmak, 56 kişi öncelikli olarak ilaç yazdırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Hastalık izlemi-kontrolü için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanan 15 kişiden 5'i sadece bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Genel olarak bakıldığında kadınların % 42.8'inin öncelikle ilaç yazdırmak, % 38.2'sinin tedavi olmak amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini kullandığı saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği toplam puanlarının 73 ile 154 arasında değiştiği ve puan ortalamalarının 107.8 olup, yaş, eğitim seviyesi, çocuk sayısı ve aylık gelire göre sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği puanlarının değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: "Yaşlı sağlığının korunması" ve "sağlıklı yaşlanma" politikalarının geliştirilmesi açısından koruyucu sağlık hizmetleri ve yaşlı sağlığı ile ilgili çalışmalar başta birinci basamak sağlık çalışanları olmak üzere bütün sağlık profesyonelleri tarafından ele alınmalı, sağlık hizmetlerinde önemli görev alanları bulunan hemşireler de yaşlı sağlığını koruyacak ve sağlıklı yaşlanma kavramının etkin bir şekilde uygulanmasını sağlayacak faaliyetlerde aktif biçimde rol almalıdır

Anahtar kelimeler: 55 yaş, sosyo-demografik özellikler, sağlıklı yaşam

P19
KOL POZİSYONUNDAKİ DEĞİŞİMLERİN KAN BASINCI ÜZERİNE ETKİSİ

FUNDA ÖZPULAT, SOYCAN, B., ÇALIŞKAN, U., GÖNÜLDURU, S., GÜRSOY, T.

S.Ü. AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ÖĞRETİM GÖREVLİSİ
S.Ü. AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, 4.SINIF ÖĞRENCİSİ

Arteriyel kan basıncı ölçümü önemli hemşirelik uygulamalarından biridir. Kan basıncının değerlendirilmesinde kola verilen pozisyonun elde edilen değeri etkilediği bilinmektedir. Kan basıncı ölçümlerinde sağ ve sol kolun kalp seviyesine göre ölçüm sonuçları değişmektedir. Bu nedenle ölçüm tekniğinde kola verilen pozisyon önelidir. Araştırma kolun kalp seviyesine göre pozisyon değişimlerinde yapılan kan basıncı ölçümlerinden elde edilen değere etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirildi.

Araştırma 13 Mart -29 Nisan 2012 tarihleri arasında Akşehir Devlet Hastanesi ve Akşehir Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirildi. Bu süre içerisinde hastane ve aile sağlığı merkezlerine gelen basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve katılmaya istekli 300 kişi araştırmaya dahil edildi. Veriler kan basıncını etkilediği düşünülen faktörlerin belirlendiği, araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formuna kayıt edildi. Her bireyin kan basıncı ölçümleri araştırmacılar tarafından ve 4 kez yapıldı. Ölçümler sağ ve sol kol kalp seviyesinde kol alttan destekli oturur pozisyonda ayaklar yere sabit, bütün kurallara uyularak yapıldı. Daha sonra ölçümler kolun kalp seviyesindeki pozisyonunu (kalp seviyesinin altında) değiştirilerek 2 dakika aralıklarla ölçülerek kayıt edildi. Araştırmaya katılanların %38'i erkek, %62'si kadın, yaş ortalaması 51.6'dır. 300 örneklem üzerinde yapılan araştırmanın %29.3'ü hipertansiyon hastası bunların %18.6'si kadın, %10.6'sı erkek olarak belirlendi.

Olguların %23.4'ü sigara kullanmaktadır ve %31.9'u 11-20 yıl arası sigara kullandıklarını ifade etmiştir. %29.3'ü hipertansiyonlu olan katılımcıların ortalama hipertansiyon süresi 10.17 yıldır. Kan basıncı kontrol yöntemine göre incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri birlikte kullandıkları (%25), nonfarmakolojik yöntem kullananların %77.3'ünü diyet yapanların oluşturduğu, yapılan diyet içinde birinci sırada tuz yağ ve kalori azaltılmış diyetin (%51.1) geldiği belirlendi..

Sağ kol kalp hizasının altındaki ölçümü takiben sol kol kalp hizasının altında, sağ kol destekli kalp hizası ve sol kol destekli kalp hizası ölçüm aralarında 2 dakika dinlendirerek kan basınçları ölçüldü Araştırma sonucunda; sağ kol sistolik ve diastolik ölçümleri sol kola göre yüksek bulunmuştur. Sağ ve sol kol kalp seviyesindeyken ve alttan destekli olarak oturur pozisyondayken saptanan sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin, aynı şartlar altında kol pozisyonunu kalp seviyesinin altında bulunurken tekrarlandığında düştüğü saptanmıştır. Sistolik ve diastolik değerlerdeki bu düşme her iki kol içinde geçerli olup, özellikle sağ kol ölçümlerinde daha belirgindir.

Anahtar Kelime: Kan Basıncı Ölçümü, Kol Pozisyonu, Hemşire

P20
YAŞLILIK VE KOAH

BİRSEN BİLGEN SİVRİ, MELİKE TAŞDELEN BAŞ, FUNDA ÖZPULAT

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, KONYA.

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, "65 yaş ve üzeri" olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konudur. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genellinde DSÖ'nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu "genç yaşlı", 74-84 yaş grubu "yaşlı", 85 ve üzeri yaş grubu "en yaşlı yaşlı" olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise yüzde 14,5'e yükselecektir (TÜİK, 2011; Tezcan ve Seçkiner, 2012).

Yaşam süresinin uzaması sadece mortalite ve morbidite yönünden değil, bireylerin yaşam kalitesi açısından da önemli sorunları birlikte getirmektedir. Kanser, kalp yetmezliği, böb-

rek yetmezliği, anemi, KOAH, DM, demans,.. gibi pek çok hastalık ileri yaşlarda yaşamı tehdit etmektedir (Kutsal ve Eyigör, 2012). Altmış yaş üzeri ölüme neden olan ilk on hastalık değerlendirildiğinde ilk üç sırada sırası ile iskemik kalp hastalığı (%27), serebrovasküler hastalıklar(%20.7) ve KOAH(%9.3) gelmektedir (Yardım, 2012). Kronik akciğer hastalıklarının en önemli özelliği, bu hastalıklar sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi, sigaranın bırakılması ve uygun aşılama ile önemli oranda önlenebilmekte, yaşlanma etkilerine direnebilmektedir. Etkin bir KOAH tedavisi; hastalığın değerlendirilmesi ve monitörizasyonu, risk faktörlerinin azaltılması, stabil KOAH tedavisi ve atakların tedavisini içermektedir. Tedavi; hasta eğitimi, farmakolojik tedavi ve nonfarmakolojik tedavi olarak üç ana başlıkta toplanmaktadır (Akçay, 2012). Tedavinin temelini oluşturan eğitimin (inhalerlerin nasıl kulanılacağı, yan etkileri, sigaranın zararları, beslenmesi,….) her bir basamağında şüphesiz biz hemşirelere pek çok sorumluluklar düşmektedir.

Yapılan çalışmalarda, "Astımlı ve KOAH'lı" hastalarda inhalasyon tekniklerinin yaşla olan ilişkisi araştırılmış ve daha yaşlı grubun oluşturduğu KOAH'lı olguların ilaçlarını daha zor kullanabildiği bildirilmiştir (Erdinç, 2002). İnhaler tekniklerine uyum konusunda yaş kuşkusuz tek faktör değildir. Hastanın kavrama ve zihin durumu çok önemlidir. 80 yaşın üzerindeki hastaların yaklaşık %20'sinde kavrama yetenekleri çok bozulmuştur. Yaşlılarda unutma da önemli bir sorundur (Erdin, 2002). Tüm bunlar değerlendirildiğinde, yaşlıların KOAH tedavisini etkili bir şekilde yerine getirebilmesi için, sağlık personelinin yanında ikincil bir desteğe ihtiyaç duyulduğu da görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Yaşlılık, Hemşire, Sağlık Personeli, Tedavi

P21
BİREYLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM DAVRANIŞLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM DÜZEYLERİ

FUNDA ÖZPULAT
S.Ü. AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ÖĞRETİM GÖREVLİSİ

Amaç: Bu araştırma bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışlarını ve akılcı ilaç kullanım düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte yapılmış bir araştırmadır. 4 Mayıs - 28 Mayıs 2010 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 325 bireye uygulanmıştır. Araştırmanın ön uygulaması adsız kasabası aile sağlığı merkezine kayıtlı 25 kişi ile gerçekleştirilmiş, anket üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra asıl uygulama için hazır hale getirilmiştir.

Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş belirtilen evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 325 bireye ile araştırma yürütülmüştür

Bulgular: Katılımcıların yaşları 18 ile 85 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 44,73+14,31'dir. Çocuk sayıları 1 ile 6 arasında, aylık gelirleri 200TL ile 3200 TL arasında değişmekte, %55.1'i gelir durumunu orta olarak nitelemektedir. %71.7'si kadın, %86.2'si evli, %44.3'ü ilkokul mezunu, %64'ü ev hanımıdır. %86.8'inin sosyal güvencesi bulunurken, 41 kişinin hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların %71.1'i herhangi bir hastalık durumunda hekime başvurduğunu, %75.7'si hekimin tavsiyesine tamamen uyduğunu belirtmektedir. Katılımcıların %82.2'si yakınlarının önerdiği ilaçları kullanmamakta, %71.4'ü kendisine iyi gelen bir ilacı başkalarına önermediğini belirtmektedir. Okuryazar olmayanların yarısının kendisine iyi gelen bir ilacı başkalarına önerdiği, kendisine iyi gelen bir ilacı başkalarına önerme durumu ile öğrenim durumu arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır (x^2= 17,305, sd=5, p=0.004<0.01).

Katılımcıların %60'ı hekime başvurmadan ilaç almadığını belirtmektedir. Hekime başvurmadan ilaç alanların %48.8'i kendilerine iyi gelen bir ilacı başkalarına önermektedir. İlaç kullanım şekli ile kendisine iyi gelen bir ilacı başkalarına önerme durumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (x^2= 19,252, sd=2, p=0.006<0.01).

Çalışmada, kullanılan ilaçlarla ilgi bilgi alma durumu %83.1 olarak saptanırken, %54.1'inin bilgiyi eczacıdan, %38.9'unun hekimden, sadece %5.2'inin hemşireden bilgi aldığı, %85.9'unun ilaçlarla ilgili verilen bilgiyi yeterli bulduğu, yaşa göre katılımcıların ilaçları hakkında bilgi aldıkları kişinin değiştiği saptanmıştır (x^2= 12,405, sd=3, p=0.006<0.01).

Bu çalışma ile; katılımcıların yarısından fazlasının evlerinde sürekli ilaç bulundurduğu, ilaçları kullanmadan önce prospektüslerini okumada ve ilaçlarını kontrol etmelerinde sorunlar yaşandığı, yarısından fazlasının ilaçları hakkında bilgiyi eczacıdan aldığı ve hemşireden bilgi aldığını belirtenlerin sadece %5.2 oranında kaldığı saptanmıştır.

Tablo 1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (s=325)

Cinsiyet		
Kadın	233	71,7
Erkek	92	28,3
Medeni Durum		
Evli	280	86,2
Bekar	20	6,2
Dul/Ayrılmış	25	7,7
Öğrenim Durumu		
Okuryazar Değil	28	8,6
Okur Yazar	16	4,9
İlkokul Mezunu	144	44,3
Ortaokul Mezunu	43	13,2
Lise Mezunu	68	20,9
Üniversite Mezunu	26	8,0
Meslek		
Ev Hanımı	208	64,0
Memur	20	6,2
İşçi	10	3,1
Emekli	31	9,5
Çiftçi	6	1,8
Esnaf	25	7,7
Diğer	25	7,7
Sosyal Güvence		
Sosyal Güvencesi Var	282	86,8
Özel Sigorta	2	,6
Sosyal Güvencesi Yok	41	12,6
Toplam	325	100,0

Tablo 2.Katılımcıların İlaç Kullanım Özellikleri (s=325)

Herhangi Bir Hastalık Durumunda Davranış Biçimi		
Kendiliğinden geçmesini beklerim.	34	10,5
Kendi kendime tedavi olmanın yollarını ararım	31	9,5
Bir eczacıya şikayetlerimi anlatırım	6	1,8
Bir sağlık çalışanına danışırım.	23	7,1
Hekime başvururum.	231	71,1
Her Hangi Bir Hastalık Durumunda Doktorun Önerdiği İlaçları Kullanma Şekli		
Hastalık belirtileri geçtiği zaman ilaç kullanmayı bırakırım	37	11,4
Hekimin tavsiyesine tamamen uyarım.	246	75,7
Biraz kullanır sonra bırakırım.	42	12,9
Her Hangi Bir Hastalık Durumunda İlaç Kullanma Şekli		
Hekime başvurmadan ilaç alırım.	41	12,6
Hekime başvurmadan ilaç almam.	195	60,0
Bazen hekime başvurmadan ilaç alırım.	89	27,4
Hekime Başvurmadan Aldığınız İlaç Türleri		
Ağrı kesiciler	289	67.9
Antibiyotikler	59	13.8
Soğuk algınlığı ilaçları	42	9.9
Vitaminler	5	1.1
Öksürük ilaçları	16	3.8
Sindirim sistemi ilaçları	10	2.4
Diğer	5	1.1
Kullandığınız İlaçların Özeliklerini Bilmeyi İsteme Durumu		
Evet bilmek isterim	276	84,9
Hayır bilmek istemem hekime güvenirim	49	15,1
Yakınlarının Önerdiği İlaçları Alma Durumu		
Evet alırım	45	13,8
Hayır almam	267	82,2
Yakınımın önerdiği ilacı alırım fakat bir eczacıya danışırım	13	4,0
Kendisine İyi Gelen Bir İlacı Başkalarına Önerme Durumu		
Evet öneririm	93	28,6
Hayır önermem	232	71,4
Reçete Edilen İlaçları Aldıktan Sonra Reçete Karşılaştırma Durumu		
Evet yaparım	201	61,8
Hayır yapmam	124	38,2
Evde Sürekli İlaç Bulundurma Durumu		
Hayır	125	38,5
Evet	200	61,5
İlaçların Saklanma Yeri		
Buzdolabında	201	61,8
Kapalı dolapta	84	25,8
Dışarıda açık bir yerde	30	9,2
Diğer	10	3,1
İlaçların Son Kullanma Tarihlerini Kontrol Etme Durumu		
Evet	271	83,4
Hayır	54	16,6
İlaçları Kullanmadan Önce Prospektüsü Okuma Veya Başkasına Okuması İçin Verme Durumu		
Evet	144	44,3
Hayır	181	55,7
Toplam	325	100,0

Sonuç: Bu çalışma ile; katılımcıların yarısından fazlasının evlerinde sürekli ilaç bulundurduğu, ilaçları kullanmadan önce prospektüslerini okumada ve ilaçlarını kontrol etmelerinde sorunlar yaşandığı, yarısından fazlasının ilaçları hakkında bilgiyi eczacıdan aldığı ve hemşireden bilgi aldığını belirtenlerin sadece %5.2 oranında kaldığı saptanmıştır. Bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerine gereksinimleri bulunmaktadır ve bu çalışma sağlığı koruma ve geliştirmede önemli görevleri olan hemşirelerin, bireylerin akılcı ilaç kullanımlarını sağlamada ne kadar yetersiz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Hemşirelerin profesyonel rollerini kullanmaları, bireysel ve toplumsal farkındalık oluşturacak, akılcı ilaç kullanımı hakkında bireylerin bilgi düzeylerini artıracak eğitim ve danışmanlık hizmetleri artırmaları, birey ve toplum sağlığının yükselmesine önemli katkılarda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, farkındalık düzeyi, hemşirelik hizmetleri

P22
65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLI BİREYLERİN ÇOKLU İLAÇ KULLANIM DURUMLARI

KILIÇ, H., BAYDAR, M., BÜYÜKKESKİN, E., ALTINKAYNAK, M. E., FUNDA ÖZPULAT

S.Ü. AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, 4.SINIF ÖĞRENCİSİ
S.Ü. AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, ÖĞRETİM GÖREVLİSİ

Amaç: Bu çalışma 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin çoklu ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım durumlarını saptamak amacıyla planlanmış kesitsel türde bir çalışmadır.

Gereç Yöntem: Araştırma Konya ili Akşehir ilçesinde Akşehir Devlet Hastanesinde yapılmıştır Araştırmanın evrenini 2010 nüfus sayımı verilerine göre toplam sayı 10.030 olan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırma öncesinde 50 kişi üzerinde ön uygulama yapılmış, anketler üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra 480 kişi ile yapılacak olan araştırma için kullanımına hazır hale getirilmiştir.

Bulgular:

Tablo 1: Yaşlıların Sosyo-demografik ve Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları

Yaş Grupları	**N**	**(%)**	**Algılanan Sağlık Durumu**	**N**	**(%)**
65-69	200	41.7	Mükemmel-İyi	212	44.2
70-74	152	31.7	Pek İyi Değil-Kötü	268	55.8
75 ve üzeri	128	26,7			
Cinsiyet	**N**	**(%)**	**Hastaneye Yatma Durumu**	**N**	**(%)**
Erkek	184	38.3	Evet	148	30.8
Kadın	292	60.8	Hayır	332	69.2
Eğitim Durumu	**N**	**(%)**	**Hastaneye Yatma Sayısı**	**N**	**(%)**
O.Y.D	84	17.5	Bir	48	10.0
O.Y. okula gitmemiş	96	20.0	İki	52	10.8
İlkokul	192	40.0	Üç ve daha fazla	48	10.0
Ortaokul ve üzeri	68	14.2			
Medeni Durum	**N**	**(%)**	**Hekime Başvurma Sayısı**	**N**	**(%)**
Evli	356	74.2	Bir	24	5.0
Dul ya da boşanmış	108	22.5	İki	12	2.5
			Üç	24	5.0
			Dört ve daha fazla	416	86.7
Kiminle Yaşadığı	**N**	**(%)**	**Kronik Hastalık Sayısı**	**N**	**(%)**
Yalnız	68	14.2	Bir	48	10.0
Eşiyle ya da çocukları ile	380	79.2	İki	180	37.5
			Üç ve daha fazla	208	43.4
Düzenli Aylık Gelir Durumu	**N**	**(%)**	**Kronik Hastalık Durum/ Türü**	**N**	**(%)**
Var	280	58.3	Hipertansiyon	368	78,3
Yok	180	38.3	Diyabet	240	50.7
			Solunum Sist. Hastalıkları	268	57.3

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo-1); % 41,7 inin 65-69 arası yaş grubunda olduğu, % 60,8 sının kadın, % 17,5 sinin okur-yazar olmadığı ve % 20 'sinin okur-yazar-okula gitmemiş olduğu görülmektedir. Yaşlıların medeni durumlarına bakıldığında çoğunluğu evli (% 74,2) olduğu ve eşi ya da çocukları ile yaşadığı saptanmıştır (% 79,2). Yaşlı bireylerin % 58,3 inin düzenli aylık gelirinin olduğu bulunmuştur.

Tablo 2- Yaşlıların Kullandığı İlaç Kullanım Özellikleri

Kullanılan İlaç Sayısı	**N**	**(%)**	**Yan etkilerini bilme**	**N**	**(%)**
Bir	40	8.3	Bütün yan etkilerini biliyor	108	22.5
İki	116	24.2	Bazı yan etkilerini biliyor	188	36.2
Üç	140	29.2	Yan etkilerini bilmiyor	184	38.3
Dört ve daha fazla	184	38.3			
Kullanılan İlaç Türü	**N**	**(%)**	**İlaçların saklandığı yer**	**N**	**(%)**
Antihipertansifler	216	45.0	Dolapta	148	30.8
Diüretikler	16	3.3	Dışarıda açık bir yer	332	69.2
Sedatifler yada hipnotikler	12	2.5			
Psikotropik ilaçlar	72	15.0			
Solunum sistemine yönelik ilaçla	140	29.2			
Narkotik analjezikler	8	1.7			
Diğer	19	3.3			

Başkalarının önerisi üzerine ilaç kullanma durumu	**N**	**(%)**	Toplam	480	100
Evet Hayır	336 144	70.0 30.0	**Son kullanma tarihini kontrol etme**	**N**	**(%)**
Reçete edilen ama kullanmadığı ilaç durumu	**N**	**(%)**	Evet Hayır	340 140	70.8 29.2
Evet Hayır	8 472	1.7 98.3	**Prospektüs okuma**	**N**	**(%)**
İlaçla İlgili Yan Etki Yaşama Durumu	**N**	**(%)**	Evet Hayır	116 364	24.2 75.8
Evet Hayır	381 99	79.3 20.7	**Prospektüs okumama nedenleri**	**N**	**(%)**
Reçete Edilen İlaçlarla İlgili Yaşanılan Sorunlar	**N**	**(%)**	Yazılan ifadeleri anlamama Görme problemi Okumaya gerek duymama Diğer	4 4 352 4	8.9 8.9 73.3 8.9

Sonuç;

- Yaşlı bireylerin kronik hastalık/ durum türlerine göre dağılımları incelendiğinde; en yaygın olan ilk üç durumun hipertansiyon (% 78.3), diyabet (% 50.7) ve solunum sistemi hastalıkları (% 57.3) şeklinde sıralandığı görülmektedir.
- Yaşlıların en az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç sayısı ve türlerinin dağılımı incelendiğinde; % 38.3'ünün dört ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı bulunmuştur. En yaygın olarak kullanılan ilk üç ilaç türünün ise; antihipertansifler (% 45.0), solunum sistemine yönelik ilaçlar(%29.2) Psikotropik ilaçlar (%15.0) şeklinde sıralandığı görülmektedir.
- Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin % 70.0 sinin (336 kişi) doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı, % 1.7' sinin (8 kişi) ise reçete edilen ilaçlarını kullanmadığı belirlenmiştir.
- Yaşlı bireylerin % 79.3'ü (381 kişi) kullandığı ilaçlarla ilgili yan etkiler yaşadığını ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları sorunların dağılımı incelendiğinde; en sık yaşanan ilk üç sorunun mide şikayetleri (% 61.3), baş dönmesi (% 27.3) ve tansiyon düşüklüğü (% 26.7) şeklinde sıralandığı görülmektedir.
- Yaşlıların % 99.2'sinin ilaçlarının kullanım amacını bildiği ve % 38.3' ünün ise kullandığı ilaçların yan etkilerini hiç bilmediği görülmektedir. Kullanılan ilaçların saklandığı yerlerle ilgili olarak; % 30.8' i dolapta, % 69.2'sinin ise dışarıda açık bir yerde (masa, sehpa… vb) sakladığını ifade etmiştir .
- Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin beceri durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 29.2' si son kullanma tarihini kontrol etmediği, % 75.8' i prospektüs okumadığı görülmektedir. Prospektüs okumama nedenlerine bakıldığında; % 0.8'inin yazılan ifadeleri anlamadığını, % 0.8'inin görme problemi olduğunu, % 73.3' ü ise okumaya gerek duymadığını ifade etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, Yaşlılar, Yaşlılarda ilaç kullanımı, ilaç kullanım yetisi.

P23
HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA ANEMİ, MALNUTRİSYON VARLIĞI VE ANEMİ İLE MALNÜTRİSYON İLİŞKİSİ

SEVNAZ ŞAHİN[1], PINAR TOSUN TAŞAR[1], HATİCE ŞİMŞEK[2], ZEYNEP ÇİÇEK[3], HÜLYA ESKİİZMİRLİ[3], FİSUN ŞENUZUN AYKAR[4], FAHRİ ŞAHİN[5], FEHMİ AKÇİÇEK[1]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, GERİATRİ BD, İZMİR
2. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, HEMATOLOJİ BD, İZMİR
3. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD, İZMİR
4. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, İZMİR
5. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç: İleri yaşta farklı nedenlerden anemi sıklığı artmaktadır. Malnütrisyon geriatri hastalarındaki önemli geriatrik sendromlardan biridir. Ülkemizde yaşlılarda anemi sıklığı çalışmaları sınırlıdır. Bu nedenle çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlılardaki anemi ve malnütrisyon sıklığının saptanması ve anemi ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya kamu ve özel huzurevlerini içeren toplam 4 huzurevinden 60 yaşın üzerinde 257 kişi alınmıştır. Bağımlı değişken anemi, bağımsız değişken malnutrisyon varlığıdır. Olası karıştırıcı etmenler yaş, cinsiyet (erkek/kadın), kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı, huzurevinde kalma süresi ve öğrenim durumudur (diplomalı/diplomasız). Tanımlayıcı bulgular sıklık dağılımları ve ortalama±standart sapma biçiminde sunulmuştur. MMN puanları ve Hb düzeyleri arasındaki korelasyon Pearson Korelasyon Analizi ile belirlenmiştir. Malnutrisyon ve anemi arasındaki nedensellik Eğimde ki kare ve Lojistik regresyon analizi ile saptanmıştır.

Bulgular: Olgularda ortalama yaş 78.5±7.8 (60-100)'dir. Olguların 159'u (%61.9) kadın, %36.2'si ilkokul mezunu, %19.1'i diplomasızdır. Hb düzeyine bakılabilen 215 olgunun 118'inde (%54.9) anemi belirlenmiştir. MNA puanı ortalaması 23.7±4.7 (7-43.5)'dir. MNA'ya göre olguların %8.2'sinde malnutrisyon, %35.8'inde malnutrisyon riski saptanmıştır. Hb düzeyi ile MNA puanı arasında orta düzeyde, pozitif, anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır (R=31.6, p<0.001). Anemi sıklığı malnutrisyonlularda %82.4, malnutrisyon riski olanlarda %66.7, normal olanlarda %42.7'dir ve bu fark anlamlıdır (p<0.001). Olası karıştırıcı etmenlere göre düzelterek yapılan Lojistik regresyon analizinde anemi riski, malnutrisyon açısından normal olanlara göre malnutrisyon risklilerde 1.9 kat (OR=1.916, %95 GA=1.016-3.615, p=0.045), malnutrisyonlularda 4.2 kat (OR=4.211, %95 GA=1.049-16.899, p=0.043) fazla bulunmuştur.

Sonuç: Huzurevinde kalan yaşlılarda anemi ve malnütrisyon sıklığı yüksektir. Malnütrisyon varlığı anemi açısından risk olarak değerlendirilmiştir.

P24
ATRİYAL FİBRİLASYONU OLAN YAŞLI HASTALARDA OKSİDATİF STRES VE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.

GÜNEŞ ARIK, ÖZGÜR KARA, MEHMET EMİN KUYUMCU, YUSUF YEŞİL, M.CEMAL KIZILARSLANOĞLU, MUSTAFA KEMAL KILIÇ, BURCU BALAM YAVUZ, MELTEM HALİL, MUSTAFA CANKURTARAN, SERVET ARIOĞUL

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş: Atriyal fibrilasyon (AF) toplumda en sık rastlanan ve kardiyovasküler mortaliteyi arttıran bir aritmi çeşitidir. Bu nedenle AF patogenezinin ve risk faktörlerinin iyi anlaşılması önem taşımaktadır. Hipertansiyon, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık, obezite, kronik böbrek hastalığı tanımlanmış majör risk faktörleridir. Son yıllarda AF patogenezinde inflamasyon ve oksidatif stres yolakları üzerinde durulmaktadır. Çalışmamızda geriatrik hasta grubunda AF prevalansı ile oksidatif stres ve inflamasyon parametreleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde değerlendirilen 2336 yaşlı hasta (≥65 yaş) çalışmaya dahil edildi. Hastaların başvuru anındaki cinsiyet, yaş, BMI, komorbiditeleri, serum ürik asit (ÜA), albumin, homosistein, total bilirubin, sedimentasyon (ESR) , C-Reaktif protein (CRP) değerleri kaydedildi. İstatistiksel analiz için SPSS versiyon 15 kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 72.1±6.26 idi. AF prevalansı %5 saptandı. Ünivariate analizde serum ÜA, albumin, BMI, koroner arter hastalığı (KAH), kalp yetmezliği (KKY) ile AF prevalansı arasında ilişki saptandı (Tablo 1). Lojistik regresyon analizi yapıldığında sadece ÜA ve albuminin bağımsız değişkenler olarak önemlerini koruduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 1: AF Prevalansı İle İlişkili Faktörler

	AF olanlar (n=117)	AF olmayanlar (n=2219)	p
Ürik asit	5.93±2.49	5.45±1.80	0.028
Homosistein	18.14±8.78	17.50±8.29	0.116
Albumin	4.04±0.49	4.21±0.38	0.002
Total bilirubin	0.72± 0.42	0.68±0.61	0.097
CRP	0.83±1.92	0.83±1.8	0.760
ESR	21.15±19.26	20.17±16.77	0.941
BMI	26.33±4.3	27.4±11.78	0.039
Cinsiyet (Erkek)	%31.6	%37.2	0.225
HT	%72.6	%70.8	0.851
Tip 2 DM	%25.6	%23.8	0.664
KAH	%41	%27.2	0.001
KKY	%16.2	%7	<0.001

Tablo 2: AF Prevalansı İle İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

		95 CI %		
	β (OR)	**Lower**	**Upper**	**p**
albumin	2.801	1.695	4.626	<0.001
Ürik asit	0.875	0.793	0.966	0.008
BMI	1.027	0.978	1.079	0.290
KAH	0.733	0.472	1.141	0.160
KKY	0.615	0.326	1.161	0.130

Sonuç: Ürik asit ksantin oksidaz aktivitesinin artmasını ve serbest oksijen radikallerinin oluşmasını yansıtan basit bir biyokimyasal belirteçtir. Oksidatif stresin bir göstergesidir. Albumin düşüklüğü hem inflamasyonun hem de malnutrüsyonun bir belirtecidir. Atriyal fibrilasyonu olan hastaların daha yüksek ürik asit düzeylerine ve daha düşük albumin düzeylerine sahip olmaları, AF patogenezinde oksidatif stresin ve inflamasyonun rol oynadığının bir göstergesidir.

P25
YAŞLI BİREYLERDE İNSÜLİN KULLANIMINA BAĞLI HİPOGLİSEMİ RİSKİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

MELİKE TAŞDELEN BAŞ, BİRSEN BİLGEN SİVRİ, FUNDA ÖZPULAT

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU

Toplum giderek yaşlanmaktadır. 2021 yılında gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %20'sinin yaşlılardan oluşacağı öngörülmektedir. İlaç kullanımı ise yaşla birlikte artmakta ve önemli bir sorun haline gelmektedir. Yaşlı bireyde ilaç yan etkileri, çoklu ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç farmakokinetik ve farmakodinamiğinde değişiklikler, unutma ve anlama gibi kognitif sorunlar nedeniyle yaygın olarak görülmektedir. Yaşlı hastalarda herhangi bir durumun tedavisinde ilacın emilim, dağılım, metabolizma ve atılım değişiklikleri dikkate alınmalıdır. Bu değişiklikler bireysel tedavi seçenekleri ve dozaj kararlarını etkiler.

Yaşlılık döneminde en çok görülen kronik hastalıklardan biri diyabettir. Diyabet prevelansının arttığı gibi, diyabete bağlı ölüm oranı da tip 2 diyabetli yaşlı yetişkinler arasında artmaktadır. Yaşlı diyabetiklerin hastaneye yatış oranı diyabetik olmayan yaşlılara göre 5 kat fazladır. Ayrıca obezite nedeniyle diyabet sıklığının da artacağı düşünülürse yaşlılarda diyabet sıklığı ve hastaneye yatışların daha da artması beklenmektedir.

Çalışmalar, sıkı glukoz kontrolü yapılan yaşlı hastalarda, komplikasyonların azaltıldığını göstermektedir. Ancak, çok düşük bir glikozillenmiş hemoglobin (HbA 1c) değeri artan hipoglisemi ile ilişkilidir. Yaşlı hastalarda hipogliseminin önlenmesine yönelik uygulamalarda, en büyük zorluk insülinin pik yapma eyleminin ne zaman gerçekleşeceğini tahmin etmektir. Bunu hastanın karbonhidrat alımı, emilim ve aktivite düzeyi etkilemektedir. Yaşlı hastanın insülin gereksinimini yanlış hesaplaması aniden kan şekerinin düşmesine ve ciddi tedavi gerektiren bir duruma yol açabilir.

Hipogliseminin önlenmesi ve antidiyabetik rejimler, yaşam kalitesinin artmasına ek olarak, yaşlı sağlığının psikososyal yönlerini geliştirmede ve uzun vadeli komplikasyonların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

Hipoglisemi diyabet olan yaşlı erişkinlerde önemli bir sorundur. Diabetes mellitus olan yaşlı bireyler hipoglisemik olaylar için genç yetişkinlere göre daha fazla risk altındadır. Yüksek komorbidite prevalansı, çoklu ilaç, kognitif bozukluk, glukoz metabolizması ile müdahale ve fazla sayıdaki ajanların birlikte kullanımı da dahil olmak üzere, hipoglisemi riskinin artırmada katkıda bulunur.

Tip 2 diyabeti olan bireylerin tedavisinde öncelikle tercih edilen oral antidiyabetikler olmasına rağmen, glisemik regülasyonun sağlanamaması sonucu insülin tedavisine geçiş kaçınılmaz olur. Böylelikle böbrek yada kardiyovasküler problemi olan ve risk altındaki bireyler de kontrol altına alınmış olur. Ancak yaşlı bireyin hipoglisemiyi tanıması, insülin tedavisini izlemesi ve bireysel tedavisini yönetmesi gerekmektedir.

Yaşlı hastalar için insülin analoglarının fizyolojik ve farmakolojik sunumu, hipoglisemi riskinin azalmasına neden olmakla birlikte, kullanımlarındaki kolaylık da onları çekici yapmaktadır.

Önceden karıştırılmış insülin analog tedavisi ekstra rahatlık, hem de glisemik kontrol sağlayabilir. İnsülin kalemleri ise insülin dozunu ayarlamayı kolaylaştırmak ve hastaların bağımsızlıklarını korumaya yardımcı olmak için tavsiye edilmektedir.

Yaşlı hastalar insülin kullanımı ve en önemli komplikasyonu olan hipoglisemi riskine karşı, uzman diyabet hemşiresi ile en az 5-10 görüşme yapmalıdır. Tedavisinde kullanacakları insülini çok iyi tanımalı ve etki mekanizmasını bilmelidirler. Glikoz düzeyinin belirlenmesi için hastanın idrarındaki glikoz miktarının ölçülmesi, renal eşik değeri üzerinde olup olmadığı değerlendirmesi açısından önemli bir ölçüttür. Sınırlı becerilere sahip, görme bozukluğu olan hastalar ve zayıf hafızaya sahip olan hastalar için resmi yada resmi olmayan bakıcılar tarafından desteklenmek doğru olacaktır.

P26
KRONİK HASTALIĞA SAHİP ÇOCUĞUN BAKIMINDA ROL ALAN BÜYÜKANNE VE BÜYÜKBABALAR

MELİKE TAŞDELEN BAŞ, BİRSEN BİLGEN SİVRİ, FUNDA ÖZPULAT

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ AKŞEHİR KADİR YALLAGÖZ SAĞLIK YÜKSEKOKULU

Bir torunun doğumu, büyükanne ve büyükbabalar için, kişinin ebeveynlik deneyimleri yinelemesini sağlar. Ailenin devamının sağlanması yolunda önemli bir kaynak olur, hayata yeni bir anlam katar.

Özelikle annenin, primer bakımda rol alamadığı durumlarda, çocuğun bakımını bakıcı yada ailenin büyükleri üstlenir. Çoğu zaman çocuğun bakımını büyükanneler üstlense de büyükbabalar da bakım konusunda destek verirler. Yapılan araştırmalar büyükbabaların bakımda yarı yarıya yer aldığını göstermektedir. Ancak olumlu yararlarının yanı sıra, geçmişle ilgili süregelmiş, bilimsel dayanağı olmayan uygulamaları ile, çocuğun fiziksel sağlığı konusunda sıkıntı oluşturabilmektedir. Çocuğun, yetiştirilmesi hususunda anne ve babadan farklı görüşlere sahip olabilirler. Çocuğa bu durumda faklı mesajlar aktarılabiliyor olabilir. Dolayısıyla çocuk, anne ve babasının tutumları açısından bocalayabilir.

Çocuklar bakımla ilgili süreçten, hem olumlu hem de olumsuz etkilenebilir. Bunun yanında büyükanne ve büyükbabaların da bu süreçten etkilendikleri görülmüştür. Yapılan bir araştırmada, sağlıklı çocuğun bakımında rol alan büyükanne ve büyükbabaların depresyon oranlarında artış ve yaşam kalitelerinde ciddi düzeyde düşme gözlenmiştir. Ülkemizde bununla ilgili çok araştırma bulunmamaktadır. Ülkemizde kadının sosyal hayata atılıp, ailenin ekonomisine katkıda bulunduğu bu durumda, çocukların bakımını büyükanne- büyükbaba desteği alarak aştıkları ortaya çıkmıştır.

Sağlıklı çocuğun bakımında rol alan büyükanne ve büyükbabalar, ailede kronik hastalıklı bir çocuğun varlığında desteklerini daha da artırmak durumunda kalabilirler. Ailede kronik hastalığa sahip bir çocuğun bulunması tüm aileyi etkiler ve aile bireylerinin ciddi düzeyde stres yaşamalarına neden olur. Ailedeki ebeveynler gibi büyükanne ve büyükbabalar da şok-inkar, uyum ve kabullenme aşamalarından geçerler. Aile bireylerinin her birinde çaresizlik ve depresyon oluşabilir. Bazı büyükanne ve büyükbabalar, ambivalan duygular yaşayabilirler. Kişisel bir hayal kırıklığı yaşayabilirler. Torunları için geleceği var sayamazlar ve çocuklarının ebeveynlerinin gelecekte iyi olacaklarını öngöremezler. Büyükanne ve büyükbabalar bu duyguları genelde kabul etmezler ve uyum göstermeleri güç olur. Kronik hastalıklı çocuğa sahip aile için onların desteği çok yararlıdır.

Kronik hastalıklı çocuğun bakımında primer rol alan anne, çocukla birlikte hastanede uzun dönem kalabilir. Bu dönemde ailenin başka çocukları varsa, bu çocukların bakımı büyükanne ve büyükbabanın sorumluluğuna kalabilmektedir. Kronik hastalığı olan çocuğun durumu, kendi çocuklarının yani hasta çocuğun ebeveyninin yaşadığı anksiyete ve stres, büyükanne ve büyükbabaların etkilenişini daha da artırır. Çocuk acı çektiğinde ve sonuç belirsiz olduğunda, hastanede yatış süresi uzadığında, hastalık ciddi ve prognoz kötü olduğunda ve aile bireyleri yeterli destek alamadıklarında yaşanan anksiyete daha da artar.

Anksiyeteli ebeveynler huzursuz ve irritedirler, öfkelidirler, yüksek sesle bağırabilirler ya da içe dönebilirler. Agresif davranışlarını çocuğa bakım verenlere yöneltebilirler. Ebeveynlerin tepkileri kültürel inançlarından ve değerlerinden de etkilenir. Çocuğun hastalığı nedeniyle kendilerini suçlayabilirler ya da Tanrının verdiği bir ceza olarak algılayabilirler.

Ayrıca hastanede yatmayan sağlıklı kardeşler, kendilerinde aynı hastalığın var olabileceğinden, kendilerini suçlayabilirler. Büyükanne ve büyükbabalar, bu durumdaki sağlıklı kardeşin bakımını da büyük bir titizlikle sürdürmek durumundadırlar.

Kronik hastalığa sahip torunu olan büyükanne ve büyükbabaların yaşamış olduğu süreçten etkilenişleri göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlıklı çocuğun bakımında yaşamış olduğu depresif süreç, kronik hastalıklı torunun varlığında daha da derinleşmektedir. Kronik hastalığa sahip çocuğu olan aileye bakım veren sağlık profesyonelleri büyükanne-büyükbabanın etkilenişini de göz önünde bulundurmalıdırlar.

P27
HASTANEYE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN YAŞLI DOSTU VERİ TABANI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

TAYFUN GÜRPINAR, ZEHRA BETÜL YALÇINER, MUAZZEZ ŞAHİN, HÜLYA AKBULUT, HÜLYA YALIN, MELEK BUÇAN,NUR TURHAN,BELGİN KÜÇÜKKAYA

BAYINDIR HASTANESİ İÇERENKÖY İSTANBUL

Amaç: Hastanemize başvuran 65 yaş üzeri bireylerin özel koşullarını değerlendirerek bu gruba yönelik verdiğimiz hizmetin kalitesini artırabilmek için bir veri tabanı değerlendirme çalışması düzenlendi.

Yöntem: Hastanemize başvuran 65 yaş üstü bireyler Bilgi İşlem bölümümüzce hazırlanan Yaşlı Dostu Veri Tabanı'na kaydedildi. Doğum tarihi üzerinden yapılan hesaplama ile 65 + yaş grubuna giren hastalar için bu program hastanın başvurusu sırasında otomatik olarak açıldı. Değerlendirme soruları hasta danışmanları tarafından soruldu. Bu sorularla kişinin yaşam şekli (yalnız, ailesi ile birlikte, huzur evi), bağımlılık veya engellilik durumu, hastaneden özel bir yardım bekleyip beklemediği, hastaneye yalnız gelip gelemediği, hastane ile iletişimde telefon kullanıp kullanamadığı öğrenilerek kaydedildi.

Bulgular : Veri tabanımıza, hastanemiz polikliniklerine 2011, 2012, 2013 nisan döneminde başvuran 65 + yaş grubu 6098 birey kaydedildi. Bu bireylerden 5581 (%91,52) kişi ailesiyle, 418 (%6,85) kişi yalnız, 18 (0,29) kişi bakıcı ile birlikte, 65 (%1,05) kişi bakımevinde yaşadığını,16 (0,26) kişi ise yaşam biçiminin değişken olduğunu bildirmiştir.

Hastaneye başvuran bireylerin 203'ü (%3,33) tam bağımlı, 1129'u (%18,51) destek gereksinimi duyar, 4766'ı (%78,15) ise bağımsız yaşayabilir durumdadır. 29 (%0,47) kişinin görme, 80 (%1,31) kişinin işitme, 5 (%0,08) kişinin konuşma, 157 (%2,57) kişinin ise ortopedik engelli olduğu saptanmıştır.

1428 (%23,41) kişi hastaneye yalnız gelemediğini, 953 (%15,62) kişi hastane ile iletişimde telefon kullanamadığını, 97 (%1,59) kişi ise hastaneden özel bir yardım istediğini bildirmiştir. Yalnız yaşayan 418 kişiden 78'i aynı zamanda hastaneye yalnız gelemediği ve iletişimde telefon kullanamadığı bu program ile tespit edilmiştir.

Sonuç : Kullandığımız program birden fazla özelliği bir arada değerlendirme özelliğine sahip olduğu için detaylı değerlendirme ve özel durumların saptanmasına olanak sağlamaktadır. Önemli sayıda özel durumu olan hasta Yaşlı Dostu Bilgi Veri Tabanı programı ile saptanabilmekte ve bu hastalara özel hizmet üretebilmek olanaklı olmaktadır.

P28
EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA DEPRESİF BELİRTİLER VE BİLİŞSEL FONKSİYONLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DOÇ. DR. NESRİN YAĞCI, YRD. DOÇ. DR. EMİNE TELCİ

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON YÜKSEKOKULU, DENİZLİ

Amaç: Bu çalışma evde yaşayan yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel fonksiyonları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Mart 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında evde yaşayan 65 yaş ve üzeri toplam 300 gönüllü yaşlı (159 kadın; 141 erkek) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Yaşlıların yaş, boy, vücut ağırlığı, cinsiyet, yaşam alanı (köy, ilçe, şehir merkezi), eğitim düzeyi (yıl) ve mesleki durumlarını (ev hanımı, çalışan, emekli) içeren sosyo-demografik verileri bir form üzerinde kaydedilmiştir. Yaşlılarda depresif belirtileri sorgulamak amacı ile Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve bilişsel düzeyi belirlemek için Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılmıştır. Tüm değerlendirmeler yaşlılarla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 71,60 ± 6,60 yıldı. Çalışmamızın sonucunda kadın yaşlıların erkek yaşlılara göre, köyde yaşayanların ilçe ve şehirde yaşayanlara göre, düşük eğitim düzeyine sahip olanların yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara göre ve ev hanımı olanların çalışan ve emekli olanlara göre depresif belirtilerinin yüksek ($p<0,05$) ve bilişsel düzeylerinin düşük ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Elde ettiğimiz sonuçlar ışığında sağlık profesyonellerinin evde yaşayan yaşlılarda depresyona ve bilişsel fonksiyonların bozulmasına yol açan faktörleri belirlemesinin rehabilitasyon programına yön vermesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Depresif belirtiler, Bilişsel Fonksiyon.

P29
SGK İZMİR NARLIDERE DİNLENME VE BAKIMEVİ GERİATRİK BAKIM MERKEZİNDE YAŞAM VE ÖLÜM İSTATİSTİKLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

DOÇ. DR. NİL TEKİN

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI NARLIDERE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ, İZMİR

Amaç: Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmakta, ileri yaşta uzun süreli bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Bakım sürecindeki ölümler en sık kardiyovasküler nedenlerden meydana gelmektedir. Bu çalışmada ileri yaşta bağımlı yaşlıların kaldığı gelişmiş bir uygulama örneği sunan İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi Geriatrik Bakım Merkezindeki yaşlıların yaş ortalaması, merkezdeki kalış süreleri ve ölüm istatistiklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: SGK İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi Geriatrik Bakım Merkezinde 2010 ve 2011 yılında kalan sakinlerin kayıtları geriye doğru incelenmiş, elde edilen veriler SPSS 16 istatistik programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Geriatrik Bakım Merkezi'nde 2010 ve 2011 yıllarında yıl ortası verilerine göre sırasıyla toplam 173 (130 kadın, 43 erkek), 212 (153 kadın, 59 erkek) sakinin kalmakta olduğu görülmüştür. Bu sakinlerden 2010 yılında 47, 2011 yılında 55 olmak üzere toplam 102 ölüm mevcuttu. Ölen sakinlerin %68'i (70) kadın, %31,4'ü (32) erkek idi. Geriatrik Bakım Merkezi'nde kalmakta olan yaşlıların yaş ortalaması 2010 ve 2011 yıllarına göre sırasıyla 84,1 ve 83,7 olup; yılsonu verilerine göre vefat edenlerin yaş ortalaması da sırasıyla 85,5 ve 85,2'ydi. Toplamda ise vefat edenlerin yaş ortalaması ise 85,3± 8,4 (65-102) idi. Geriatrik bakım merkezinde kalış süreleri ise minumum 6 gün maksimum 3117 gün iken ortanca süre 522 gündü. Ölümlerin %58,8'i (60) hastanede gerçekleşirken, %41,2'si (42) geriatrik bakım merkezinde gerçekleşmişti. Ölümlerin %41,2'sinde (42) kalp yetmezliği ölüm nedeni olarak belirtilmiş iken, %20,6'sında pnömoni olarak belirtilmişti.

Sonuç: Geriatrik Bakım Merkezinde kalan sakinlerin genel olarak uzun süreli bakım aldığı, yaşam süresinin Türkiye ortalamasının oldukça üstünde olduğu görülmüştür. Ölüm yaşlarının merkezin yaş ortalamasının da üstünde olması yaşamın sürdürülmesine yönelik yakın izlem, tedavi ve bakım ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Hastanedeki ölümlerin sayısındaki fazlalık ve en çok kalp yetmezliğinin ölüm nedeni olması ise ileri tedavi ve girişimlere rağmen artık yaşamın sürdürülemeyeceği doğal sürecin sonucu olarak değerlendirilmiştir.

P30
YAŞLILARDA KOGNİTİF DÜZEYİN AĞRI ALGILAMASI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: ÖN RAPOR

UZM. FZT. YAPRAK ÇETİN[1], DOÇ. DR. NESRİN YAĞCI[2], UZM. FZT. NİLAY YÜREKDELER ŞAHİN[3]

1. EMPATİ ÖZEL EĞİTİM MERKEZİ, ANTALYA
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON YÜKSEKOKULU, DENİZLİ.
3. DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ KÜTAHYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ, KÜTAHYA.

Amaç: Bu çalışma yaşlılarda kognitif düzeyin ağrı algılaması üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya kas-iskelet ağrı yakınması olan 51 kadın, 36 erkek toplam 87 gönüllü yaşlı rastgele örneklem yöntemiyle dâhil edilmiştir. Genel demografik veriler alındıktan sonra ağrı, istirahatte ve aktivite sırasında olmak üzere 2 şekilde sorgulanmış ve şiddeti Görsel Analog Skalası (GAS) ve sözel ağrı skalası (SAS) ile kaydedilmiştir. Kas-iskelet ağrı lokalizasyonları vücut şeması üzerinde işaretlenmiş ve daha sonra üst ekstremite, alt ekstremite, servikal ve lumbal bölge olarak kayıtlar sınıflandırılmıştır. Yaşlıların kognitif düzeyleri ise Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılarak belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 71,60±4,04 yıldı (Min:65-Max:82). Yaşlıların %40,4'ü emekli, %67,4'ü ise ailesiyle birlikte yaşamaktaydı. Yaşlılarda en sık alt ekstremite ve bel ağrısı (%46,1) mevcuttu. Ağrı şiddetleri istirahatte 3,68±2,24cm, aktivite sırasında 6,19±2,50cm bulunmuştur. Sayısal ağrı skalasında ise yaşlıların %33,7'si orta şiddette ağrıdan yakınmaktaydı. SMMT puanları ortalama 26,16±3,15 olarak bulunurken, 24 ve üzeri puan alan 67 yaşlı (%75,3) mevcuttu. Kognitif düzeyi kötü olan yaşlıların istirahat GAS değerleri 5,84±1,95cm, aktivite GAS değer-

leri 8,36±1,76cm ve SAS değerlerine göre yaşlıların %57,1'i şiddetli ağrı hissederken, kognitif düzeyi iyi olan yaşlıların istirahat GAS değerleri 3,03±1,90cm, aktivite GAS değerleri 5,55±2,33cm ve SAS değerlerine göre yaşlıların % 86,7'si orta düzeyde ağrı hissettiği tespit edilmiştir. Ağrı şiddetleri (GAS) ile SMMT puanları korele edildiğinde aralarında negatif ve ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-,700; p<0,0001).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda yaşlılarda kognitif fonksiyonlardaki bozulmanın ağrı algılaması üzerine etki ederek ağrı şiddetinin daha fazla algılandığını göstermiştir. Bu çalışmanın daha fazla sayıda yaşlı ile yapılarak sonuçların doğrulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

P31
İLERİ YAŞLI (≥85 YAŞ) HASTALARDA D VİTAMİNİ İLE KOGNİTİF FONKSİYONLAR, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE NÜTRİSYONEL DURUM İLE İLİŞKİSİ

ÖZGÜR KARA, MEHMET EMİN KUYUMCU, YUSUF YEŞİL, M.CEMAL KIZILARSLANOĞLU, MUSTAFA KEMAL KILIÇ, GÜNEŞ ARIK, BURCU BALAM YAVUZ, MELTEM HALİL, MUSTAFA CANKURTARAN, SERVET ARIOĞUL

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI

Giriş-Amaç: Vitamin D, kas kuvveti, immunite ve homeostazın sağlanmasında ve idame ettirilmesinde önemli fonksiyonları olan bir hormondur (1). D vitamini eksikliğinde bazı malignitelerin, otoimmun hastalıkların ve kardiyovasküler hastalıkların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (2). Ayrıca son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda D vitamininin nörosteroid bir hormon olduğu ve kognitif fonksiyonlar başta olmak üzere normal beyin fonksiyonlarında önemli roller aldığı belirtilmiştir (3).

Bu calışmanın amacı, ileri yaşlı hasta grubunda D vitamini düzeyi ile günlük yaşam aktiviteleri, kognitif fonksiyonlar ve nütrisyonel durum arasındaki ilişkinin saptanmasıdır.

Materyal-Metod: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi polikliniğine 2002-2010 arası başvuran 85 yaş ve üzeri 102 hasta alınmıştır. Hastaların hepsine kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri uygulanmıştır. Hastalar D vitamin düzeylerine göre (20 ng/ml altı ve üstü) iki gruba ayrıldılar (4).

İstatistiksel analiz SPSS versiyon 15 ile değerlendirildi. İkili karşılaştırmalar verilerin dağılımı göre İndependent Sample T-test ve Mann-Whitney U test ile, korelasyon analizleri pearson ve spearman testleri ile değerlendirildi. Geriatrik değerlendirme testlerine etki eden parametreler (komorbiditeler, cinsiyet, yaş, D vitamin düzeyi) lineer regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 47 (%46.1)'i kadın, 55 (%53.9)'i erkekti. Bireylerin 19 (%18.7) 'unda demans, 21 (%20 .6)'inde hafif kognitif bozukluk, 65 (%63.7)'inde osteoporoz, 62 (%60.8)'inde hipertansiyon, 22 (%21.6)'inde diabetes mellitus, 25 (%24.6)'inde koroner arter hastalığı tanısı mevcuttu. 37 (%36.3) hasta kalsiyum ve D vitamini preperatı almaktaydı. Hastaların ortalama D vitamin düzeyleri 21.64±10.66 idi. D vitamini eksikliği olan ve olmayan ileri yaşlı hastalarda Mini-mental test (MMT), Mini-nütrisyonel test-kısa formu (MNA-SF), günlük temel yaşam aktiviteleri (GTYA) ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri test (EGYA) skorları Tablo 1.'de gösterilmiştir. Yapılan korelasyon analizinde D vitamini ile bu testler arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Tablo 1. D vitamini düzeylerine göre geriatrik değerlendirme test skorları

	<20 ng/ml	≥20 ng/ml	p
MMT	23.85±5.41	23.91±7.02	0.971
MNA-SF	10.89±2.71	10.42±3.75	0.599
GTYA	1.00, (0.00-16.00)	1.00, (0-20)	0.489
EGYA	13.46±3.93	12.87±4.05	0.598

Yapılan lineer regresyon analizinde D vitamini düzeyinin geriatrik değerlendirme testlerine tek başına etki eden bir parametre olmadığı görülmüştür.

Sonuç: D vitamini eksikliği yaşlı populasyonda çok sık görülmekte olup bazı çalışmalarda görülme sıklığının %90'ları bulduğu görülmüştür (2). Yapılan çalışmalarda D vitamin düzeyi düşük olanlarda; kognitif fonksiyonların daha kötü olduğu, kas kuvvetlerinin daha zayıf olduğu ve nutrisyonel durumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (5). Bu konuya ilişkin olarak ileri yaşlı hastalarda yapılan sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. İleri yaşlı bireylerde yapılan bu çalışmalarda gerek sa-

yının az olması gerekse geriatrik testleri etkileyecek sosyal ve fiziksel bir çok faktörün bulunması bu ilişkiyi çelişkili hale getirebilmektedir (6). Bizim çalışmamızda ileri yaşlı hastalarda D vitamini ile günlük yaşam aktiviteleri, kognitif ve nutrisyonel durum arasındaki ilişkiyi etkileyebilecek diğer faktörlerin etkisi lineer regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. D vitamini düzeyinin ileri yaş hasta grubunda günlük yaşam aktiviteleri, kognitif ve nutrisyonel durumu tek başına etkileyen bir parametre olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte bu konuda daha kapsamlı randomize kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar:

1. Nagpal S, Na S, Rathnachalam R. Noncalcemic actions of vitamin D receptor ligands. *Endocr Rev* 2005;26:662-687.
2. Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007;357:266-281.
3. McGrath J, Feron F, Eyles D, et al. Vitamin D: the neglected neurosteroid? *Trends Neurosci* 2001;24:570-572.
4. Adams JS, Hewison M. Update in vitamin D.J Clin Endocrinol Metab. 2010 Feb;95(2):471-8. doi: 10.1210/jc.2009-1773.
5. Matheï C, Van Pottelbergh G, Vaes B, Adriaensen W, Gruson D, Degryse JM. No relation between vitamin D status and physical performance in the oldest old: results from the Belfrail study. Age Ageing. 2013 Mar;42(2):186-90. doi: 10.1093/ageing/afs186. Epub 2013 Jan 29
6. Annweiler C, Muir SW, Nabeel S, Gopaul K, Beauchet O, Montero-Odasso M. Higher serum vitamin D concentration is associated with better balance in older adults with supra-optimal vitamin D status. J Am Geriatr Soc. 2013 Jan;61(1):163-5. doi: 10.1111/jgs.12053. No abstract available.

P32
BULANTI, KUSMA İLE BAŞVURAN GERİATRİK HASTADA HASTADA RASTLANTISAL BULUNAN MORGAGNİ HERNİSİ:

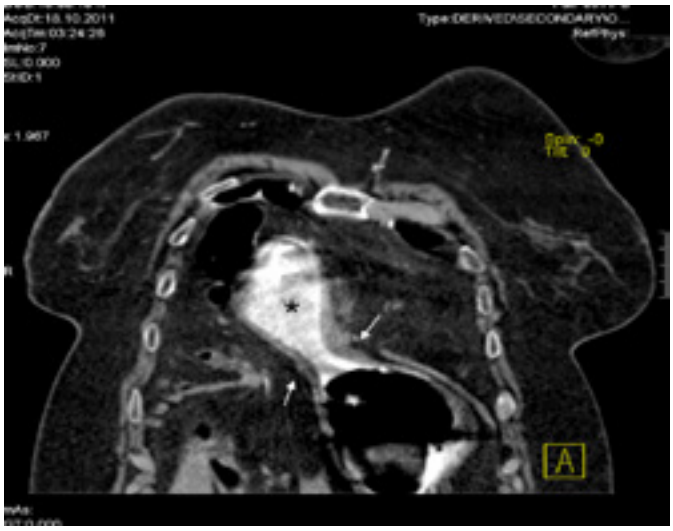
TOSUN TASAR, P.[1], ŞAHİN, S.[1], ŞÜKRÜ PARALI[2] DUMAN, S.[3], FIRAT, Ö.[4], BAYRAKTAROĞLU, S.[5], FEHMİ AKÇİÇEK[1]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI
2. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİSİ
3. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
4. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
5. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ BİLİM DALI

Özet: Morgagni Hernisi (MH) erişkin hastalarda çoğunlukla asemptomatiktir; bununla birlikte nadir olarak bulantı kusma şişkinlik epigastrik ağrı gibi farklı şikayetlere neden olabilir. Biz, bulantı kusma şikayeti ile başvuran ve Morgagni Hernisi tanısı konulan 65 yaşındaki bayan hastayı sunarak yaşlı hastada MH'sine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta 1 haftadır olan bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu Başvurusunda uykuya meyilli olan hastanın fizik muayenesi sağda akciğer seslerinin azalması dışında normaldi. Labaratuvar tetkiklerinde üremi, hipopotasemi saptandı (Tablo 1). Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağ hemidiyafram normalden yüksek, (Şekil1) diyafragma altında hava sıvı seviyelenmesi de gösteren gaz gölgeleri izlendi. Ayırıcı tanı açısından çekilen. Batın Bilgisayarlı Tomografi'de (BT) diafragma anterior kesiminde santral hattın sağında geniş diafragma defekti ve bu defektten sağ hemi -toraks içerisine intra abdominal organların herniasyonu izlendi (Şekil 2)

Şekil 1: Posteroanterior Akciğer Grafisi



Şekil 2: Torakoabdominal BT

Takibinde belirgin gastrik distansiyonu olan hastanın oral alımı kesildi. Hipopotasemisi bulantı kusmasına bağlandı, batın USG' da bilateral böbreklerinde küçülme olan hastanın keratinin yüksekliği kronik böbrek yetmezliği (KBY) zemininde gelişen Akut Böbrek Yetmezliği (ABY) olarak düşünüldü. Hidrasyon ve potasyum replasmanı ile hipopotasemisi ve kreatinin düzeyleri normale gelen olgu genel cerrahi ile konsülte edildi. Olguya laparoskopik morgagni hernisi onarımı işlemi uygulandı. Operasyona sekonder komplikasyon gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma: MH' si konjenital olmalarına rağmen tanısı sıklıkla erişkin dönemde konulur. %90'ı sağ, %2'si sol taraftadır, %8'inde ise bilateraldir. MH' si kadınlarda ve şişmanlarda daha sık gözlenir. 50 yaş ve üzerinde görülme sıklığı artmaktadır. Hastalarda genellikle semptom görülmez; çünkü herniye organlar genellikle paryetal peritondan oluşan bir herni kesesiyle kaplıdır. Karın içi basıncın artması ile MH' sinin klinik bulguları başlayabilir. Bizim vakamızda da hastanın 1 haftadır bulantı kusması vardı, buna ikincil olarak karın içi basıncın arttığını; MH' sinin semptomatik hale geldiğini ve herninin rastlantısal saptandığını düşündük. MH' nin tanısı radyolojik olarak konulmaktadır. BT MH' sinin tanısında tanı koydurucudur. Genellikle BT' de retrosternal, parasternal kitle ya da omentum gibi gözüken yağ dansitesi, ya da omentum ve hava içeren doku olarak gözükmektedir. Bizim de vakamızda torakoabdominal BT ile tanıya ulaşıldı.

Biz bulantı kusma şikayeti ile başvuran ve Morgagni Hernisi tanısı konulan 65 yaşındaki bayan hastayı sunarak geriatrik populasyonda bulantı kusma nın az görülen nedenlerinden bir tanesine dikkat çekmeyi amaçladık.

P33
PNÖMONİ İNKONTİNANS SEBEBİ OLABİLİR Mİ?

RAİM İLİAZ[1], TİMUR S. AKPINAR[2], ÜMMÜ KORKMAZ[2], ASLI TUFAN[1], SEVİLAY NADİR[1], GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK[1], NİLGÜN ERTEN[1], MEHMET AKİF KARAN[1]

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.D., GERİATRİ BİLİM DALI
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI A.D., GENEL DAHİLİYE BİLİM DALI

Giriş: Pnömoni gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en ciddi enfeksiyonlardan biri olup ABD ve Avrupa'da ölüm nedenleri sıralamasında 6. sık nedendir. Pnömoni sıklığı yaşlılıkla birlikte artmakta ve pnömoniye bağlı hastane yatışlarında son on yılda %34 artış olduğu ve bu hastaların çoğunun geriatrik popülasyonda olduğu bilinmektedir. Yaşlı hastalarda klasik pnömoni ile ilişkili öksürük, ateş, balgam ve plöretik ağrı gibi semptomların olmaması tanının gecikmesine ve dolayısıyla mortalitenin artışına neden olabilmektedir. Kliniğimize üriner ve fekal inkontinans şikayeti ile başvuran bir pnömoni olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 81 yaşında kadın hasta bilinen DM, erken evre Alzheimer hastalığı tanıları ile İ.T.F Geriatri polikliniğinden takip edilmekteyken hasta 4 gündür olan ajitasyonlar ve fekal-üriner inkontinans şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Akut gelişen ve hastanın genel klinik durumunu bozan etyolojiyi tetkik etmek amacıyla hasta servise yatırıldı. Yapılan ilk değerlendirmede hastanın delirium tablosunda olduğu gözlendi. Yatışı sırasında fizik muayenede ateş: 37°C ve sistem muayenelerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Etyolojik faktörler açısından yapılan tetkiklerde elektrolit imbalansı ve yeni gelişen serebrovasküler olay saptanmadı. Tetkiklerinde 11,500/mm^3 düzeyinde lökositoz, CRP: 166, ESR: 101mm/saat olarak saptandı. Bunun üzerine yapılan tekrar değerlendirmede hastanın öksürük, balgam, plöretik ağrısının olmadığı ve diğer sistemler açısından enfeksiyon odağı saptanamadı. Çekilen PA akciğer grafisinde sol hilus düzeyinde şüpheli infiltasyon görüldü (Resim 1). Tam idrar tetkikinde enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı. Akut faz yüksekliğini açıklamak açısından toraks ve batın BT çekildi. Toraks BT'de konsolide alan saptanması üzerine pnömoni olarak kabul edildi ve ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı (Resim 2). Tedavinin 3.-4. gününde hastanın inkontinans şikayetleri kayboldu. İştahı ve oral alımı toparlayan hasta tedavisi 14 güne tamamlanarak

taburcu edildi. Poliklinik takiplerine gelmekte olan hastanın inkontinans kliniğinde tekrarlama olmadı.

Tartışma: Kliniğimize üriner ve fekal inkontinans ile başvurmuş pnömoni olgusu sunulmuştur. Geriatrik popülasyonda, pnömoni gibi ciddi mortaliteye neden olabilen ve gürültülü seyreden klinik tablolar daha sessiz ve atipik prezentasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Yaşlılarda pnömoninin tipik prezentasyonları ile birlikte vakamızda da olduğu gibi üriner-fekal inkontinans, delirium , düşmelerle başvurabileceği unutulmamalı ve yaşlı hastalarda klinik seyirde bozulmalar mutlaka ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir.

P34
ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM YAKINMASI İLE BAŞVURAN 50 YAŞ ÜZERİ OLGULARDA HİATUS HERNİ SIKLIĞI

ABDULLAH UYSAL[1], SUMRU SAVAŞ[2], FULDEN SARAÇ[2], AHMET SEVER[1], NEVRA ELMAS[1], FEHMİ AKÇİÇEK[2]

3. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ AD
4. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, GERİATRİ BD

Amaç: Hiatus herni görülme sıklığı yaşla artmakla birlikte bu konuda yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada 50 yaş üzeri olgularda hiatus hernisi sıklığını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya ; Ocak 2011 - Aralık 2012 tarihleri arasında dispeptik yakınmalar ile radyoloji kliniğimizde 'Özefagus ve Mide duodenum' grafileri çekilmiş tüm olgular retrospektif olarak taranarak alınmıştır. 2130 olgudan 50 yaş üzeri 1126 olgu (50-65 yaş aralığında 699 olgu, 65-80 yaş aralığında 366 olgu ve 80 yaş ve üzeri 61 olgu) sık karşılaşılan patolojik durumlarına göre sınıflandırılmıştır. Saptanan patolojik durumlar; Hiatus hernisi , Gastroözefajial reflü (GÖR) , Tersiyer kontraksiyon , Özefagial web , Akalazya , Özefagus ve Mide-Duedenum Divertikülü , Mukozal düzensizlik , Normal, Opere olgular ve diğer olgular olarak sınıflandırılmıştır. Veriler yüzdelik olarak verilmiştir.

Bulgular: Tüm hastaların % 62.07 'sı 50-65 yaş aralığında , % 32.50 sı 65-80 yaş aralığında, % 5.41'i 80 yaş ve üzerinde idi. Hiatus hernisi ; 76 vakada (% 6,74) tespit edildi. Bunların % 4,72 'si 50-65 yaş aralığında, % 8,70 'i 65-80 yaş aralığında, % 18,03 'ü 80 yaş ve üzerinde idi. GÖR; 110 vakada (% 9,77) tespit edildi. Bunların % 8,58 'i 50-65 yaş aralığında, % 11,74 'ü 65-80 yaş aralığında, % 11,47 'ü 80 yaş ve üzerinde idi. Tersiyer kontraksiyon ; 104 vakada (% 9,24) , Özefagial web 20 vakada (% 1,78), akalazya 67 vakada (% 5,95), Özefagus ve mide-duodenum divertikülü 56 vakada (% 4,97) , mukozal düzensizlik 94 vakada (% 8,35), opere olgular 97 kişi idi (% 8,61). 504 vakada (% 44,76)normal bulgular tespit edildi. Diğerleri olark sınıfladığımız nadir görülen olgular 98 vakada (% 8,70) tespit edildi.

Sonuç: Çalışma sonuçlarımıza göre 'Hiatus herni ' görülme sıklığı 65 yaş üzerinde artmaktadır. Çalışmamızda 50 yaş üzerinde en sık karşılaşılan patolojik durumlar GÖR ve tersiyer kontraksiyon olarak bulunmuştur.

P35
KAPSAMLI GERİATRİK DEĞERLENDİRME İLE BİRDEN FAZLA PROBLEMİN AYNI ANDA DEĞERLENDİRİLDİĞİ OLGU SUNUMU

SİBEL AKIN[1], SİNAN DEMİR[2]

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI AD GERIATRI, 2ERCİYES ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI AD

Giriş: Kapsamlı geriatrik değerlendirme; yaşlı bireylerin bir çok problemini ortaya koyan, tarif eden, açıklayan, problemlerine müdahale edebilecek gerekli bir tedavi planı geliştiren multidisipliner bir değerlendirmedir. Kapsamlı geriatrik değerlendirme ile polifarmasi sıklığı ve yan etkileri azaltabilir, malnütrisyon ve malnütrisyon riski tespit edilebilir. Burada hangi endikasyonla başlandığı hasta ve yakınları tarafından bilinmeyen beş ilaç alan ve sonrasında malnütrisyon gelişen yaşlı bir olgunun hem klinik durumunda hem de ilaç sayısında anlamlı düzelme ile neticelenen kapsamlı geriatrik değerlendirme sunulmaktadır.

Olgu: 83 yaşında erkek hasta baş dönmesi, halsizlik, ağızda yara, yemek yiyememe ve kilo kaybı yakınmaları ile geriatri polikliniğimize başvurdu. Bilinen bir kronik hastalığı olmayan hastamızın yaklaşık iki ay önce her iki omuzda ağrı yakınması başlamış. Dış merkezde hastamıza etodolak 400 mg 2x1, methotrexate 2.5 mg 1x4, prednisolon 5mg 2x1, hidroksiklorokin 200 mg 2x1, pantaprozol 40 mg 1x1, folik asit 1x1 tedavisi baş-

lanmış. Hasta ve hasta yakınları düzenli olarak kullandıklarını söyledikleri bu ilaçları hangi tanı ile aldıklarını ve ne kadar süre kullanmaları gerektiğini bilmiyorlardı. Özgeçmişinde prostat ve bilateral inguinal herni operasyonu vardı. TA sağ kol 150/90 sol kol 150/100 mmHg ölçüldü ve ortostatik hipotansiyon tespit edildi. Dudaklarda, ağızda ve dilin üst tarafında, dilaltında oldukça ağrılı aftları mevcuttu. Nörolojik muayenesinde postural instabilitesi dışında bulgu yoktu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. MMSE:25/30, GDS:16/30, saat çizme testinden 4/5, MNA 13/30 puan aldı. Hastamızın methotrexate tedavisi sonrasında oral beslenmesine engel olan, son 1 ay içinde yaklaşık 7 kg kadar kilo kaybına yol açan yaygın ve ağrılı aftları olmuş. Hasta poliklinikte görüldüğünde ölmek istediğini, son bir aydır süt dışında hiçbir gıda alamadığını ifade etti. Hastanın hangi endikasyonla kullanmakta olduğunu bilmediğimiz ilaçları tarafımızca tedrici olarak kesildi. Hastaya malnütrisyon tanısı ile standart bir nütrsiyon ürünü başlandı ve oral aftları da göz önüne alınarak oral glutamin saşe 3x2 başlandı. On gün sonra hasta değerlendirildiğinde biraz daha iyi olduğunu ancak uykuya dalmakta zorlandığını ve bu şikayetinin uzun zamandır olduğunu ifade etti. Hastanın hem iştahını artırmak hem de uykusunu düzenlemek amacı ile mirtazapin 15 mg tedavisi başlandı. GDS'den 16 puan alan hastanın mevcut akut patolojisi düzeldikten sonra yeniden değerlendirilmesi planlandı. Rutin tetkiklerinde anormallik ve akut fazında yükseklik bulunmayan hastamızı poliklinik kontrolleri ile takip etmeyi planladık. Takipte omuz ağrısı tarif etmiyordu, ortostatik hipotansiyonu tespit edilmedi, akut fazı normal seyretti ve yaklaşık 4kg kadar aldı, kontrol GDS'den de 10/30 puan aldı.

Sonuç: Geriatrik hastaya yaklaşımda ana amaç hastalık bazlı bir tedavi değil de hastanın yaşamının her alanın da ki hayat kalitesini ve bağımsızlığını arttıracak bir strateji belirlemek olmalıdır. Bu amaçla geriatrik hastanın uygun ve doğru değerlendirilmesi ancak kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkündür. Burada endikasyon dışı çok sayıda ilaç kullanımı sonucu yaşam kalitesinde ciddi derecede bozulma olan bir olgu sunulmuş, kapsamlı geriatrik değerlendirme rehberliğinde polifarmasi ve malnütrisyonu tespit edilmiş, ilaçları kesilerek ve oral nütrisyon desteği verilerek tedavi başarısı sağlanmıştır. Yaşlı olgularda reçeteli ve reçetesiz kullanılan tüm ilaçların bir listesini, hangi endikasyon ile verildiğini dozu ve ne sıklıkta kullanacağını hastaya ve/veya hasta yakınına ayrıntılı bir şekilde verilmelidir.

P36
İKTİYOZ İLE PREZENTE OLAN HOGKİN LENFOMA OLGUSU

UZ.DR.TİMUR SELÇUK AKPINAR, DR OĞUZ KAĞAN BAKKALOĞLU,UZ.DR. GÜLİSTAN BAHAT ÖZTÜRK, UZ. DR. RAİM İLİAZ, UZ. DR. ASLI TUFAN, DOÇ. DR.BÜLENT SAKA, PROF. DR. NİLGÜN ERTEN, PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU, PROF. DR. MEHMET AKİF KARAN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI AD GERİATRİ BD

Giriş: Otuz yıl içinde Hodgkin lenfomalı (HL) hastaların genel sağkalımı etkin tedavilerle anlamlı bir biçimde iyileştirilmiş olmasına rağmen yaşlı hastalarda mortalite genç olgulara göre daha yüksektir.İktiyoz ile prezente olan ileri yaş bir (HL) sunacağız.

Olgu: 77 yaşında kadın hasta halsizlik yorgunluk,kilo kaybı, gece terlemeleri ve deride 2 aydır başlayan deskuamasyon tablosu ile başvurudu. Fizik muayenesinde generalize iktiyoz ile birlikte palma-plantar hiperkeratozu mevcuttu (Image 1-2) Başlangıç laboratuar bulguları tablo1 de verilmiştir. Bilgisayarlı tomografilerinde multiple mediastinal,paraaortik ve parailiak konglomere lenfadenomegali saptandı. Parailiak lenf nodu biyopsisinde nodüler sklerozan Hogkin Lenfoma tanısı konuldu. Kemik iliği biyopsisinde (HL) infiltrasyonu ile uyumlu Reed – Steinberg hücreleri tespit edildi. Ann- Arbor evre 4b olarak kabul edildi.

Kemoterapi tedavisi olarak siklofosfamid, vinkristin, prokarbazin, ve metil prednizolon uygulandı. Tedavi ile birlikte deri lezyonları ve lenfadenomegalileri regrese oldu.

Tartışma: (HL) iktiyosiz ile birlikte görülen en sık malignitedir. (1) İktiyosiz lenfoproliferatif hastalıklarla özelikle Mukosiz Fungoidez ve Multiple Myelom ile görülebilir.Geriatrik hasta gurubunda konstitusyonel bulgular ve cilt değişikliklerini ciddiyetle değerlendirmeli bir malignitenin parçası olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynak:

Riesco Martínez MC, Muñoz Martín AJ, Zamberk Majlis P et al. Acquired ichthyosis as a paraneoplastic syndrome in Hodgkin's disease. Clin Transl Oncol. **2009 Aug;11(8):552-3.**

P37
TETKİKLERİ TEMİZ BİR KARIN AĞRISI?

DR. TOLGA TAYMAZ[1], DOÇ. DR. FERYAL İLKOVA[2]
AMERİKAN HASTANESİ ACİL SERVİSİ, AMERİKAN HASTANESİ GASTROENTEROLOJİ BÖLÜMÜ

Giriş: Karın ağrısı hem acil servis hem de polikliniklerde her yaş grubunda en sık rastlanan şikayetlerden biridir. Acil servis başvurularının yaklaşık %10'unu oluşturur, yanlış tanı oranları tüm dünyada az değildir, yaşlı karın ağrılarında hastaneye yatış ve cerrahi işlem oranı geriatrik olmayan gruba göre daha yüksektir. Yaşlı hastalardaki belirti ve bulguların atipik seyredebilmesi ve bilişsel işlevlerdeki azalma, durumu yönetmeyi daha zorlaştırır. Detaylı ve hatta ailenin/yakınlarının katıldığı bir şekilde anamnez almak ve eşlik eden hastalıkları, kullanılan ilaçları sormak ve tam bir fizik muayene yapmak şarttır. Laboratuar ve görüntüleme istekleri diğer yaş gruplarına göre daha çok yapılabilir, ancak normal aralıklardaki laboratuar değerlerine de çok güvenmemek gerekir.

Vaka: 73 yaşında bayan hasta, yemek sonrası başlayan ve 3 saattir süren karın ağrısı, gaz hissi ve bulantı sebebiyle acil servise başvurdu, genel durum iyi, koopere, bilinç açık, kan basıncı: 130/100mmHg,NDS: 100/dakika,ritmikti, solunum rahat, göğüs ve sırt ağrısı yoktu ancak kıvrandırıcı, şiddetli karın ağrısı vardı. Defans(+), rebound (-), kolik tarzında ağrı (+) idi. İntravenöz yolla pantoprazole 40 mg, ranitidine 50 mg, hyoscine 20 mg, ondansetron 4 mg, metoclopramide 10 mg, petidin 50 mg uygulandı. Tedavi sonrası bulantı ve ağrısında hafif gerileme olan hastanın şikayetleri tekrar şiddetlendi . WBC:5.3K/uL, RBC: 3.9, Hb:12.2g/dl, PLT:236 Üre, kreatinin, ALT- AST,Lipaz normal, Amilaz: 122 U/l (Normal<100) , troponin I:(–), CRP: 36 (Normal <5). Batına yönelikultrasonografi ve IV kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde patoloji görülmedi. Hospitalize edilen hastanın karın ağrısı devam etti, ilerleyen saatlerde muayene bulguları ve şikayetlerinde düzelme görülmeyen hastanın tomografisi tekrar değerlendirildi ve superior mezenterik vende tam okluzyona yol açmayan bir trombus ancak ondan ayrılan damarlardan birinde tam trombus saptandı,Heparinle antikoagülasyona başlandı, 48. saatte ağrılarda belirgin düzelme olmaması ve CRP'nin yüksek seyretmesiyle mezenter anjio ve TPA uygulanmasına karar verildi.24 saat sonra ağrısı azalan ve CRP'si düzelmeye başlayan hastanın kontrol anjiosunda mezenter venler tamamen açık bulundu.TPA sonlandırılarak heparine geçildi. CRP'si geriledi ancak pankreas enzimlerinde yükselme görüldü, MR görüntülemede pankreasta hiçbir bulgu gözlenmedi, olasılıkla pankreasın iskemik bir süreçten geçtiği ve buna ikincil enzimlerde yükselme olduğu düşünüldü,11. günde şifa ile taburcu edildi, izlemlerinde iyi seyrettiği görüldü.

Tartışma: Tedaviye rağmen gerileme göstermeyen veya tekrar şiddetlenen şikayetler, yeniden değerlendirmeyi gerekli kılar. Bu noktada bize yardımcı olan laboratuar ve görüntüleme yöntemleri, normal sınırlarda olsa da, doğruluğundan şüphe etmemizi gerektirebilir. Özellikle yaşlı hastalarda belirti ve bulguların daha silik seyredebilme özelliği, bu yaş grubunda bizi daha şüpheci olmaya yönlendirmelidir. Mezenter ven trombozu (MVT) seyrek görülen ancak ciddi bir mezenterik iskemi tablosudur. Belirti ve bulgular nonspesifiktir, tanı çok gecikebilir. Hızlı davranmak önemlidir, ne kadar erken tanı konur ve agresif tedavi yapılırsa, nekroza uğrayacak alan o kadar azalır. Önceden trombotik bir olay geçirenlerde şüphe daha yüksektir. Risk faktörleri olsun veya olmasın, şüphe durumunda kontrast maddeli görüntülemeden, renal faktörler ve olanaklar elverdiğince kaçınmamak ve tanı konduğunda hızla tedaviye başlamak gerekir.

P38
HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA AĞRI YÖNETİMİ

FİLİZ ÖZEL, YASEMİN YILDIRIM, ÇİÇEK FADILOĞLU
EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABILIM DALI

Amaç: Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların ağrı yönetim durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma Şubat-Temmuz 2012 tarihleri arasında İzmir'de iki huzurevinde yapılmıştır. Çalışmaya toplam 82 yaşlı birey katılmıştır. Çalışmada veriler Yaşlı Tanıtım Formu, Mini-Mental Skala, McGill **Ağrı Skalası (MAS), Ağrı Yönetim Envanteri ile toplanmıştır.**

Bulgular: Çalışmada yaşlı bireylerin en yüksek oranlarda %64.6 diz ve %58.5 baş ağrısı yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmaya katılan yaşlıların ağrı yönetiminde en yüksek oranda %96.3'ü ağrı kesici kullandıkları ve kullandıkları yöntemler arasında en yüksek oranda dinlenme ve dikkati başka yöne çekme (X=5.76±0.87) ve reçete edilen ağrı kesiciyi almayı (X=5.69±0.87) yararlı buldukları saptanmıştır.

Sonuç: Yaşlı bireylerde ağrının farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kullanılarak yönetilmesi önemlidir. Bu nedenle yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde en çok kullandığı yöntemlerin belirlenmesi ve bakım planına entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, ağrı, ağrı yönetimi

P39
DÜŞÜK DOZ STEROİD TEDAVİSİ ALAN HASTADA HIZLI GELİŞEN KAPOSİ SARKOMU

ŞÜKRAN ÜLGER[1], MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU[2], DERDA GÖKÇE[3], MUSTAFA KEMAL KILIÇ[2], RAMAZAN YILDIZ[4], BURHAN AKSAKAL[5], PINAR UYAR GÖÇÜN[6], ZEKERİYA ÜLGER[2]

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ AD
2. GAZİ ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI,
3. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
4. GAZİ ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİSİ BİLİM DALI
5. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI
6. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: İyatrojenik Kaposi's sarkomu (KS) genellikle yüksek doz immünsüpresif tedavi alan ve özellikle transplant alıcılarında görülen bir durumdur. Uzun süre sistemik steroid kullanımı ile KS geliştiği bildirilmekle beraber düşük doz kortikosteroide bağlı KS daha nadir görülmektedir. Polimiyalji romatika (PMR) tedavisinde kullanılan steroid sonrası KS geliştiği görülen çok az olgu bildirilmektedir. Bu yazıda PMR nedeniyle düşük doz steroid tedavisi alırken kısa sürede gelişen bir KS olgusunu sunulmuştur.

Olgu: Birkaç haftadır olan omuz ve kalça kuşağında ağrı şikayeti ile Geriatri Polikliniğine başvuran 74 yaşındaki kadın hastada anemi (hemoglobin: 10 g/dl) ve eritrosit sedimantasyon (ESR) (103 mm/h) yüksekliği saptanması üzerine tetkik ve tedavi amacıyla hastaneye yatırıldı. Olası etiyolojiler araştırılan hastanın görüntüleme tetkiklerinde mevcut tabloyu açıklayacak patolojik bulguya rastlanmadı. Kemik iliği aspirasyon biyopsisi normal olarak geldi. İnfeksiyon odakları açısından ve ayrıca tüberküloz açısından değerlendirildi ve patolojik bir bulgu görülmedi. Hastanın mevcut kliniği polimiyalji romatika olarak düşünüldü ve oral 32 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Dramatik klinik yanıt sağlandı. Bir ay sonraki değerlendirilmesinde ESR 28 mm/h olduğu görüldü. İzleminde steroit dozu giderek azaltılan hasta tedavinin 5. ayında 6 mg metilprednizolon tedavisi ile izlenirken sağ tibia ön yüzünde mor renkli papüler lezyonları çıkmaya başladı. Yaklaşık 1 ay içerisinde lezyonlar sağ tibia ön yüzünde 20x10 cm'lik alanda (Şekil-1), sol tibiada, sol ayakta, alın bölgesinde, submental bölgede (Şekil-2), sağ memede olmak üzere tüm vücutta gelişmeye başladı. Yapılan biyopsi sonucu Kaposi sarkomu, HHV-8 pozitif olarak geldi. Onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerince de değerlendirilen hastaya öncelikle sol tibiya ön yüzünde olan geniş alana radyoterapi başlandı. Yaşı nedeniyle antrasiklin içeren protokoller verilemeyen hastaya radyoterapi sonrasında haftalık sistemik paklitaksel tedavisi verilmesi kararlaştırıldı. Hasta radyoterapi tedavisini almaya devam etmektedir.

Tartışma: KS nadir görülen ve klasik, endemik, iatrojenik-immünsüpresif tedavi ilişkili ve HIV ilişkili olmak üzere dört klinik formu bulunmaktadır. Dokuda HHV-8 pozitifliği olması bu hastalıkta sorumlu patojenin HHV-8 olduğunu düşündürmektedir. Genelde yavaş progrese olan bir hastalık olmakla beraber hızlı ilerleyerek visseral organ tutulumu olan ve mortal seyreden olgular da mevcuttur. Steroit tedavisi izleminde KS gelişebilmektedir ancak bu hastalar genelde uzun süreli ve yüksek doz steroit tedavisi alan hastalardır. Aynı zamanda steroit tedavisi kesildikten sonra KS da gerileyebilmektedir. Düşük doz kortikosteroit tedavisi alırken ve kısa süre içerisinde oluşan KS çok nadir bir durumdur. Bizim olgumuz ile PMR nedeniyle düşük doz steroit tedavisi alırken tedavinin 5. ayında başlayıp 1 ay içerisinde hızla progresyon gösteren KS gelişebileceği vurgulanmış oldu.

Şekil-1

Şekil-2:

P40
BİR ÖZOFAGUS NE KADAR GENİŞLEYEBİLİR? DEV MEDİASTİNAL KİTLE GÖRÜNTÜSÜ VEREN CİDDİ ÖZEFAGUS DİLATASYONU

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU[1], MUSTAFA KEMAL KILIÇ[1], MURAT UÇAR[2], OSMAN YÜKSEL[3], ZEKERİYA ÜLGER[1]

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI,
2. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Mediastinal kitlelerin etiyolojileri yaşa göre değişkenlik göstermekle beraber %60'ını timoma, nörojenik tümörler ve benin kistler oluşturmaktadır. Mediastinal kitle genellikle akciğer filmi ile yakalanıp ileri incelemeler ve görüntüleme yöntemleriyle kesin tanıya gidilmektedir. Özefagus orta mediastende yer almakta ve malignitelerinde görülen semptomlar genellikle yutma güçlüğü, disfaji, takılma hissi ve kilo kaybıdır. Ciddi özefagus tıkanıklığına bağlı gelişen dilatasyon ise nadir görülmektedir. Bu yazıda kliniğimizde takip edilen ve ciddi tıkanıklığa bağlı gelişen dev özefaguslu bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık tanılarıyla takip edilen 84 yaşında bayan hasta yedi aydır progresif olarak devam eden bulantı, kusma, oral alım bozukluğu ve melena nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Genel durum bozukluğu da olması sebebiyle hasta tetkik ve tedavi amacıyla geriatri servisimize yatırıldı. Çekilen posterioanterior akciğer filminde mediastende kitle görüntüsü (Şekil-1) olması üzerine bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi ve "mediastende büyüğü sol paratrakeal subkarinal yuvarlak şekilli kontrast tutan lenf nodları izlenmiştir (Malin infiltrasyon dışlanamamıştır). Özefagus belirgin distandü görünümde olup içerisinde hava sıvı seviyeleri mevcuttur. Mide fundus, kardiya düzeyinde özofagogastrik bileşkeyi de etkileyen, 5,5 cm. çapa ulaşan lobule, düzensiz konturlu, lümene protrude kitle lezyonu izlenmiştir. Korpus ve antrumda diffüz duvar kalınlaşması izlenmiştir" şeklinde rapor edildi. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisi "Özefagus 35.cm den proksimalde gıda artıkları izlendi. 35. cm den başlayan distale uzanan ülsere, vejetan, polipoid, frajil, dokunmakla hemorajik alanların izlendiği lezyon izlendi. Hemoraji olması ve net görüntü elde edilememesi nedeniyle biyopsi alınmadı" şeklinde raporlandı. Ciddi beslenme bozukluğu olan hastaya özefagus distalindeki kitle geçilemediği için perkutan endoskopik gastrostomi takılamaması üzerine cerrahi jejunustomi takıldı. Onkoloji ve genel cerrahi bölümlerinin önerileri de alınan hastaya genel durumu ve ileri evre hastalığı nedeniyle palyatif izlem kararı alındı. Hasta mevcut tablosuyla beslenme desteği de sağlanarak taburcu edildi.

Tartışma: Özefagus kanseri dünyadaki ölüm nedenleri arasında altıncı sırada yer almaktadır (. Hastalar yutma güçlüğü, ağrılı yutma, takılma hissi gibi semptomlarla gelebilmekle beraber ileri evre hastalıkta ciddi tıkanıklıklar sonucunda bulantı, kusma oral beslenememe de görülebilmektedir. Tıkanıklığın proksimalindeki özefagus dilate olabilmektedir. Erken evrede kemoradyoterapi ve cerrahi uygulanabilirken ileri evre inoperabl hastalıkta palyatif izlenmektedir. Bizim ol-

gumuzda özefagusta ciddi tıkanıklığa bağlı gelişen özefagus dilatasyonu mevcuttu. İnoperabl olan hastaya palyatif izlem kararı alındı. Nadir görülen bu durum mediastinal kitle düşünülen hastanın ayırıcı tanısında özefagusun da olabileceğini tekrar vurgulamış oldu.

P41
SİSTEMİK SARKOİDOZ ÖNTANISI İLE İZLENEN BİR HASTADA MEME KANSERİ: AYIRICI TANIYA DİKKAT!

MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU[1], MUSTAFA KEMAL KILIÇ[1], HALUK TÜRKTAŞ[2], RAMAZAN YILDIZ[3], EÇİNE YEŞİM ATAK[4], ŞÜKRAN ÜLGER[5], MURAT UÇAR[6], ZEKERİYA ÜLGER[1]

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI,
2. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI,
3. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI,
4. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI,
5. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI,
6. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Etiyolojisi belli olmayan, granülomatoz bir hastalık olan sarkoidoz, vücudun tüm sistemlerini etkileyebilen sistemik bir hastalıktır. Akciğer, cilt tutulumu başta olmak üzere tüm organları tutabilmektedir. Genellikle genç yaşlarda tanı konulmaktadır. Sarkoidozun tutulum yerleri göz önüne alındığında ayırıcı tanısında malignitelerin önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Biz de sarkoidoz ön tanısıyla yatırdığımız ve akciğerden biyopsi ile metastatik meme kanseri tanısı koyduğumuz bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Hipertansiyon, hiperlipidemi ve nodüler guatr tanılarıyla takip edilen 65 yaşında bayan hasta halsizlik ve yaygın vücut ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Son bir aydır 4 kg kilo kaybı mevcuttu. Fizik muayenesi tiroid sağ lobda diffüz büyüme, bilateral akciğer bazallerinde raller ve bilateral pretibiyal bir pozitif gode bırakmayan ödem dışında normaldi. Bakılan kan parametrelerinde hemogram normal, ALT 209 U/L (0-40 U/L1), AST 261 U/L (0-40 U/L), ALP 561 U/L (35-129 U/L), GGT 220 U/L (0-50 U/L), kreatinin 1,24 mg/dl olarak geldi. Hasta hepatit ön tanısıyla etiyoloji araştırılmak üzere hastaneye yatırıldı. Gönderilen tetkiklerinde hepatit markerları negatif olarak geldi. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Otoimmün belirteçler, kreatinin fosfokinaz değerleri normaldi. Abdominal USG "karaciğer boyutu 145 mm, kenarları düzensiz, yağlanmaya bağlı eko artışı, kitle izlenmedi, splenomegali yoktur" şeklinde rapor edildi. Transtorasik Ekokardiyografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Akciğer grafisinde interstisyel tutulum şüphesi nedeniyle çekilen yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) "interlobuler septal kalınlaşmalar, bilateral alt lob apikal segmentlerde yaklaşik 1,5 cm uzun boyutta irreguler kontrlü yumuşak doku densiteler, düzlemine giren karaciğer sağ lob diyafragmatik kubbe anteriorunda 17 mm hipodens nodüler yapı saptanmıştır" şeklinde rapor edildi. Mevcut bulgularla ön planda sarkoidoz düşünülen hastadan gönderilen ACE düzeyi (117 U/L (normal <35 U/L)) yüksek bulundu. Günlük idrar kalsiyum atılımı 103 mg/gün olarak geldi. Bronkoalveolar lavaj yapıldı ve CD4/CD8: 3,39 (sarkoidoz için üst sınır 3) olarak geldi. Tüberküloz için alınan örneklerde üreme olmadığı görüldü. HRCT'de görülen karaciğerdeki lezyonu incelemek amacıyla karaciğer dinamik MR çekildi ve segment 2,4,5,6 ve 8'de en büyüğü 2,5 cm olan multiple hipervasküler nodüller tespit edildi. Sarkoidoz doku tanısı amaçlı alınan trans bronşial biyopside metastatik meme karsinomu olduğu görüldü. Çekilen bilateral mamografi ve USG'de sağ meme saat 6 hizasında areolaya 2cm mesafede 13x10 mm nispeten düzgün sınırlı solid kitle görüldü. Takibinde uykuya meyilli olması üzerine çekilen kranial MR'da metastatik süreci düşündüren nodüler lezyonlar tespit edildi. Palyatif kraniyel radyoterapi endikasyonu konulan hastaya, hasta yakınlarının kabul etmemesi nedeniyle radyoterapi uygulanamadı. Metastatik

meme kanseri tanısı ile sistemik kemoterapi planlanan hastanın izleminde genel durumunda kötüleşme oldu, bilinç kaybı ve multiorgan yetmezliği gelişen hasta hayatını kaybetti.

Tartışma: Birden fazla sistem tutulumu ile gelen hastalarda vaskülitler, sistemik lupus eritematozus, sarkoidoz gibi sistemik tutulum yapan hastalıklar öncelikle akla gelmektedir. Ancak bu hastalarda göz ardı edilmemesi gereken en önemli şey ayırıcı tanının titizlikle yapılmasıdır. Metastatik kanserlerde de aynı şekilde sistemik tutulum gibi birden fazla organ bulguları olabileceği için mutlaka maligniteler ekarte edilmelidir.

P42
BİR AKCİĞER FİLMİ İLE MİDE CA TANISI KONULABİLİR Mİ?

MUSTAFA KEMAL KILIÇ[1], MUHAMMET CEMAL KIZILARSLANOĞLU[1], RAMAZAN YILDIZ[2], MURAT UÇAR[3] ZEKERİYA ÜLGER[1]

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI
2. MEDİKAL ONKOLOJİ BİLİM DALI
3. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş: Akciğer filmi en eski görüntüleme tetkiklerinden biridir ve klinik önemini korumaya devam etmektedir. Akciğer ve göğüs duvarı ile ilişkili tanılar koyulabilmekle beraber komşu organlarla da ilişkili bulgular görülebilmektedir. Bu nedenle akciğer filmi değerlendirilirken sistematik bir yaklaşımla incelemek önemlidir. Bu yazıda akciğer filmi incelenerek midede patoloji olabileceği düşünülüp sonrasında mide kanseri tanısı konulan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Daha önce bilinen bir hastalığı olmayan 74 yaşında erkek hasta birkaç aydır olan sağ hipokondriyak bölgesinde ağrı, bir aydır 13 kg kaybetme şikayetleriyle Geriatri polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesi kaşektik görünüm ve sağ üst kadranda derin palpasyonla hafif hassasiyet dışında doğaldı. Yapılan laboratuar incelemelerinde anemi ve sedim yüksekliği dışında biyokimyasal parametreleri ve idrar tahlili normal olarak değerlendirildi. Çekilen posterioanterior akciğer filminde akciğerde belirgin bir patolojik bulguya rastlanmadı ancak incelendiğinde mide fundus gazında indentasyon yapan bir opasite, splenik fleksura kolon segmentlerinin sola itilmiş olması ve sol diafram medialinde düzleşme görüldü (Şekil 1). Mevcut görüntünün olası bir mide lezyonuna işaret edebileceği düşünülerek ve aynı zamanda kilo kaybı etiyolojisini de araştırmak amacıyla hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Mukozası ödemli hiperemik görünümde, büyük kurvatur tarfında kardiyaya doğru uzanan segmentte ortası beyaz eksuda ile kaplı ülsere ve etrafındaki mukozada çekinitye neden olan dokunmakla frajil yaklaşık 4-5 cm çapında ülserovejetan kitle izlendi (Şekil-2). Biyopsi sonucu mide adenokanseri tanısı koyuldu. İncelemelerinde karaciğer metastazı tespit edilen hastaya ileri evre mide kanserine yönelik sistemik kemoterapi başlandı. Hasta tedavisini almaya devam etmektedir.

Tartışma: Akciğer filmi değerlendirilirken sistematik bir yaklaşım önemlidir. Yalnızca akciğer dokusuna odaklanmadan kemik yapılar, yumuşak dokular ve çevre organların da dikkatlice incelenmesi gerekmektedir. Bu olgumuz akciğer filmini bütünsel değerlendirmenin önemini bir kez daha vurgulamıştır.

Şekil 1

Şekil-2

P43
GERİATRİK BİR HASTADA İSONİAZİD'E BAĞLI ATEŞ YÜKSEKLİĞİ

TOSUN TASAR, P.[1], ŞAHİN, S.[1], BOZKURT, N.[2], DUMAN, S.[2], AKÇİÇEK, F.[1]

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİM DALI
2. EGE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İsoniazid halen mevcut olan antitüberküloz ilaçların en güçlüsüdür ve nadir yan etki tanımlanmaktır. En sık görülen yan etkiler deri döküntüsü ve ateştir. Ateş ve deri döküntü birlikteliği klinisyene ilaç reaksiyonunu sıklıkla düşündürmekle birlikte sadece ateş yüksekliğinde ilaç reaksiyonu akla gelmeyebilmektedir. Bu vakada tüberküloz lenfadenopatisi nedeni ile antitüberküloz tedavisi alan ve ateş gelişen hasta vasıtası ile İsoniazid' e (INH) bağlı gelişen ateş yüksekliğine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Vaka: 82 kadın hasta, halsizlik, istahsızlık nedeniye sağlık merkezine başvurmuştur. Özgeçmişinde 2007 yılında tübülolobuler meme kanseri (ca) nedeni parsiyel mastektomi olduğu ardından 30 gün toplam 60 Gy RT ve beş yıl anastrozol tedavisi aldığı ve sonrası tam kür olarak takipte olduğu öğrenilmiştir. Fizik muayenede sol supraklaviküler bölgede lenfadenopati (LAP) saptanmıştır. LAP eksizyonu yapılmış, patolojisi granulomatoz lenfadenit gelmiştir. Lezyonda asidoresistan bakteri görülmemiş, PCR negatif saptanmış ancak klinik ve patolojik verilerle antitüberküloz tedavi verilmiş, dört gün tedavi alan hasta tedaviyi kendi isteği ile kesmiştir. Tedavinin kesilmesini takiben şikâyetleri tekrar eden ve beraberinde kilo kaybı başlayan hasta ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı. Fizik muayenesinde kalp seslerinin derinden geldiği, bilateral akciğer alt zonlarda solunum seslerinin azaldığı saptandı. Hastada sedimentasyon yüksekliği (60 mm) dışında diğer laboratuvar değerleri normaldi. Akciğer grafisinde kardiyotorasik oranı artmıştı. Toraks BT' sinde mediastende sağ üst paratrakeal alanda, subkarinal alanda ,en büyüğü 1.3 cm kalsifikasyon içeren lenf bezleri saptandı, perikard kalınlığı 2 cm ölçüldü. PPD' si 20x 20 mm saptanan hastanın yapılan ekokardiyografisinde sağ ventrikül çevresinde 2,2 cmlik fibrinli perikardial mayi saptandı. Perikardiyosentez yapıldı, perikard sıvısından gönderilen ADA düzeyi 26 U/ L, ARB ve PCR ile M. Tüberkulozis negatif olarak saptandı. Hastada klinik , laboratuar ve PPD sonuçlarına dayanılarak 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı.

Tedavi başlangıcından 6 saat sonra hastada 39 '° C ye varan ateş yüksekliği oldu ve enfeksiyon odağı saptanamamasına rağmen ampirik olarak piperasilin tazobaktam eklendi. Antibiyotik tedavisi altında ateş yanıtı alınamayan hastanın tedavisinin dördüncü gününde ALT: 348 U / L, AST: 934' U / L' e kadar yükseldi, antitbc tedavisi ve antibiyoterapisi kesildi. Laboratuar olarak % 5 eozinofili, IG E düzeyi 189 IU/ mL (100 IU/ mL) saptandı. Ön planda hastalık ya da antibiyotik ateşi düşünüldü. Viral hepatit seroloji ve batın ultrasonografisi normal olan hastaya toksik hepatit ön tanısı ile N- asetil sistein infüzyonu başlandı. Takibinde karaciğer fonksiyon testleri normal hale geldi, bu dönem içinde hiç ateş yüksekliği olmadı. Anti- tbc tedavinin düşük dozda başlanıp tedrici olarak arttırılması şartıyla tekrar başlanılmasına karar verildi. Hastanın tedavisine 100 mg/ gün (INH) eklendikten 10 saat sonra 39'C °ye varan ateş yüksekliği oldu. Ateş yükseliği INH'a bağlandı ve tedavi kesildi. Tedaviye 500 mg/ gün pirazinamid eklendi, takibinde dozu 1250 mg/ güne çıkarıldı. Kontrol ekokardiyografide fibrin ve sıvı içeriğinde ve effüzyonda regresyon saptandı, genel durumu düzelen iştahı açılan hasta taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: INH'a bağlı sık görülülen ilaç reaksiyonları deri döküntüsü, hepatit, artralji ve ateş yüksekliğidir. Literatürde INH'a bağlı ateş yüksekliği ilk olarak 1953' de tanımlanmıştır. Mekanizması henüz tam olarak anlaşılamamakla birlikte antikor oluşumu ile giden immunopatolojik bir sürecin olduğu düşünülmektedir. İlaca bağlı ateş reaksiyonunda tanı hekimin tanıyı düşünmesine ve klinik gözleme dayanmaktadır. Serolojik testlerin ya da deri testlerinin tanıda yeri yoktur. Bununla birlikte hastamızda oldu gibi periferik eozinofili ve immunglobulin E yüksekliği tanıyı destekleyen laboratuar verileridir. Sonuç olarak; ilaç reaksiyonları farklı klinik tabloya neden olabilirler bunlardan bir tanesi de ateştir. Günlük uygulamalarında sık INH kullanan hekimlerin, ilaca bağlı ateş reaksiyonu olabileceğini akılda tutmalıdırlar.

P44
DEMANS SAPTANMAYAN ANCAK YÜKSEK DOZ MEMANTİN KULLANAN OLGU

UMUT SAFER, HÜSEYİN DORUK, İLKER TAŞCI, MEHMET İKİN NAHARCI, ERGÜN BOZOĞLU
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, GERİATRİ BİLİM DALI, ANKARA

Menantin HCl demans tedavisinde kullanılan bir N-methyl-D-aspartat reseptör antagonistidir. Memantinin tablet (5-10 mg), damla (2 mg/ml) ve pompalı damla (5 mg/gün) formları mevcuttur.

88 yaşında, bayan hasta dispeptik yakınması ile geriatri merkezimize başvurdu. Hastanın öz geçmişinden 40 yıldır hipertansiyon ve hiyatal herni, 5 yıldır da Alzheimer Hastalığı, Parkinson ve panik atak tanıları ile takip edildiği öğrenildi. 2007 yılında, nöroloji uzmanı tarafından, demans tanısı konulan hastaya memantin damla, 8-10 damla/gün(16-20 mg/gün) tedavisi başlanmıştı. Geriatri merkezimize başvurduğunda ise memantin pompalı damla 8-10 basış/gün (40-50mg/gün dozunda) kullanmaktaydı. Hasta yakınlarından alınan anamnezde kullandıkları ilacın 2011 yılında piyasadan kaldırılması nedeni ile aynı ürünün pompalı damla formuna raporlandırdıkları ve hastanın memantin pompalı damla tedavisini de 8-10 basış/gün şeklinde kullanmaya devam ettiği öğrenildi.

Hastanın yakılarından alınan anamnezinde hastada unutkanlık olmadığı ve hatta evde bir şey bulamadıklarında yerini hastalarına sordukları ve bu sayede buldukları öğrenildi. Hastanın disartrik olması nedeni ile iletişim güçlükle kuruldu ancak yapılan kapsamlı geriatrik değerlendirmede kognitif kayıp olmadığı saptanmadı. Hastanı günlük temel ve enstürmantel aktivitelerinde kısıtlılığı mevcuttu ancak bu kısıtlılık parkinsonizm semptomlarına bağlıydı. Menatin tedavisi kesildi. Yapılan üst GIS endoskopisinde hastada pangastrit ve hiatal herni olduğu saptandı.

Geriatrik hasta değerlendirmesi özellikle disartri eşlik eden klinik durumlarda zor olabilir. Yanlış tanı ve uygunsuz ilaç reçeteleşmesinden kaçınmak için disartrik hastalar çok dikkatli değerlendirilmelidir. Ayrıca, demans tedavisindeki ürünlerde yapılan form değişiklikleri, ciddi yan etkilere neden olabilecek, yüksek doz ilaç kullanımına neden olabilir.

P45
SARKOPENİK DEMANS VAKASI: BESLENME DESTEK TEDAVİLERİ VE DİRENÇ EGZERSİZİ

ERGÜN BOZOĞLU, MEHMET İLKIN NAHARCI, UMUT SAFER, İLKER TAŞÇI, HÜSEYİN DORUK
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, GERİATRİ BİLİM DALI, ANKARA

80 yaş üzeri yaşlılarda tespit edilen sarkopeni oranı % 11-50 arasında değişmektedir. Sarkopoeni yaşam kalitesinin bozulması ve ölünle sonuçlana bilen progresif kas gücü, fonksiyonu ve kitlesi kaybıdır.

88 yaşında demans tanılı hasta diş problemleri nedeni ile geriatri polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde demans tanısına ek olarak hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı ve hipotiroidizim mevcuttu.

Polikliniğimizde yapılan geriatrik değerlendirme hastanın kas gücü, kas fonksiyonu ve kas kitlesi kaybı olduğunu ortaya koydu. Hastaya Ensure Plus® günde 3 adet ve Abound® teröpatik beslenme içeceği günde iki adet tedavileri başlandı. Hastaya direnç egzersizi planlandı. 6 aylık tedaviden sonra hastanın vücut kitle indeksinde (BMI) (25.9'ten 27.6' ye) ve kas kitlesinde (6.45 kg/m2'ten 6,58 kg/m2 ' ye) artış oldu. Hastanın depresif semptomları gerilerken kas gücü ve fonksiyonunda değişiklik saptanmadı.

Ensure Plus® ve Abound® toz tedavilerinin direnç egzersizi tedavisi ile kombinasyonu sarkopeni tedavisinde iyi bir alternatife olabilir. Ayrıca, bu tedavi hastadaki malnutrisyon zeminindeki depresyon semptomlarının iyileşmesini sağlayabilir.

P46
DARÜŞŞAFAKA REZİDANS HUZUREVİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE KATILIMI: ÖN ÇALIŞMA

DUYGU ILGIN[2], ATİLLA ÖZTÜRKERİ[1], GÜLSELİ ÜNER[1], M. EMİN LİMONCU[2], TURAN GÜNDÜZ[2]

1. DARÜŞŞAFAKA CEMİYETİ URLA REZİDANSI
2. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MYO, MANİSA

Amaç: Düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı aktif yaşlanma süreci üzerine olumlu etkileri kanıtlanmış bir davranış modifikasyonudur. Fiziksel aktivite alışkanlığı konusunda yapılan çalışmalarda sağlık alanında çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin de önemli olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmamız Darüşşafaka Rezidans Huzurevi sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite alışkanlığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız bir huzurevinde yaşlı bireyler ile birebir çalışan 18 sağlık çalışanından katılımı kabul eden 15 bireye yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, vücut kütle indeksi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma süresi, sigara kullanma alışkanlığı kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı ve aktif yaşlanma sürecinde fiziksel aktivitenin önemi konusundaki bilgilerini içeren anket formu uygulandı. Ayrıca fiziksel aktivite alışkanlıkları Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu'na göre değerlendirildi. Düzenli fiziksel aktivite katılımını engelleyen nedenler ve şiddetleri görsel analog skala kullanılarak (ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi) sorgulandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 15.0 programı ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ düzeyi kabul edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 38.54±8.16 olan 2 doktor, 1 fizyoterapist, 4 hemşire ve 8 bakım asistanı (ortalama çalışma yılı olarak 12.77±6.4 ve son kurumlarında ortalama çalışma yılları 2.57±1.29 yıl) değerlendirildi. Total aktivite skorları 2054.00±1668.23 MET-dakika/hafta ve toplam oturma süresi 520.00±193.32 olarak hesaplandı. Aktif yaşlanma ve düzenli fiziksel aktivite katılımı ile ilgili bilgi düzeyi skorlarının iyi olduğu görüldü. Çalışanların %53'ü gelecek 6 ay içinde ve %20 'si gelecek 30 gün içinde düzenli fiziksel aktiviteye katılımı düşünmekte olduğunu belirtti. Diğer %27'si ise haftada en az 3 gün olacak şekilde son 6 aydır düzenli fiziksel aktivite katılımı olduğu iletti. Katılımcılar tarafından en önemli düzenli fiziksel aktivite katılım engeli olarak "ev ve iş için yapılması gereken diğer aktivitelerden düzenli fiziksel aktivite katılımına zaman bulamamak" %67 oranında kaydedildi.

Sonuç: Sonuçlarımız Darüşşafaka Rezidans Huzurevi ortamında yaşlı bireyler ile birebir çalışan huzurevi sağlık çalışanlarında aktif yaşlanma ve düzenli fiziksel aktivite katılımı açısından bilgi düzeyi ve farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca aktif yaşlanma sürecine yönelik sağlık politikalarının belirlenmesi sırasında yaşlı bireylerle birebir çalışan ekip elemanlarının da göz önüne alınması gerekliliğini ortaya koyması bakımından önemlidir.

P47
YAŞLI HASTADA ORAL MUKOZİT İLE İLİŞKİLİ KINGELLA KINGAE SEPSİSİ

SÜLEYMAN NAHİT ŞENDUR[1], HACI HASAN YETER[1], MEHMET EMİN KUYUMCU[2], YUSUF YEŞİL[2], ÖZGÜR KARA[2], GÜNEŞ ARIK[2], BURCU BALAM YAVUZ[2], MELTEM HALİL[2], MUSTAFA CANKURTARAN[2], SERVET ARIOĞUL[2]

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI,
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, GERİATRİ BİLİMDALI

Giriş: *Kingella kingae* Hacek grubu mikroorganizmalar içerisinde yer almaktadır. Orofaringeal florada kommensal olarak yer alan bu mikroorganizma, osteomyelit, septik artrit, spondilit, endokardit, menenjit ve bakteriyemi etkeni olabilmektedir (1). Kötü oral hijyen, farenjit ve oral mukoza ülserasyonları *Kingella kingae* infeksiyonları için predispozan faktörlerdir(2-3). Erişkin yaştaki hastalarda infektif endokardit olmadan *Kingella kingae* bakteriyemisi bildirilmiştir(4). Biz burada geriatrik yaş grubunda, kişisel bakımı yeterli olmayan bir hastada oral mukozit sonucu gelişen *Kingella kingae* ilişkili sepsisten bahsedeceğiz.

Olgu Sunumu: 72 yaşında erkek hasta, genel durum bozukluğu, ağızda yara, uykuya meyil ve idrar kaçırma şikayetleriyle acil servise başvuruyor. 15 gün kadar önce grip benzeri bir tablo geçirdikten sonra ağzında yaralar çıktığı, bu yaralar çıktıktan sonra yiyip içemediğinden giderek düşkünleştiği, yakınları tarafından belirtiliyor. 8 yıldır evre 2 Kll nedeniyle

izlenen hastanın kontrollerine düzenli gitmediği anlaşılıyor. Öyküsünden, 1972 yılında iyi huylu bir beyin tümörü nedeniyle opere olduğu öğreniliyor. O dönem yapılan tetkik sonuçlarına ulaşılamıyor. Ameliyat sonrası sağ hemiparezi gelişen hasta aksayarak yürüyor.15-20 gün öncesine kadar kendi işlerini görebildiğini belirtiyor. Yine öyküsünden Benign Prostat Hiperplazisi nedeniyle opere olduğu anlaşılıyor. Bilinen ek dahili hastalığı yok.

Fizik muayenesinde hastanın düşkün ve soluk görünümlü olduğu fark edildi. Uykuya meyili mevcuttu. Kan basıncı 90/60 mmHg, vücut sıcaklığı:38.7°C, solunum sayısı:18/dk, nabız :100/dk ölçüldü. Dudakları ve ağzı kuruydu. Ağzında grade 3 mukozit hali mevcuttu ve yer yer kanama alanları tespit edildi. Diş hijyeni kötüydü. Solunum muayenesi doğaldı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde boyun venöz dolgunluğunun azaldığı fark edildi. Karın muayenesinde bilateral alt kadranlarda hassasiyeti mevcuttu. Rebound veya defans fark edilmedi. Cilt muayenesinde peteşi, purpura ya da ekimoza rastlanmadı fakat turgor ve tonus belirgin olarak azalmıştı. Nörolojik muayenesinde sağ kol ve sağ bacakta 2/5 kuvvet kaybı mevcuttu. Sol ekstremitede kuvvet kaybı fark edilmedi.

Hastanın gönderilen rutin kan tetkiklerinde; Hemoglobin: 11.9 g/dl, Mcv:109 fl, Lökosit: 63,200 x10^3/µL, Lenfosit:55.000 x10^3/µL, Trombosit: 123,000 x10^3/µL, BUN:90 mg/dl, Kreatinin: 2,5 mg/dl saptandı. Tam idrar tetkikinde; Lökosit: 85/Hpf, Eritrosit: 2/Hpf , Nitrit + saptandı. Steril idrar tetkikinde gram negatif basil görüldü. Sedimentasyon: 53 mm/st, Crp:18,9 mg/dl olarak tespit edildi. Ateşi olan hastadan kan ve idrar kültürleri gönderildi. Ön-arka ve sol yan akciğer grafisinde pnömoni düşündürecek herhangi bir bulguya rastlanmadı. Hastaya intravenöz sulbaktam-ampisilin ve ciprofloksasin tedavisi başlandı. Hasta ileri tedavi için servise yatırıldı.

Servisteki takiplerinde hastanın kan basıncı 60/20 mmHg değerlerine kadar düştü. Bu esnada ölçülen vücut sıcaklığı 38.7 derece tespit edildi. Sepsis tanısı konan hastanın antibiyotik tedavisi Meropenem ve Vankomisin olarak değiştirildi. Santral venöz kateter açılarak cvp ölçümleri yapıldı. 0 olarak ölçüldü. Sepsis protokolü uygulanan hastanın kan kültüründe *Kingella kingae*, idrar kültüründe ESBL pozitif ***Escherichia coli***. üremesi bildirildi. Antibiyotik tedavisine devam edilen hastanın takiplerinde vazopressör ihtiyacı tedricen azaldı. Santral kateteri çekilen hastanın mukozit halinin tamamen iyileştiği görüldü. İnfektif endokardit ekartasyonu için yapılan transözefagial ekokardiografisinde vejetasyon ile uyumlu herhangi bir bulguya rastlanmadı. Kontrol kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Muhtemel intrakranial abse ekartasyonu için kranial bilgisayarlı tomografi çekildi. Abse ile uyumlu bulguya rastlanmadı. Muhtemel septik artrit ve osteomyelit ekartasyonu için öyküsü ve fizik muayenesi derinleştirildi. Pozitif bulgu yoktu. Hastanın Kingella kingae bakteriyemisinin kaynağının mukozit hali olduğu düşünüldü. Antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanan hasta tam iyilik hali ile taburcu edildi.

Tartışma: *Kingella kingae* normal floranın bir üyesi olmasına rağmen gün geçtikçe, gerçek infeksiyöz patojen olarak bildirilme sıklığı artmaktadır. Geçtiğimiz dekatta, özellikle pediatrik yaş grubunda önemli bir bakteriyemi ve osteoartiküler infeksiyon etkeni olduğu göze çarpmıştır(5-6). Erişkinlerde ağır immun yetmezliği olan bireylerde önemli bir infeksiyöz etkendir(2). Fakat bu vakada da görüldüğü üzere geriatrik popülasyon bu etken açısından riskli bir diğer grubu oluşturabilir.

Referanslar:

1. Int J Oral Maxillofac Surg. 2004 Jan;33(1):105-7. An adult case of oral infection with Kingella kingae. Van Damme PA, van HerpenCM, Meis JF. Department of Oral and Cranio-Maxillofacial Surgery (421)
2. Winn WC, Allen S, Janda WM, Koneman EW, Schreckenberger PC, Procop G, Baker Woods G.Koneman's Color Atlas and Textbook of Diagnostic Microbiology. 6. Lippincott, Williams and Wilkins; 2006. pp. 472–473.
3. Shimeld LA, Rodgers AT. Essentials of Diagnostic Microbiology. Delmar Learning; 1999. p. 180.
4. Roiz MP, Peralta FG, Arjona R. Kingella kingae bacteremia in an immunocompetent adult host.J Clin Microbiol. 1997;35:1916.
5. Yagupsky P, Dagan R. Kingella kingae: An emerging cause of invasive infections in young children. Clin Infect Dis. 1997;24:860–866.
6. Yagupsky P, Dagan R, Howard CW, Einhorn M, Kassis I, Simu A. High prevalence of Kingella kingae in joint fluid from children with septic arthritis revealed by the BACTEC blood culture system. J Clin Microbiol. 1992;30:1278–1281.

P48
GERİATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ BİREYLERİN SERUM, ÇİNKO, BAKIR, VİTAMİN C DÜZEYLERİ

DR. FİLİZ YILDIRIM KUTLUER
İÇ HASTALIKLARI UZMANI, POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ

Amaç: Yaşlanma; organizmanın zamana bağlı olarak fonksiyonel kapasitesinde ve hücrelerin organizma içinden ve dışından gelen etkenlere karşı koyma yeteneğindeki azalmayı ifade eder.

Çalışmamızda; iki farklı yaş grubunun serum çinko, bakır ve vitamin C düzeylerini karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Yaşları 60-85 olan 12 kadın, 12 erkek ile yaşları 33-60 olan 12 kadın ve 12 erkeğin serum çinko, bakır ve vitamin C düzeyleri spektrofotometrik yöntemle ölçüldü.

Bulgular: İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. ($p<0.05$). İki yaş grubu karşılaştırıldığında, serum çinko, bakır ve vitamin C düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızın bulgularına göre; geriatrik yaş grubu ile diğer yaş grubunda serum çinko, bakır ve vitamin C düzeylerinde eksiklik görmediğimiz bireylere antioksidan mineral ve vitaminlerin verilmemesini önermekteyiz.

P49
YAŞLILARDA GIDA GÜVENCESİZLİĞİ, MALNUTRİSYON VARLIĞI VE MALNUTRİSYONLA İLİŞKİLİ ETMENLER: TOPLUMA DAYALI KESİTSEL ÇALIŞMA

HATİCE ŞİMSEK[1], RECİ MESERİ[2], SEVNAZ ŞAHİN[3], REYHAN UÇKU[1]

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD, İZMİR ,
2. EGE ÜNİVERSİTESİ, İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU, BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ, İZMİR,
3. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI AD, GERİATRİ BD, İZMİR,

Amaç: Malnutrisyon, yaşlılarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Gıda güvencesizliği de malnutrisyon nedenlerinden biridir. Bu çalışmada toplumda yaşayan yaşlılarda gıda güvencesizliği, malnutrisyon sıklığı ve malnutrisyonla ilişkili etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İzmir'in Balçova İlçesi'nin bir mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 650 kişide yapılmış kesitsel tip bir çalışmadır. Malnutrisyon varlığı Mini Nutritional Değerledirme (MNA) ile belirlenmiştir. Gıda güvencesizliğini belirlemede Nutrition Survey of the Elderly in New York State (NSENY) çalışmasında kullanılan gıda güvencesizliği belirleme yöntemi kullanılmıştır. Veri Ki kare analizi, Lojistik Regresyon Analizi ile çözümlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 409'u (%62.9) kadın, 241'i (%37.1) erkektir. Ortalama yaş 74.1±6.3(65-97)'dir. Gıda güvencesizliği sıklığı %21.7, malnutrisyon sıklığı %2.7, riskli beslenme sıklığı %28.0'dır. Yaş (OR=1.058 p=0.001) ve kronik sayısındaki artış (OR=1.414 p<0.001), evli olmamak (OR=2.131 p=0.002), kötü-çok kötü ekonomik durum algısına (OR=2.492 p=0.002) ve sağlık algısına sahip olmak (OR=4.328 p<0.001), ortopedik engellilik (OR=1.945 p=0.047) ve gıda güvencesizliği varlığı (OR=2.485 p=0.001) malnutrisyon riskini artırmaktadır.

Sonuç: Gıda güvencesizliği ve malnutrisyon riski beklenenden yüksek bulunmuştur. İleri yaş, kronik sayısındaki artış, evli olmamak, kötü ekonomik durum algısı ve sağlık algısı, ortopedik engellilik, gıda güvencesizliği malnutrisyon riski için risktir. Evde yaşayan yaşlılarda gıda güvencesizliği ve malnutrisyonun belirlenebilmesi ve ortadan kaldırılabilmesi için sağlık ve sosyal açıdan tüm yaşlıları kapsayan, sürekli bir evde izlem programının ülke genellinde uygulanması önemlidir.

P50
TEDAVİSİZ HEPATİT C TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

SERAP YAVUZER[1], HAKAN YAVUZER[2], ALPER DÖVENTAŞ[2], BİROL BAYSAL[3], MAHİR CENGİZ[4], HAKAN ŞENTÜRK[3], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[2], TANJU BEĞER[2]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.,GERIATRI BD.
3. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD. GASTROENTEROLOJİ BD.
4. ŞARKIŞLA DEVLET HASTANESI, İÇ HASTALIKLARI.

AMAÇ: Tedavi almayan Kronik Hepatit C tanılı hastaların, yaş gruplarına göre demografik ve klinik özelliklerini incelemek.

YÖNTEM: Ocak 1998 ve Ocak 2011 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Gastroenterohepatoloji polikliniğine başvuran kronik hepatit C tanılı 531 hasta dosyası geriye dönük olarak incelendi. 2 madde bağımlılığı, 1 gebelik, 1 hemofili B, 1 toksik hipertiroidi, 1 iskemik kalp hastalığı, 2 tüberküloz, 5 son dönem kronik böbrek yetersizliği, 6 renal transplantasyon, 2 malignite, 62 siroz, 39 ileri yaş, 9 hasta biyopsi reddi ve 54 SUT kriterlerini karşılamama nedeniyle tedavi verilmeyen 185 hasta yaşlarına göre 60 yaş altı ve 60 yaş üstü olarak iki gruba ayrıldı. İki grubun tanı sırasındaki yaş ortalaması, takip süresi, başlangıç ALT, AST, lökosit, hemoglobin, hematokrit, trombosit, hepatit C (HCV) RNA düzeyleri, biyopsilerindeki histolojik aktivite indeksi ve fibrozis skoru, genotipleri, siroz ve hepatosellüler karsinom (HCC) gelişimi ile mortalite oranları karşılaştırıldı.

BULGULAR: 531 hastanın 185'i (% 34,8), tedavi almamış kronik hepatit C tanısı almıştı. Hastaların 105'i (% 56,7) kadın, 80'i (% 43,3) erkekti. Tanı konulduğu sırada tüm hastaların yaş ortalaması 55,4 ±14 (minimum 18, maksimum 85). Hastaların 110'u (%59,5) 60 yaş altı (1.grup), 75'i (% 40,5) 60 yaş üzeri (2.grup) idi. 1.grubun tanı konulduğu sıradaki yaş ortalaması 46,5±11 yıl, takip süresi 39,5±38 ay, başlangıç ALT ortalaması 63,4±54 ü/L, AST 61,3±51 ü/L, lökosit sayıları 6641±3000 /mm3, hemoglobin 13±1,5 gr/dl, hematokrit % 38,8±5, trombosit 202000±98000 /mm3 idi. HCV-RNA düzeyi kalitatif PCR ölçümü ile bakılan 68 hastanın 33'ü pozitif (%30); kantitatif (ELİSA) ile ölçülen 37 hastanın ortalama HCV-RNA'sı 4.326.840±8.108.125 ü/ml (minimum 4000, maksimum 47.900.000) olarak saptandı. Biyopsi yapılan 31 hastanın ortalama Histolojik Aktivite İndeksi (HAİ) 5,2±3,8, ortalama fibrozis skoru (FS) 2,06±1,6 idi. 2. grubun tanıdaki yaş ortalaması 68±5 yıl, takip süresi 30,6±29 ay, başlangıç ALT 78,7±85 ü/L, AST 80,4±128 ü/L, lökosit sayıları 6260±1700 /mm3, hemoglobin 13,2±3 gr/dl, hematokrit %37,7±5, trombosit 189000±74000 /mm3 idi. HCV-RNA düzeyi kalitatif PCR ölçümü ile bakılan 45 hastanın 37'si pozitif (%49); kantitatif (ELİSA) ile ölçülen 28 hastanın ortalama HCV-RNA'sı 3.348.739±10.440.484 ü/ml (minimum 8000, maksimum 55.890.000) olarak saptandı. Biyopsi yapılan 17 hastanın ortalama HAİ 6,06±3, ortalama FS 2,2±1,2 idi. Bakılan tüm parametreler açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. 43 hastanın 38'i genotip 1b (%89), 1'i genotip 1a, 3'ü genotip 3a, 1'i genotip 4a; 2. Grupta ise 11 hastanın tümünde genotip 1b saptandı. Takip sırasında 25 hastada (tüm hastaların %13'ü) spontan iyileşme gözlendi. Sirozu olan 62 hastanın 37'si (%20) 60 yaş altı, 25'i (%13,5) 60 yaş üstüydü. Hepatosellüler karsinom (HCC) olgularının ise 3'ü 60 yaş altı (%1,6), 5'i 60 yaş üstüydü(%2,7). Ölen 16 hastanın 15'i 60 yaş üzerindeydi ve 14'ünün ölüm sebebi HCV ile ilişkili komplikasyonlardı (% 94).

SONUÇ: Tedavisiz Kronik Hepatit C olgularının önemli bir kısmını 60 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalığın yaşlılarda laboratuar, klinik ve demografik özelliklerinin genç gruptan farklı olmadığı; ancak gelişen komplikasyonlar nedeniyle mortalitesinin daha yüksek olabileceği kanısına varılmıştır.

P51
HİPERTANSİYON HASTALARINDA ANTİHİPERTANSİF TEDAVİYE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

CÜNEYT AKGÖL[1], SERAP YAVUZER[2], HAKAN YAVUZER[3], ALPER DÖVENTAŞ[3], MAHİR CENGİZ[4], SERAP YADİGAR[2] ADNAN LEVENT YALDIRAN[2], AYDIN TUNÇKALE[2], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[3], TANJU BEĞER[3]

1. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI AD.,NEFROLOJİ BD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.
3. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.GERİATRİ BD.
4. ŞARKIŞLA DEVLET HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI

Amaç: Hipertansiyonu olan hastalarda antihipertansif tedavi altında kan basıncı kontrolünü, tedavi uyumunu, tedavi uyumunda antihipertansif ilaç sayısı ve kullanım süresinin etkilerini değerlendirmek.

YÖNTEM: Haziran 2012 ile Haziran 2011 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri ve Genel Dahiliye Polikliniğine başvuran, hipertansiyon öyküsü olan ve halen antihipertansif tedavi altında olan 544 hasta çalışmaya alındı. Hastaların, kullandıkları antihipertansif ilaç sayıları ve tedaviye uyumları anket soruları ile değerlendirildi. Tansiyonlarının kontrol altında olup olmadığı tansiyon ölçümleri ile araştırıldı. Anketsorularından sonra en az 5 dakikalık istirahat sonrası hastaların sağ koldan 3'er dakika ara ile 3 kere kan basınçları ölçüldü. Üç ölçümün ortalaması alınarak sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olduğu kan basıncı değerleri "kontrol altında olmayan kan basıncı" olarak kabul edildi. Tedavi uyumu, hastaların bir yıl içerisinde almakta olduğu antihipertansif ilacın % 80 ve daha fazlasını düzenli olarak alması olarak tanımlandı. Tanım bir yıldan az süredir ilaç alan hastalarda ise o ana kadar almakta olduğu ilacın % 80 ve daha fazlasını alması olarak tanımlandı. Ayrıca ilaç kullanım sürelerine göre "0-5 yıl", "5-10 yıl" ve "10 yıl ve üstü" olarak 3 gruba ayrılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 172'si (% 31,6) erkek, 372'si (%68,4) kadın olmak üzere 544 hasta alındı. Hastaların 335'i (% 61,6) 60 yaş altı, 209'u (% 38,4) 60 yaş üzerindeydi. Hastaların yaş ortalaması 60 yaş altında 50,6 ± 5,9, 60 yaş üstünde 68,1 ± 6,6 olup tüm hastaların yaş ortalaması 57,3 ± 10,5 yıl olarak saptandı. Tansiyonu kontrol altında olanların oranı 60 yaş altında %60,9, 60 yaş üstü %62,7 olarak saptandı. 60 yaş altı ve üstü grupta tansiyon regülasyonu açısından anlamlı fark saptanmadı (p = 0,717). Tüm hastaların % 16,5'i tedaviye uyumsuzken % 83,5'inin tedaviye uyumlu olduğu saptandı. İlaç kullanım süresine göre hasta gruplarında tedavi uyumu, 334 hastadan oluşan 1. grupta (0-5 yıl) %77,3, 104 hastadan oluşan 2. grupta (5-10 yıl) %92,3, 106 hastadan oluşan 3.grupta (10 yıl ve üstü) %94,3 olarak bulundu (p<0,001). Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumlarının arttığı gözlendi (r = 0,261, p<0,001). Ayrıca grupların sistolik kan basıncı ortalamaları sırasıyla 141,4±20 mmHg, 140,7±23 mmHg, 134,7±18 mmHg (p= 0,013); diyastolik kan basıncı ortalamaları sırasıyla 84,6±12 mmHg, 82,9±11 mmHg, 80,4±10 mmHg olarak saptandı (p= 0,006). Grupların yaş ortalaması sırasıyla 54,1±9, 61,1±9, 63,4±11 saptandı (p< 0,001). Hipertansiyon süresi 10 yıl ve üzeri olan grubun daha yaşlı, sistolik ve diyastolik tansiyonlarının daha regüle ve tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu belirlendi. Hastaların kullandığı ilaç sayıları incelendiğinde 302'si (%55,5) tek antihipertansif kullanmaktaydı. Hastaların 181'i 2 ilaç (%33,3), 53'ü 3 ilaç (%9,7), 8'i 4 ilaç (%1,5) kullanmaktaydı. Hastaların kullandığı ilaç sayısı ile uyum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü (r=0,119, p=0,006). 60 yaş altı ve üstü hastalar arasında kullandığı ilaç sayısı ile tedaviye uyum açısından fark saptanmadı.

Sonuç: Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaç sayısı ve kullanım süresi, ilaç uyumunu etkileyebilecek faktörlerdendir. Çalışmamızda hipertansiyon süresi uzadıkça tedaviye uyumun arttığı, tansiyon regülasyonunun daha iyi olduğu ve çoklu ilaç kullanımının bu uyumu bozmadığı sonucuna varıldı.

P52
SUPRAKLAVİKULER LENFADENOPATİ İLE PREZENTE OLAN PROSTAT KANSERİ OLGUSU

HAKAN YAVUZER[1], SERAP YAVUZER[2], SERAP YADİGAR[2], ALPER DÖVENTAŞ[1], ABDÜLKADİR ERÇALIŞKAN[2], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[1]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.,GERİATRİ BD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.

Giriş: Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türüdür. Ölüm sıklığı açısından akciğer kanserinden sonra ikinci sıradadır. Yaşla birlikte artar, olguların çoğu 65 yaş üstüdür. Yavaş ilerlemesi geç semptom vermesine neden olur. Semptomlar ortaya çıktığında ise lokal ilerlemiş hastalık veya metastatik hastalık evresine gelmiş olabilir. Hastalık genellikle sık, zorlu, kesikli ve çatallı idrara çıkma gibi prostatizm septomları ile ortaya çıkabilirken semptomsuz hastalara da tanı konalabilir. En sık kemik, sonra sırasıyla akciğer, karaciğer ve pelvik organ metastazları görülebilir. Lenfadenopati ile prezantasyon ise hastalığın nadir bir şeklidir.

Olgu Sunumu: 80 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan hasta 2,5 aydır olan halsizlik, gece terlemesi, kilo kaybı ve sol supraklaviküler şişlik şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Sol supraklaviküler 2 cm'lik ve sağ servikal 1,5 cm'lik ağrısız, sert lenfadenopatileri dışında sistem muayeneleri normaldi. Lökosit 7600/mm3, hemoglobin 9 g/dl, hematokrit %28, trombosit 265000/mm3 , sedimentasyon 97 mm/s, CRP 34 mg/L (0-5), üre 58 mg/dl, kreatinin 0,9 mg/dl, ALP 301 iu/L, total protein

6,7 g/dL, albumin 3,0 g/dL idi. Protein elektroforezinde alfa-1, alfa-2 ve gama bandında artış mevcuttu. Bruselloz, Hepatit ve HIV serolojisi negatifti.

Ön planda lenfoma düşünülerek çekilen tomografilerde her iki posterior ve anterior servikal zincirde dar çapı 13 mm, mediastende dar çapı 2 cm'lik, paraaortik, renal, intraaortakaval, prekaval, bilateral iliyak ve obturator dar çapı 12 cm'lik multipl konglomere lenfadenopatiler saptandı. İncelemeye giren kemik görüntülerinde metastazla uyumlu sklerotik odaklar görüldü. Kemik sintigrafisinde cruris dışı tüm kemiklerde metastazla uyumlu lezyonlar izlendi. Lenfoma evrelemesi açısından istenen PET CT'de bilateral mandibular/submandibuler, alt servikal, supraklavikular lenf nodlarında düşük yoğunluklu (sudmax'ı 1,6-9) hipermetabolik; paratrekeal, paraortik, prevasküler lenf nodlarında düşük yoğunluklu (sudmax'ı 2,2) hipermetabolik; sol paraaortik, bilateral iliyak lenf nodlarında düşük yoğunluklu (sudmax'ı 2,8) hipermetabolik FDG tutulumu izlenirken, iskelet sisteminde patolojik FDG tutulumu izlenmedi.

Sol supraklaviküler lenf nodundan yapılan eksizyonel biyopsisinde prostat adenokarsinom metastası olduğu görüldü. İmmünhistokimyasal incelemedeyse prostat spesifik antijen (PSA), prostatik asit fosfataz (PSAP) ve alfa metilaçil koenzim-A rasemaz (AMACR) kuvvetli pozitif bulundu. Hastanın bakılan PSA değeri 708 ng/dl olarak geldi. Radyoterapi ve hormonoterapisi başlanan hasta ilgili bölümlere yönlendirildi.

Tartışma: Prostat kanseri yavaş seyirli bir tümördür. Nadir olarak bazı hastalarda ileri evrelere kadar asemptomatik kalabilir. Metastaza bağlı vertebral farktürler, nörolojik semptomlar ve yaygın ağrılar görülebilir. Prostat kanserinde lenf nodu tutulumu genellikle lokal ve komşu lenf nodlarına yayılım şeklindedir. Olgumuzdaki gibi yaygın lenfadenopati ve

lenfoproliferatif hastalık şeklinde prezentasyonu ise oldukça nadir bir durumdur. Literatürde az sayıda vaka bildirimi şeklinde yayınlar mevcuttur. Prostat kanseri tanısı almış hastaların metastatik tutulum yerlerinin incelendiği bir çalışmada supraklaviküler lenf nodu meastazı oranı %0,4 bulunmuştur. Mediastinal lenf nodu metastazlarının hangi tümörlerden orjin aldığı konusunda yapılan başka bir çalışmada ise prostat kanseri oranı %0,1 bulunmuştur. Son yayınlarda her ne kadar 75 yaş üzeri hastalarda PSA taraması eski önemini kaybetse de, bu tür asemptomatik hastalarda tanıya yönlendirecek önemli bir parametre olduğunu düşünmekteyiz.

P53
TİPİK GÖĞÜS AĞRISI İLE BAŞVURAN POLİMİYOZİT OLGUSU

HAKAN YAVUZER[1], SERAP YAVUZER[2], SERAP YADİGAR[2], ALPER DÖVENTAŞ[1], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[1], TANJU BEĞER[1]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.,GERİATRİ BD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.

Giriş: Polimiyozit, primer olarak simetrik proksimal kaslarda progresif kas güçsüzlüğü ile birlikte anormal kas enzim yüksekliği ve patolojik EMG bulguları ile birlikte olan otoimmün kökenli en sık görülen inflamatuar miyopatidir. Genellikle hafif belirtilerle başlar. Tanısı klinik ve histopatolojik bulguların varlığı ile konmaktadır. Kadın erkek oranı 2/1'dir. %5-10 kadar hastada kas dışı (en sık akciğer) tutulum izlenebilir. Kardiak tutulum ise nadir olup ileri dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Hastalık aktivasyonu ile kardiak tutulum arasında korelasyon yoktur. Literatürde akut koroner sendromu (AKS) taklit ederek prezente olan çok az sayıda olgu bildirilmiştir.

Olgu Sunumu: Bilinen 10 yıldır koroner arter hastalığı (KAH) ve hipertansiyonu olan 84 yaşında kadın hasta, 2 saattir süren, baskı tarzında, nefes darlığının da eşlik ettiği göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Elektrokardiyografisinde (EKG) sol ventriküler hipertrofi bulguları dışında AKS bulgusu saptanmayan hastanın, CK 3196 ü/L, CK-MB 351 ü/L, Troponin-T 0,56 (≤ 0,014) AST 177 U/L, LDH 1066 iü/L düzeylerinin yüksek olması ve devam eden göğüs ağrısı nedeniyle koroner yoğun bakıma (KYB) yatırıldı. Yardımla yürümekte idi. TA:130/70 mmHg, nabız dakika sayısı 78, ritmik, üst ve alt ekstremitede kas gücü proksimal kaslarda 4/5, diğer sistem muayenelerinde ise özellik yoktu. Lökosit 7300/µL, hemoglobin 11,2 g/dl, hematokrit % 36, PLT 286 000 / µL idi. ALT 192 U/L,sedimentasyon 57 mm/s ve CRP 14 mg/L (0-5) dışında biyokimyasal parametreleri normaldi. Ekokardiyografisinde sol ventrikül hipertrofik olup septum bazalinde hafif hipokinezi, hafif mitral ve aort yetersizliği izlendi. Ejeksiyon fraksiyonu %55 bulunurken, perikard sıvısı da görülmedi. Koroner anjiografisinde anlamlı değişiklik yoktu. KYB takipleri sırasında göğüs ağrısı gerileyen, EKG'sinde AKS bulgusuna rastlanmayan, ancak CK düzeyleri gerilemeyen hasta geriatri servisine yatırıldı. Hasta AKS ve yüksek CK ile prezente olan rabdomiyoliz, malignite ilişki miyopati, ilaçlar ve inflamatuar miyopati gibi nedenler açısından incelendi. Yapılan elektromyografi'de (EMG) üst ve alt ekstremitelerde motor ve

duysal yanıtlar normal, ancak aktif spontan denervasyon ve membran ekstabilite artışının eşlik ettiği "miyojen tutulum" izlendi. Kas biyopsisi "inflamatuar miyopati" ile uyumlu gelen hastada malignite dışlanması amacıyla çekilen tomografilerinde maligniteye rastlanmadı. CK düzeyleri 2000-3000 ü/L arasında seyreden hastanda göğüs ağrısı tekrarlamadı. Polimyozit tanısı ile 30 mg/g prednizolon başlandı. 2 aylık tedavi sonrasında hastanın CK düzeyinde yeterli gerileme olmaması üzerine tedavisine metoteraksat 15mg/g eklendi. Takip eden süreçte CK düzeyleri geriledi ve kas gücü düzeldi.

Tartışma: Hastamızın önceden bilinen KAH'nın da olması, ilk planda AKS olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Polimiyozitte kardiak tutulum perikardial efüzyon, perikardit, aritmiler, miyokardial hasar ve kalp yetersizliği (KY) şeklindedir. Olgumuzdaki AKS prezentasyonu, polimiyozit için çok nadir olup, literatürde az sayıda vaka bildirimi mevcuttur. Askari ve Huettner'ın olgusunda kardiak tutulum, iskelet kası tutulumundan birkaç yıl önce başlamıştır. Zeki Odabaşı ve arkadaşlarının olgusunda akut KY; Stougiannos ve arkadaşlarının olgusunda ise miyokard infaktüsü sonrası tanı konmuştur. Sonuç olarak tipik göğüs ağrısı ile başvuran, AKS'u taklit eden polimiyozit olgusu, alışılanın dışında bir durumdur. Ayırıcı tanısı zordur ve anjiografi gerektirebilir. AKS ile başvuran yaşlı hastalarda nadir bir durum olan polimiyozitin kardiyak tutulumu da akılda tutulmalıdır.

P54
NADİR BİR KRONİK ÖKSÜRÜK NEDENİ: STATİNLER

SERAP YAVUZER[1], HAKAN YAVUZER[2], ALPER DÖVENTAŞ[2], SERAP YADİGAR[1], HÜSNİYE YÜKSEL[3], FİKRET SİPAHİOĞLU[1], TANJU BEĞER[2]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.,GERİATRİ BD.
3. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. KARDIYOLOJI AD.

Giriş: Kronik öksürük sık görülen bir semptomdur. Etyolojisinde astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, gastroözefageal reflü, kronik sinüzit gibi hastalıklar dışlandıktan sonra, %0,2-34 oranınında ilaca bağlı öksürük yer alır. En sık (%15) ACE inhibitörleri dışında, statinler de interstisyel akciğer hastalığına (İAH) yol açarak etyolojide yer alan nadir sebeplerdendir.

Olgu Sunumu: Hipertansiyon, hiperlipidemi, romatoid artrit ve kronik atrial fibrilasyon tanıları olan 85 yaşında kadın hasta, son bir aydır nokturnal dispne ve kuru öksürük şikayetleri ile başvurdu. Arter basıncı 150/90 mmHg, nabız 147/dk/aritmik, (+) pretibial ödem ve bilateral akciğer bazallerinde kaba ralleri mevcuttu. Hemogram ve biyokimyası normaldi. EKG'sinde atrial fibrilasyon (151/dak), akciğer grafisinde bilateral plevral effüzyon ve intertisyel ödem, kardiyomegali; ekokardiyografisinde sol ventrikülde global hipokinezi, sol atrium ve sağ kalp boşluklarında hafif genişleme, EF:%35 ve PASP:40 mmHg bulundu. Hızlı ventrikül yanıtlı atrial fibrilasyonun neden olduğu kalp yetersizliği düşünülerek beta bloker dozu artırılarak diüretik tedavi başlandı. Sigara öyküsü olmayan hastada ACEİ de kesildi. Romatoid artriti stabil olduğundan aldığı steroid tedavisi azaltıldı. Diğer statin, digoksin ve metotrexate tedavileri devamıyla taburcu edildi. 3 ay sonra kuru öksürük ve nefes darlığı yakınması ile tekrar yatırıldı. Fizik muayenesi normaldi. Sol plevrada minimal efüzyon ve EF'de %50 düzelme saptandı. Öksürüğü devam eden hastada olası diğer sebeplerin dışlanması amacıyla yapılan solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC:%61, DLCO: %41 ve toraks BT'sinde bilateral 6mm'yi aşmayan çok sayıda nodüller, bilateral akciğer parankiminde interlobuler septum kalınlaşmaları saptandı. Bu bulgularla romatoid artrit akciğer tutulumu ve metotreksat tedavisinin pulmoner toksisitesi dışlandı. Ayrıca ağız kuruluğu da tarifleyen hastada Sjögren hastalığına yönelik bulguya rastlanmadı. Olası maligniteleri ekarte etmek amaçlı çekilen PET-CT normal bulundu. Literatürde statin kullanımı ile ilişkili kronik öksürük gelişen olgu bildirimlerine rastlanması üzerine statin tedavisi kesildi. 6 aylık takip süresince öksürüğü tekrarlamadı.

Tartışma: Statin ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH), günlerden aylara kadar uzanan geniş zaman süresinde, akut veya subakut olarak nefes darlığı ile veya tek başına kronik kuru öksürükle ortaya çıkmaktadır. Statin ilişkili İAH tanısına yönelik spesifik biyokimyasal tetkik ve görüntüleme yöntemi olmayıp, tanı nadiren akciğer biyopsi bulgularıyla konabilmektedir. Fernandez ve arkadaşlarının çalışmasında akciğer biyopsisi ile interstisyel akciğer hastalığı tanısı kanıtlanmış olan hastaların 1-40/10.000'i statin ile ilişkili bulunmuştur. Statin ve plevral efüzyon birlikteliği ile prezente olan ilk vaka 1996 yılında tanımlanmıştır. 1990'lı yıllardan sonra artan statin kullanımı, interstiyel akciğer hastalığı gelişimi oranını da arttırmıştır. Statinler içinde en fazla simvastatin, en az

rosuvastatin neden olmakla birlikte atorvastatinde de oran yüksektir. Ponnuswamy ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, iskemik kalp hastalığı olup, statin kullanan hastalarda interstisyel akciğer hastalığı gelişiminin daha fazla olduğunu göstermiştir.

Kronik öksürük şikayetinde sıklıkla ilk akla gelen ACEİ olsa da, etyolojide olabilecek her türlü durumu dışladıktan sonra, İAH'na sebep olan, erken dönemde kesilmediğinde irreversibl pulmoner fibrosisi ile sonuçlanan statin kullanımına dikkat etmek gerekmektedir.

P55
PLEOMORFİK AKCİĞER KARSİNOMUNUN NADİR METASTAZI

HAKAN YAVUZER[1], SERDAR ŞAHİN[2], SERAP YAVUZER[2], ALPER DÖVENTAŞ[1], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[1], TANJU BEĞER[1]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.,GERİATRİ BD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.

Giriş: Akciğer kanserinin gastrointestinal metastazı nadir olmasına rağmen, otopsi raporlarında ince barsak metastazı yapan akciğer karsinomlarının beklenenden daha sık görüldüğü kanıtlanmıştır. Akciğerin pleomorfik karsinomu ise, sarkomatoid karsinomun bir alt tipi olup esas olarak az diferansiye küçük hücre dışı akciğer karsinomu olarak sınıflandırılmaktadır. Tüm akciğer malignitelerinin yaklaşık % 0,3-1,3'ü gibi nadir görülmesine rağmen çok agresif seyreder. Ekek/kadın oranı 3-6/1'dir. Ortalama görülme yaşı 59, major risk faktörü sigaradır. Sitolojide malign iğsi ve/veya dev hücrelere, skuamoz hücreli karsinom, adenokarsinom ya da büyük hücreli karsinom gibi malign epitelyal elemanlar eşlik eder. Biz burada akciğer kanserinin nadir görülen bir subtipi olan pleomorfik akciğer karsinomunun, yine nadir görülen bir metastazı olan ince barsak metastazını sunduk.

Olgu Sunumu: 62 yaşında erkek hasta, 1 aydır süren öksürük ve balgam şikayetiyle başvurdu. 15 gündür antibiyotik kullanımına rağmen şikayetleri gerilemeyen hastanın çekilen akciğer grafisinde sol üst ve orta zonda nodüler lezyonlar görüldü. 60 paket/yıl sigara kullanım öyküsü de olan hastaya çekilen toraks BT'de sol lob superiorda en genişi 2,1 cm olan nonkalsifiye nodüller ile, sol alt lobda paratrakeal lenfadenopatiler ve tubuler kavitasyona eşlik eden bronşektaziler bulundu. Bunun üzerine yapılan PET-CT'de sol alt lob superiorda yoğun FDG tutulumu (SUV-max=12), sol akciğer apikal zonda granülamatöz hastalığa bağlı sekel lezyon, sol paratrakeal, aortopulmoner, sol hiler lenf nodları saptandı. Hastanın sol alt lob superiorda görülen lezyonundan BT altında alınan biyopsi sonucu pleomorfik akciğer karsinomu ile uyumlu geldi. Evreleme amaçlı yapılan mediastinoskopi ve lenf bezi örneklemesinde malignite rastlanmaması üzerine, hasta Evre 1B kabul edilerek sol alt lobektomi uygulandı. 3 ay sonra hasta halsizlik, çarpıntı ve nefes darlığı şikayetleri ile kontrole geldi. Hemoglobin 7,8 g/dl, hematokrit %21 saptanması üzerine servise yatırıldı. Gaitada gizli kan pozitif gelen hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopi yapıldı. Endoskopi ve kolonoskopisinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Batın BT'sinde jejunal ansta 8 cm. anevrizmatik dilatasyon, Pet-CT'de jejunal segmentte SUV-max 32 olan mezenterik kitle saptanması üzerine hastaya acil rezeksiyon uygulandı. Jejenum içerisinde büyüğü 5 cm.e ulaşan çok sayıda 20 cm.lik segment boyunca tümöral kitleler ve kolon duvarına invazyon ile batın içerisine kanama görüldü. Patolojisi "Undiferansiye yüksek grade karsinom, akciğer kaynaklı dev hücreli karsinom metastazı"yla uyumlu geldi. EGFR mutasyonu negatif olan hastaya 6 kür taksotere ve cisplatin tedavisi verildi. Sonraki kontrol PET-CT sonucunda jejunal anslara lokalize görünümdeki yoğun hipermetabolik gross kitlenin güncel çalışmada eksizyona bağlı olarak vizualize olmadığı, sol hemitoraks posterolateral duvarda ve mediastende sol trakeobronşial lojda tedaviye dirençli görünümde metastaz düşündüren hipermetabolik odaklar ile sol akciğer alt zonda kaydadeğer metabolik aktivite göstermemelerine rağmen metastaz şüpheli olduğu düşünülen milimetrik parankim nodülleri saptandı. Hasta halen onkoloji polikliniğinden takip edilmektedir.

Tartışma: Pleomorfik karsinoma bronkoskopi ile tanı koymak zordur. Olguların %60'ı endobronşial alanla ilişkisiz periferik kitle ile prezente olmaktadır. Akciğer kanseri sıklıkla hematojen yolla en sık beyin, karaciğer, sürrenal bezlere, kemiğe, karşı akciğere nadiren de gastrointestinal bölgeye ve yumuşak dokulara metastaz yapar. İnce barsak perforasyonu, peritonit ve intussepsiyon görülebilir. Bizim olgumuz, literatürde jejunum metastazı tespit edilen 3. Olgudur. Ayrıca diğer olgular başlangıçta metastatik olmalarına karşın, bizim olgumuz 3 ay önce Evre 1 B nedeniyle opere edilmiştir.

P56
YAŞLILARDA NADİR GÖRÜLEN IG D MULTİPLE MYELOM OLGUSU

HAKAN YAVUZER[1], SERAP YAVUZER[2], SERAP YADİGAR[2], ALPER DÖVENTAŞ[1], ABDÜLKADİR ERÇALIŞKAN[2], DENİZ SUNA ERDİNÇLER[1]

1. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.,GERİATRİ BD.
2. İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP F. İÇ HASTALIKLARI AD.

Giriş: Multipl Miyelom diferansiye olmuş plazma hücrelerinin malign bir hastalığı olup lenfomadan sonra en sık görülen hematolojik neoplazmdır. Miyelom hastalarının % 35'i 65 yaşın altında, % 28'i 65-74 yaş arasında, % 37'si 75 yaşın üzerindedir. Daha çok 65 yaş altında erkeklerde görülen İmmunglobulin D Multipl Miyelom (Ig D-MM)ise tüm miyelomların %1'idir, daha ileri evrede tanı alır ve agresif seyreder.

Olgu Sunumu: İskemik kalp hastalığı (İKH) öyküsü olan 67 yaşında erkek hasta kliniğimize 1 haftadır halsizlik ve yaygın vücut ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ciltte solukluk dışında tüm sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımında lökosit sayısı 4400 /µL, hemoglobin 8,4 g/dl, hemotokrit %26 trombosit 85.000 /µL idi. Eritroid seride poikilositoz ve hipokromi görüldü. Üre 91 mg/dl, kreatinin 1,9 mg/dl, kalsiyum 8,3 mg/dl, ürik asit 7,8 mg/dl, LDH 437 u/l, ferritin 490 ng/ml, demir 16 µg/dl, TDBK 122 µg/dl, sedimentasyon 75 mm/s, CRP 2 mg/l (0-5), total protein 5,5 gr/dl, albumin 3 gr/dl, albümin/globülin oranı 0,8 idi. Protein elektroforezinde albümin (% 46) ve gamma bandında azalma(%9,2), alfa-1(%8,8), alfa-2 (%18) ve beta-2 (%11) bandında artış mevcuttu. Geçici bisitopeniye yol açabilecek Brusella, Hepatit, HIV, EBV, HSV, CMV,Parvo virus B19 vd. viral seroloji negatif saptandı. PPD testi negatif, akciğer grafisi doğal ve klinik bulguları olmadığından tüberküloz düşünülmedi. Beta 2 mikroglobülin düzeyi yüksekliği (5850 ng/ml) dışında mevcut immun paralizisi (İg G 941 mg/dl, İg A 67 mg/dl ve İg M 33 mg/dl) nedeniyle istenen serum immün elektroforezinde Ig D lambda paraproteinemi saptanırken, idrar immün elektroforezinde ise lambda ve kappa hafif zincir izlenmedi. Direkt grafilerinde litik lezyon görülmedi. Batın USG'de organomegali yoktu. Kemik iliği biyopsisinde neoplastik plazma hücre artışı izlendi (%26). İmmün histokimyasal boyanmasında Ig D ve lambda zincir yoğun pozitif, kappa ve siklin D1 negatif bulundu. Bu bulgularla *"Ig D lambda Multipl Miyelom"* tanısı kondu.

Hastanın klinik evresi Duri Salmon Evre 3B olarak belirlendi. Bortezomib ve dexametazon tedavileri başlandı. Mevcut İKH nedeniyle alkilleyici ajan kullanılmadı. Kreatinin klirensi 42 ml/dk bulunan hastanın 1. kür sonrası kreatinin değeri 1,5 mg/dl civarında sabit kalması nedeniyle M iyelomun renal tutulumu olarak değerlendirildi. Hastanın halen Hematoloji ve Nefroloji bölümlerinden takibi ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: Ig D-MM'a nonsekretuar ve oligosekretuar olabilmesi, protein elektroforezinde monoklonal bant görülmemesi nedenleriyle geç tanı konabilmektedir. Hastamızın da protein elektroforezinde monoklonal bant yoktu. Böbrek fonksiyon bozukluğu, immün paralizisinin varlığı, yaygın halsizliği ile yüksek sedimentasyon birlikteliği ve diğer bisitopeni nedenlerinin dışlanmasıyla Multipl Miyelom tanısı ön planda düşünüldü.

2011 yılında Kim ve arkadaşlarının yaptığı Ig D-MM'lu en geniş seri olan 75 vakanın klinik özelliklerinin analizinde ortalama yaşın 55 (45-71) olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların % 67'si evre 3 ve üstündeyken; %77'sinde kemik ağrısı, %77'sinde halsizlik, %53'ünde renal fonksiyon bozukluğuna ait semptomlar gözlenmiştir. Bu çalışmada çoğu hastada (%89), bizim olgumuzdaki gibi lambda hafif zinciri saptanmıştır.

Yaşlı hastalarda orta derecede anemi, sedimentasyon yüksekliği ve nedeni bilinmeyen renal bozukluğu olan olgularda tipik klinik bulguları olmasa da multipl miyelom mutlaka akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuz literatürdeki aynı tanıyı almış diğer vakalardan daha yaşlı, ileri evrede ve semptomlarının daha az belirgin olması nedeniyle ayrılmaktadır.

P57
ALZHEİMER TİPİ DEMANS HASTASINA BAKIM VEREN BİREYLERDE BAKICI YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖĞR. FİLİZ DİLEK[1], ARŞ.GÖR.DR. KERİMAN OĞUZ[2], ÖĞR. GÖR. DİLEK ŞAHİN[1], YRD. DOÇ.DR. CÜNEYT ÜNSAL[2], ÖĞR. GÖR. MERYEM METİNOĞLU[3], DOÇ.DR. AYSUN ÜNAL[1,2]

1. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
2. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU

Amaç: Demans, erişkin merkezi sinir sisteminin hasarlanması sonucu, birden fazla kognitif alanın bozulması, bununla ilintili olarak günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olan, kalıcı, sıklıkla da ilerleyici bir klinik tablodur. Alzheimer tipi demans (AH) primer demansa yol açan nedenlerin içerisinde en sık görülenidir. Klinik gözlemler AH hastalarının çoğunun birinci derece yakınları ile aynı evde bakım gördüklerini göstermektedir. Bu çalışmada AH hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükünü değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma bir Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğinde Alzheimer Hastalığı tanısı almış hastalar ve hasta yakınları ile yapılmıştır. Araştırma öncesi etik kurul izinleri alınmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 30 hasta bakım vereni ve hastaları değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların değerlendirmelerinde araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu, Klinik demans evreleme ölçeği (CDR), Global bozulma ölçeği (GBÖ), Nöropsikiyatrik envanter (NPI), Fiziksel kendine bakım ölçeği (PSMS), ve Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (ADCS-ADL) kullanılmıştır. Hasta yakınlarına araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği ve Bakım verme yükü ölçeği verilmiştir. Veri analizleri SPSS 15.0 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: AH hastalarının yaş ortalaması 75, bakım verenlerin yaş ortalaması 55 olarak saptanmıştır. AH'nın 17'sı orta evre, 5 'ı ağır evre demanstır. Olguların 20' sinde GBÖ 4 ve üzerindedir. Bakım verenlerin %83 ü kadın ve %66 sı ev hanımıdır. Bakım verenler içerisinde kadınlarda erkeklere göre ve sosyal etkinliklere katılmayanlarda katılanlara göre beck depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Bekarlarda evlilere göre bakım yükü puanları daha yüksektir. Bakım verme yükü arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinde artış saptanmıştır. Bakım verme yükü ile hastalık derecesi, hastanın Nöropsikiyatrik bulguları ve bakım verene bağımlılığı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: İlerleyici bir hastalık olan AH' da bakıcı yükü hastalık derecesi ve hastanın klinik tablosu ile yakından ilişkilidir. Sıklıkla bir kişi üzerine düşen bu görev bakıcının psikolojik açıdan etkilenmesine neden olmaktadır. AH takip ve tedavisi sırasında bakım verene yönelik destek hizmetleri ve bakım yükünü azaltacak sosyal hizmetlerin sağlanması bir gerekliliktir.

A

AKBULUT, GÖKHAN 121
AKBULUT, HÜLYA 181
AKÇİÇEK, FEHMİ 121, 122, 128, 131, 153, 160, 165, 166, 167, 177, 184, 186, 193
AKGÖL, CÜNEYT 198
AKIN, SİBEL 140, 141, 152, 186
AKKAN, TOLGA 107
AKPINAR, TİMUR SELÇUK 138, 140, 161, 185, 187
AKSAKAL, BURHAN 189
AKTAŞ, AYFER 133
AKTAŞ, HALİL 108
AKYOL, ASİYE 153
AKYURT, MURAT HAKAN 164
ALTINKAYNAK, M. E. 176
ALTUN, HÜLYA 124
ARAS, S. 159
ARCA, SELİN 150
ARIK, GÜNEŞ 162, 163, 178, 183, 195
ARIOĞUL, SERVET 122, 128, 131, 145, 162, 163, 178, 183, 195
ARSLAN, ÇİĞDEM 138
ASLAN, RAHŞAN 150
ATAK, EÇİNE YEŞİM 191
ATLI, TESLİME 122, 131, 159
ATMACA, AYŞEGÜL 19
ATMIŞ, V. 159
AYGENCEL, GÜLBİN 124
AYGÖR ESKİİZMİRLİ, HÜLYA 128, 177
AYKAR ŞENUZUN, FİSUN 121, 128, 177

B

BAHAT ÖZTÜRK, GÜLİSTAN 122, 131, 138, 140, 141, 152, 161, 185, 187
BAKKALOĞLU, OĞUZ KAĞAN 187
BALAM YAVUZ, BURCU 128, 131, 145, 162, 163, 178, 183, 195
BASAT, SEMA 122
BASKAN, EMRE 165
BAŞKENT, AKIN 138
BAYDAR, M. 176
BAY, İLKER 138
BAYRAKTAROĞLU, S. 184
BAYSAL, BİROL 198
BEBİŞ, HATİCE 40
BEĞER, TANJU 122, 129, 131, 198, 200, 201, 202
BELLEKÇİ, DERYA 164
BEYAN, ESİN 107
BİLGEN SİVRİ, BİRSEN 169, 170, 173, 179, 180
BİLGİN, AYDAN 125, 130
BOLAYIRLI, İ. M. 122
BOYACIOĞLU, NUR ELÇİN 146
BOZKURT, NİYAZİ 153, 193
BOZOĞLU, ERGÜN 58, 122, 194
BUÇAN, MELEK 181
BULUT, LEYLA 152
BÜYÜKKESKİN, E. 176

C

CANKURTARAN, MUSTAFA 122, 128, 131, 145, 162, 163, 178, 183, 195
CANKURT, GÜLŞEN 125
CENGİZ KARAARSLAN, Ö. 159
CENGİZ, MAHİR 129, 198
CİVELEK, S. 122

Ç

ÇALIŞKAN, U. 173
ÇETİN, GÜVEN 102
ÇETİN, YAPRAK 182
ÇEVİK, İREM 124
ÇINAR, ESAT 163
ÇİÇEK, ZEYNEP 150, 177
ÇİFTÇİ, ÇAVLAN 122
ÇURGUNLU, ASLI 122, 131

D

DEMİRAL SEZER, SİBEL 164
DEMİR, BİLGİN 164
DEMİRCAN, BANU 113
DEMİREL, CENGİZ BEKİR 124
DEMİR, HACER 124
DEMİR, SİNAN 186
DİLEK, FİLİZ 204
DİNÇÇAĞ, NEVİN 22
DİNDAR, İLKNUR 126, 131, 143
DORUK, HÜSEYİN 122, 194
DÖVENTAŞ, ALPER 88, 122, 129, 131, 198, 199, 200, 201, 202, 203
DUMAN, SONER 153, 184, 193
DÜZGÜN, GÖNÜL 121, 153

E

EKUKLU, GALİP 126, 143
ELMAS, NEVRA 186
ERÇALIŞKAN, ABDÜLKADİR 199, 203
ERDİNÇLER, DENİZ SUNA 122, 129, 131, 198, 199, 200, 202, 203
ERGEN, ALİ 128
ERTEN, NİLGÜN 138, 140, 141, 146, 152, 161, 185, 187
ESİN, ECE 128

F

FADILOĞLU, Z. ÇİÇEK 121, 128, 151, 188
FIRAT, Ö. 184

G

GARİP, ALEV 153
GENÇ, SEMA 152
GÖKÇE, DERDA 189
GÖNÜLDURU, S. 173
GÜLEÇ BALBAY, EGE 164
GÜNDÜZ, TURAN 125, 130
GÜRPINAR, TAYFUN 181
GÜRSOY, T. 173

H

HALİL, MELTEM 128, 131, 145, 162, 163, 178, 183, 195
HANAĞASI, HAŞMET A. 54

I

ILGIN, DUYGU 125, 130

İ

İBİŞ, MEHMET 124
İLİAZ, RAİM 161, 185, 187
İLKOVA, FERYAL 188
İNCİR, S. 122

K

KAPUCU, SEVGİSUN 49
KARAARSLAN CENGİZ, ÖZLEM 122
KARADAĞ, BERRİN 80, 122
KARAGÖZ, MUSTAFA 115
KARAGÖZ, RIDVAN 111
KARAHÜSEYİN, AYŞE 125
KARAN, MEHMET AKİF 122, 131, 138, 140, 141, 152, 161, 185, 187
KARA, ÖZGÜR 162, 163, 178, 183, 195
KARIŞIK, ESAD 140
KAYMAK, SERMİN 164
KESER ÖZCAN, NESLİHAN 146
KESKİN, GÖNÜL 125
KILAVUZ, ASLI 160
KILIÇ, CİHAN 138
KILIÇ, H. 176
KILIÇ, MUSTAFA KEMAL 124, 139, 162, 163, 178, 183, 189, 190, 191, 192
KIYAN, ESEN 140
KIZILARSLANOĞLU, BURCU 163
KIZILARSLANOĞLU, MUHAMMET CEMAL 124, 139, 162, 163, 178, 183, 189, 190, 191, 192
KONUKOĞLU, D. 122
KORKMAZ, ÜMMÜ 185
KURT, SEDA 131
KUTLAY, S. 159
KUTLUER, İBRAHİM 151
KUYUMCU, MEHMET EMİN 122, 128, 131, 145, 162, 163, 178, 183, 195
KÜÇÜKKAYA, BELGİN 181

L

LİMONCU, M. EMİN 125, 130

M

MESERİ, RECİ 142, 197
METE YILDIRIM, ASLIHAN 107
METİNOĞLU, MERYEM 204

N

NADİR, SEVİLAY 138, 161, 185
NAHARCI, MEHMET İLKİN 71, 122, 194
NERGİSOĞLU G. 159

O

OĞUZ, KERİMAN 204

Ö

ÖNGEL, KURTULUŞ 121
ÖRS, O. POLAT 121
ÖZCAN, MÜNEVVER 128
ÖZDEMİR, LEYLA 45
ÖZEL, FİLİZ 188
ÖZER, SERAP 150, 151
ÖZKAYA, HİLAL 122, 140
ÖZPULAT, FUNDA 167, 168, 169, 170, 173, 174, 176, 179, 180
ÖZTÜRKERİ, ATİLLA 125, 130

P

PARALI, ŞÜKRÜ 184

S

SAFER, UMUT 122, 194
SAKA, BÜLENT 131, 141, 152, 187
SARAÇ, FULDEN 160, 165, 166, 167, 186
SARAÇ, SEFA 166
SARAÇ, ZELİHA FULDEN 96
SARI, EBRU 126, 143
SAVAŞ, SUMRU 160, 165, 166, 167, 186
SEÇİL, YAPRAK 29
SERTÇELİK, ELMAS 146
SEVEN, A. 122
SEVER, AHMET 186
SEVİNİR, ŞENİZ 148
SEZGİN ŞENGÜL, HAMİDE 153
SİPAHİOĞLU, FİKRET 201
SİVRİ, BİRSEN BİLGEN 167, 168, 170
SOYCAN, B. 173
SÖZER, SEMRA 150

Ş

ŞAHİN CANKURTARAN, EYLEM 39, 66, 128
ŞAHİN, DİLEK 204
ŞAHİN, FAHRİ 177
ŞAHİN, MUAZZEZ 181
ŞAHİN, S. 184
ŞAHİN, SERDAR 202
ŞAHİN, SEVNAZ 121, 122, 131, 153, 177, 193, 197
ŞENDUR, SÜLEYMAN NAHİT 195
ŞENTÜRK, HAKAN 198
ŞİMSEK, HATİCE 197
ŞİMŞEK, HATİCE 142, 177

T

TAŞCI, İLKER 122, 194
TAŞÇIOĞLU, CEMİL 161, 187
TAŞDELEN BAŞ, MELİKE 167, 169, 170, 173, 179, 180
TAŞKIRAN, EMİN 164
TAYMAZ, TOLGA 92, 149, 188
TEKİN, DEMET 140
TEKİN, NİL 125, 131, 182
TELCİ, EMİNE 181
TOKDEMİR, MUSTAFA 121
TORUK, EZİME 124
TOSUN TASAR, PINAR 121, 153, 177, 184, 193
TUFAN, ASLI 138, 140, 141, 152, 161, 185, 187
TUFAN, FATİH 131, 140, 141, 148, 152
TUNÇKALE, AYDIN 198
TURHAN, NUR 181
TÜRKER, TÜRKER 122
TÜRKOĞLU, MELDA 124
TÜRKTAŞ, HALUK 191

U

UÇAR, MURAT 190, 191, 192
UÇKU, REYHAN 142, 197
ULUSOY KAYMAK, SEMRA 56
UYAR GÖÇÜN, PINAR 189
UYSAL, ABDULLAH 186
UZELLİ, DERYA 121

Ü

ÜLGEN, MEVLÜT 121
ÜLGER, ŞÜKRAN 189, 191
ÜLGER, ZEKERİYA 124, 128, 131, 139, 189, 190, 191, 192
ÜNAL, AYSUN 204
ÜNER, GÜLSELİ 125, 130
ÜNSAL, CÜNEYT 204
ÜNSAR, SERAP 131

V

VARLI, MURAT 73, 131, 159
VURAL DOĞRU, BİRGÜL 151

Y

YADİGAR, SERAP 129, 198, 199, 200, 201, 203
YAĞCI, NESRİN 165, 181, 182
YALÇIN, AHMET 159
YALÇINER, ZEHRA BETÜL 181
YALÇIN, MEHMET AKİF 160, 165, 166, 167
YALDIRAN, ADNAN LEVENT 198
YALIN, HÜLYA 181
YAŞAR, YASEMİN 145
YAVUZER, HAKAN 122, 129, 198, 199, 200, 201, 202, 203
YAVUZER, SERAP 129, 198, 199, 200, 201, 202, 203
YAZISIZ, VELİ 77
YEŞİL, YUSUF 128, 131, 145, 162, 163, 178, 183, 195
YETER, HACI HASAN 195
YILDIRIM KUTLUER, FİLİZ 197
YILDIRIM, SERAP 151
YILDIRIM, YASEMİN 188
YILDIZ, ABDÜLMECİT 148
YILDIZ, DEMET 148
YILDIZ, RAMAZAN 189, 191, 192
YILMAZ, SİMGE 142
YÜCEL, NURULLAH 140
YÜKSEL, HÜSNİYE 201
YÜKSEL, OSMAN 124, 190
YÜREKDELER ŞAHİN, NİLAY 182

Hipersar® Plus

OLMESARTAN+HCTZ

20/12.5 mg

Antihipertansif Tedavide Güçlü Etki[1,*]

YENİ 84 TABLET

Tüm hipertansif hastalarda[2]

REFERANSLAR: 1. Chrysant SG et al Evaluation of AntihypertensiveTherapy With the Combination of Olmesartan Medoxomil and HydrochlorothiazideJ. Hypertens 2004; 17 (3):252-9 **2.** ESC- ESH Tedavi Kılavuzu ***:** Monoterapiye kıyasla

Hipersar Plus® 20/12.5 mg Film Tablet, Hipersar Plus® 20/25 mg Film Tablet FORMÜLÜ: Bir Hipersar Plus® 20/12.5 mg Film Tablet etkin madde olarak 20 mg Olmesartan medoksomil ve 12.5 mg Hidroklorotiyazid; yardımcı madde olarak 110.70 mg laktoz monohidrat; boyar madde olarak titanyum dioksit (E 171), sarı demir oksit (E 172) ve kırmızı demir oksit (E 172) içerir. Bir Hipersar Plus® 20/25 mg Film Tablet etkin madde olarak 20 mg Olmesartan medoksomil ve 25 mg Hidroklorotiyazid; yardımcı madde olarak 98.20 mg laktoz monohidrat; boyar madde olarak titanyum dioksit (E 171), sarı demir oksit (E 172) ve kırmızı demir oksit (E 172) içerir. **ENDİKASYONU:** Esansiyel hipertansiyon tedavisi. **KULLANIM ŞEKLİ ve DOZU:** Yetişkinlerde Hipersar Plus® 20/12,5 mg, kan basıncı tek başına 20 mg Hipersar ile oluşan optimum monoterapiyle yeterince kontrol altına alınamayan hastalara uygulanabilir. Hipersar Plus® 20/25 mg, kan basıncı Hipersar Plus® 20/12,5 mg ile yeterince kontrol altına alınamayan hastalara uygulanabilir. Hipersar Plus® 20/25 mg maksimum günlük doz kombinasyonu aşılmamalıdır. Hipersar Plus® 20/12.5 mg ve 20/25 mg Film Tablet günde bir kez yemekle birlikte veya öğünler arasında alınır. Hafif ile orta derecede böbrek yetmezliği (kreatinin klerensi 30-60 ml/dk.) bulunan hastalarda kullanıldığında böbrek fonksiyonlarının periyodik olarak izlenmesi önerilir. Çocuklar üzerindeki emniyeti ve etkinliği belirlenmediğinden çocuklarda ve 18 yaşından küçük gençlerde kullanımı önerilmez. Yaşlı hastalara, erişkinler ile aynı kombinasyon dozu önerilir. **KONTRENDİKASYONLAR**: Hamilelik, süt verme, etkin maddelere, yardımcı maddelerden herhangi birine veya diğer sülfonamid türevli maddelere aşırı duyarlılık, şiddetli böbrek yetmezliği (kreatinin klerensi < 30 ml/dk.), tedavisi güç hipokalemi, hiperkalsemi, hiponatremi ve semptomatik hiperürisemi, şiddetli karaciğer yetmezliği, kolestaz ve safra kanal tıkanıklığı bozuklukları, seyrek olarak galaktoz intoleransı, lapp-laktaz eksikliği veya glukoz-galaktoz malabsorbsiyonu kalıtımsal problemleri bulunan hastalar kullanmamalıdır. **ETKİLEŞİM:** Lityumun anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleriyle ve nadiren anjiyotensin II antagonistleriyle birlikte uygulanması esnasında, serum lityum konsantrasyonlarında geri dönüşlü artışlar ve toksisite bildirilmiştir. Ayrıca, tiyazidler lityumun renal klerensini azaltır ve bunun sonucu olarak lityum toksisitesi riski artabilir. Bu nedenle, Hipersar Plus® Film Tablet'in ve lityumun birlikte kullanılması önerilmez. Baklofen, antihipertansif etkinin potansiyelize olmasına neden olabilir. NSAID'ler tiyazid grubu diüretiklerin ve anjiyotensin II antagonistlerinin antihipertansif etkilerini azaltabilir. Böbrek fonksiyonu zayıf olan bazı hastalarda siklo-oksijenaz enzimini inhibe eden ajanların ve anjiyotensin II antagonistlerin birlikte uygulanması böbrek fonksiyonunun daha da bozulmasına neden olabilir. Bu nedenle, bu kombinasyon özellikle yaşlılarda dikkatle uygulanmalıdır. Amifostin ile birlikte kullanımında antihipertansif etki potansiyelize olabilir. Diğer antihipertansif tıbbi ürünlerle birlikte kullanıldığı takdirde Hipersar Plus®'ın kan basıncı düşürücü etkisi artabilir. Alkol, barbitüratlar, narkotik ajanlar ya da antidepresanlar ile birlikte kullanımı ile ortostatik hipotansiyon potansiyelize olabilir. Renin-anjiyotensin sistemini etkileyen diğer tıbbi ürünlerin kullanımıyla ilgili deneyimler, potasyum tutucu diüretiklerin, potasyum destekleyici ajanların, potasyum içeren tuz yerine kullanılan ürünlerin ya da serum potasyum düzeylerini artırabilecek başka tıbbi ürünlerin eşlik eden kullanımının serum potasyum düzeylerinde artışlara yol açabileceğini göstermiştir. Antasitle tedaviden sonra Olmesartanın biyoyararlanımının bir miktar azaldığı gözlenmiştir. Olmesartan medoksomilin, varfarinin farmakokinetiği ya da farmakodinamiği ve digoksinin farmakokinetiği üzerinde anlamlı bir etkisi olmamıştır. Olmesartan medoksomilin pravastatin ile birlikte uygulanması sağlıklı deneklerde bu bileşenlerin farmakokinetiği üzerinde klinik açıdan anlamlı herhangi bir etkiye yol açmamıştır. Olmesartan ile sitokrom P450 enzimler tarafından metabolize edilen tıbbi ürünler arasında klinik açıdan anlamlı herhangi bir etkileşim beklenmez. Tiyazid grubu diüretikleri, atılımın azalması nedeniyle serum kalsiyum düzeylerinin yükselmesine neden olabilir. Eğer kalsiyum destekleyici ajanların verilmesi gerekiyorsa, serum kalsiyum düzeyleri izlenmeli ve kalsiyum dozajı uygun şekilde ayarlanmalıdır. Tiyazidle indüklenen hipokalemi ya da hipomagnezemi, dijitalisle indüklenen kardiyak aritmilerin başlamasını kolaylaştırabilir. Hidroklorotiyazid, nondepolarizan iskelet kası gevşeticilerin etkisini potansiyelize edebilir. Tiyazid tedavisi glukoz toleransını etkileyebilir. Antidiyabetik tıbbi ürünün dozajının ayarlanması gerekebilir. Hidroklorotiyazide bağlı olası fonksiyonel renal yetmezliğin indüklediği laktik asidoz riski nedeniyle metformin dikkatle kullanılmalıdır. Tiyazidler beta-blokörlerin ve diazoksidin hiperglisemik etkisini artırabilir. Vazopresör aminlerin etkisi azalabilir. Hidroklorotiyazid serum ürik asit düzeyini yükseltebildiğinden, ürikozürik tıbbi ürünlerin dozajının ayarlanması gerekebilir. Probenesid ya da sulfinpirazonun dozajının artırılması gerekebilir. Bir tiyazidle birlikte uygulanması, allopurinole karşı hipersensitivite reaksiyonlarının insidansını artırabilir. Tiyazidler amantadinin neden olduğu advers etkilerin riskini artırabilir. Tiyazidler sitotoksik tıbbi ürünlerin böbrekler yoluyla atılımını azaltabilir ve bunların miyelosüpresif etkilerini potansiyelize edebilir. Salisilatlar yüksek dozlarda kullanıldığı takdirde, hidroklorotiyazid salisilatların santral sinir sistemi üzerindeki toksik etkisini artırabilir. Potasyum kaybıyla ve hipokalemiyle ilişkili diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında hidroklorotiyazidin potasyum tüketici etkisi potansiyelize olabilir. Bu nedenle, bunların birlikte kullanılması önerilmez. Kolestiramin ve Kolestipol reçinelerin varlığı hidroklorotiyazidin emilimini azaltır. Hipersar Plus® serum potasyum düzeyi bozukluklarından etkilenen tıbbi ürünlerle ve bazı antiaritmikler de dahil olmak üzere, ventriküler taşikardi indükleyici tıbbi ürünlerle birlikte uygulandığında, serum potasyum düzeylerinin ve EKG'nin periyodik olarak izlenmesi önerilir. Antikolinerjikler gastrointestinal motiliteyi ve mide boşaltım hızını azaltarak tiyazid grubu diüretiklerin biyoyararlanımını artırır. Hidroklorotiyazid ve metildopanın birlikte kullanımıyla ortaya çıkan hemolitik anemiyle ilgili tek tük vakalar bildirilmiştir. Siklosporinle birlikte uygulanan tedavi, hiperürisemi ve gut tipi komplikasyonların riskini artırabilir. Tetrasiklinlerin ve tiyazidlerin birlikte uygulanması, üre düzeylerinde tetrasiklinle indüklenen yükselmenin riskini artırır. Bu etkileşim muhtemelen doksisiklin için geçerli değildir. Hamilelikte Kullanım: Gebelik kategorisi: İlk trimester C, ikinci ve üçüncü trimester D. planlı bir hamilelikten önce, uygun bir alternatif tedaviye geçilmelidir. Hipersar Plus®'ın gebe kadınlarda kullanımına ilişkin yeterli veri mevcut değildir. Hipersar Plus®'ın gebelik ve/veya fetüs/yenidoğan üzerinde zararlı farmakolojik etkileri bulunmaktadır. Bir önlem olarak, hamileliğin ilk üç ayında kullanılmamalıdır. Hamilelik belirlenirse, Hipersar Plus® en kısa sürede kesilmelidir. Bu sebeple, hamileliğin ikinci ve üçüncü üç aylık dönemlerinde kullanımı kontrendikedir. Hipersar Plus®'ın hamile kadınlarda kullanımıyla ilgili bir deneyim bulunmamaktadır. Hamileliğin ikinci ve üçüncü üç aylık döneminde, renin-anjiyotensin sistemini etkileyen maddeler fetüslerde ve neonatlarda hasara (hipotansiyon, böbrek fonksiyonu bozulması, oligüri ve/veya anüri, oligohidramniyoz, kraniyal hipoplazi, intrauterin büyüme gecikmesi) ve ölüme yol açabilir. Pulmoner hipoplazi, yüz anomalileri ve kol/bacak kontraksiyonları vakaları da rapor edilmiştir. Olmesartan medoksomille yapılan deneysel hayvan araştırmaları, geç fetal ve neonatal safhada böbrek hasarı olabileceğini de göstermiştir. Hidroklorotiyazid, hem plazma hacmini, hem de uteroplasental kan akışını azaltabilir. Tiyazidler plasenta bariyerini geçer ve kordon kanında bulunur. Fetal elektrolit bozukluklarına ve yetişkinlerde gözlenen başka muhtemel reaksiyonlara yol açabilirler. Annenin tiyazidlerle tedavisinden sonra neonatlarda trombositopeni vakaları ve fetal veya neonatal sarılık rapor edilmiştir. Hamileliğin ikinci trimesterinde Hipersar Plus®'a maruz kalınırsa kafatası ve fetal böbrek fonksiyonu ekografi ile kontrol edilmelidir. Laktasyon dönemi: Olmesartan, süt veren sıçanların sütüne geçmektedir. Ancak, olmesartanın insan sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Tiyazidler insan sütüne geçmektedir ve süt vermeyi engelleyebilir. Bu nedenle, süt verme döneminde Hipersar Plus® kullanımı kontrendikedir. **YAN ETKİLER:** Klinik araştırmalarda, olmesartan medoksomil/hidroklorotiyazid kombinasyon tedavisinde advers olayların genel sıklığı plasebodakine benzerdi. Olmesartan medoksomil/hidroklorotiyazid 20/12,5 mg - 20/25 mg'deki en yaygın advers olay ve plasebodaki sıklığı en az %1 aşan tek advers olay baş dönmesiydi (olmesartan medoksomil/ hidroklorotiyazid 20/12,5 mg - 20/25 mg'da %2,6 ve plaseboda %1,3). Potansiyel klinik etkisi bulunan advers olaylar aşağıda sistem organ sınıfına göre listelenmiştir. Metabolizma bozuklukları: Hiperürisemi, hipertrigliseridemi. Sinir sistemi bozuklukları: Baş dönmesi, senkop. Kardiyovasküler bozukluklar: Palpitasyonlar, hipotansiyon, ortostatik hipotansiyon. Dermatolojik bozukluklar: Kızarıklık, ekzema. Genel bozukluklar: Yorgunluk, zayıflık. Pazarlama sonrası deneyimler: Çok seyrek olarak trombositopeni, baş dönmesi, baş ağrısı, öksürük, karın ağrısı, bulantı, kusma, prürit, ekzantem, kızarıklık. anjiyonevrotik ödem, alerjik dermatit, yüz ödemi ve ürtiker gibi alerjik koşullar, kas krampı, miyalji, akut böbrek bozukluğu ve böbrek yetmezliği, asteni, yorgunluk, letarji, kırıklık gibi astenik koşullar, kan kreatini artışı ve kan üresi artışı gibi anormal böbrek fonksiyonu testleri, artan karaciğer enzimleri bildirilmiştir. Tek başına hidroklorotiyazid kullanımıyla rapor edilen advers olaylar şunları içerir: Siyaladenit, lökopeni, nötropeni/agranülositoz, trombositopeni, aplastik anemi, hemolitik anemi, kemik iliği depresyonu, hiperglisemi, glikozüri, hiperürisemi, elektrolit dengesizliği, kolesterol ve trigliserid artışları, anoreksi, huzursuzluk, depresyon, uyku bozuklukları, apati, sersemlik, bilinç bulanıklığı, iştah kaybı, parestezi, konvülsiyonlar, vertigo, ksantopsi, geçici bulanık görme, gözyaşı salgısı azalması, ortostatik hipotansiyon, kardiyak aritmi, nekroza sebep olan damar iltihabı, tromboz, emboli, dispne, gastrik iritasyon, bulantı, kusma, diyare, kabızlık, meteorizm ve karın ağrısı, pankreatit, paralitik ileus, sarılık, akut kolesistit, fotosensitivite reaksiyonları, kızarıklık, ürtiker, eritemli deri lupusu benzeri reaksiyonlar, eritemli deri lupusunun tekrar aktivasyonu, anafilaktik reaksiyonlar, toksik epidermal nekroliz, kas spazmı, kas zayıflığı, parez, böbrek bozukluğu, idrarla zorunlu olarak atılan serum maddelerinin artışı, interstisyal nefrit, akut böbrek yetmezliği, ereksiyon bozukluğu, zayıflık, baş ağrısı ve yorgunluk, ateş. **DOZ AŞIMI:** Hipersar Plus® aşırı dozunun tedavisinin etkileriyle ilgili spesifik bilgiler mevcut değildir. Hasta yakından izlenmeli ve tedavi belirtilere yönelik ve destekleyici olmalıdır. Önerilen önlemler arasında kusturma ve/veya gastrik lavaj bulunur. Aşırı doz tedavisinde aktif kömür yararlı olabilir. Serum elektrolitleri ve kreatinin sık sık izlenmelidir. Hipotansiyon meydana gelirse, hasta sırt üstü yatırılmalı ve hemen tuz ve hacim takviyeleri yapılmalıdır. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 25°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ ve AMBALAJ İÇERİĞİ:** Alüminyum/alüminyum laminat blister ambalajda 28 film kaplı tablet. **PİYASADA MEVCUT FARMASÖTİK DOZAJ ŞEKİLLERİ:** Hipersar Plus® 20/12.5 mg 28 Film Tablet, Hipersar Plus® 20/25 mg 28 Film Tablet, Hipersar 10 mg 28 Film Tablet, Hipersar 20 mg 28 Film Tablet, Hipersar 40 mg 28 Film Tablet **RUHSAT SAHİBİNİN İSMİ ve ADRESİ:** Ufsa İlaç Sanayi ve Tic. A.Ş. Davutpaşa Cad. No.12 (34010) Topkapı- İSTANBUL. **P. S. FİYATI:** Hipersar Plus® 20/12.5 mg 28 Film Tablet 25,41 TL, Hipersar Plus® 20/25 mg 28 Film Tablet 25,41 TL (18.11.2011), Hipersar Plus® 20/12.5 mg 84 Film Tablet 61,80 TL, Hipersar Plus® 20/25 mg 84 Film Tablet 61,80 TL (30.07.2012); Hipersar 10 mg 28 tablet: 14,61 TL, Hipersar 20 mg 28 tablet: 24,58 TL, Hipersar 40 mg 28 tablet: 27,69 TL (18.11.2011), Hipersar 10 mg 84 tablet: 36,14 TL, Hipersar 20 mg 84 tablet: 61,80 TL, (30.07.2012), Hipersar 40 mg 84 tablet: 74,73 TL (12.06.2012) **ÜRETİM YERİ ve ADRESİ:** Daiichi Sankyo Europe GmbH Pfaffenhofen / Almanya Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

DAHA GÜÇLÜ KAN BASINCI KONTROLÜ[1,*]

YENİ 84 TABLET

TÜRKİYE'NİN İLK İLAÇ FİRMASI 1903'TEN BUGÜNE HİZMETİNİZDE

110.YIL 1903... 2013...

İ. E. ULAGAY İLAÇ SANAYİİ TÜRK A.Ş. 1903

MENARINI GROUP

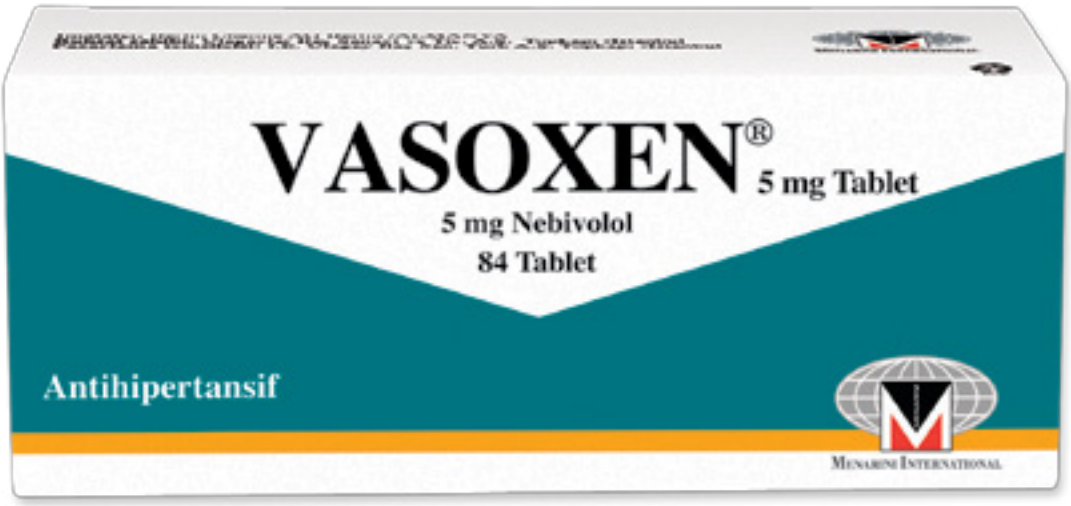
www.ieulagay.com.tr

Vasoxen®

Nebivolol 5 mg

Hipertansiyon[1] ve Kalp Yetersizliğinde*[,1,4]

24 SAAT ETKİN
kan basıncı kontrolü[3]



28 TABLET **84 TABLET**

*:70 yaş ve üzeri kalp yetersizliğinde endikedir.

Farklı Beta Bloker[2]

REFERANSLAR: 1. Vasoxen Prospektüs Bilgisi **2.** ESC and ESH 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension **3.** Van Neuten L. etal. Nebivolol vs Enalapril in the treatment of essential hypertension: A double blind, randomized trial. J. Hum. Hypertens. 1997 Dec;11(12):813-819 **4.** Flather MD et al. Fasttrack randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur. Heart J. (2005) 26, 215-225

VASOXEN 5 mg Tablet Kısa Prospektüs Bilgisi - FORMÜLÜ: Bir tablet 5 mg nebivolol'e eşdeğer 5.45 mg nebivolol hidroklorür içerir. ENDİKASYONU Hipertansiyon Esansiyel hipertansiyon tedavisi. Kronik Kalp Yetersizliği Stabil hafif ve orta şiddetteki kronik kalp yetersizliği tedavisinde standart tedavilere ilave olarak 70 yaş ve üzerindeki hastalarda. KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU İlacın her gün, tercihen yaklaşık aynı saatte alınması önemlidir. Tabletler yemeklerle birlikte alınabilir. Hipertansiyon Erişkinler Doz günde bir tablettir (5 mg). 65 yaşın üzerindeki hastalar ile Renal yetersizliği olanlarda önerilen başlangıç dozu günde 2.5 mg'dır. Gerekirse, günlük doz 5 mg'a artırılabilir. Kronik kalp yetersizliği Günde bir kez alınan 1.25 mg nebivolol önce günde bir kez 2.5 mg'a, sonra günde bir kez 5 mg'a ve daha sonra günde bir kez 10 mg'a yükseltilir. Maksimum tavsiye edilen doz günde bir kere 10 mg nebivololdür. Hafif-orta şiddetteki böbrek yetersizliğinde maksimum tolere edilebilir doz düzenlemesi yapıldıktan sonra doz ayarlamasına gerek yoktur. Şiddetli böbrek yetersizliği olan hastalarda nebivolol kullanımı önerilmemektedir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER Hipertansiyon:** başağrısı, başdönmesi, parestezi, dispne, konstipasyon, bulantı, diyare, yorgunluk, ödem **Kronik kalp yetersizliği:** Bradikardi, baş dönmesi, kalp yetersizliğinde şiddetlenme, postüral hipotansiyon, ilaca karşı intolerans, birinci derece A-V blok, alt ekstremite ödemi. İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER **Birlikte kullanılması önerilmeyen kombinasyonlar:** Sınıf I anti-aritmikler, verapamil ve diltiazem, santral etkili antihipertansifler **Birlikte uygulanması dikkat gerektiren kombinasyonlar:** Sınıf III anti-aritmik ilaçlar, Anestezikler – uçucu halojenler, insülin ve oral antidiyabetik ilaçlar. **Farmakokinetik etkileşimler:** Nebivololün metabolizmasında CYP2D6 izoenzimi rol oynadığı için, bu enzimi inhibe edici maddelerle, eşzamanlı kullanım, yükselmiş plazma nebivolol düzeylerine yol açabilir. KONTRENDİKASYONLARI Vasoxen'in etken maddesine veya içindeki herhangi bir yardımcı maddeye aşırı duyarlılığı olanlar. Karaciğer yetersizliği veya karaciğer fonksiyon bozukluğu. Hamilelik ve laktasyon. Akut kalp yetersizliği, kardiyojenik şok veya IV inotropik tedavi gerektiren dekompanse kalp yetersizliği. İlave olarak, diğer beta blokörlerde olduğu gibi hasta sinus sendromu (sino-atrial blok dahil), ikinci ve üçüncü dereceden blok (kalp pili olmadan), bronkospazm ve bronşiyal astım hikayesi olanlar, tedavi edilmemiş feokromasitoma, metabolik asidoz, bradikardi, hipotansiyon, şiddetli periferik dolaşım bozukluğu. **ÖZEL UYARILAR VE ÖZEL KULLANIM TEDBİRLERİ Anestezi:** Eğer cerrahi girişim hazırlığı sırasında beta blokaja ara verilecekse, beta-adrenerjik antagonistler en az 24 saat önce kesilmelidir. **Kardiyovasküler:** Beta-adrenerjik antagonistler tedavi edilmemiş konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda, durumları stabilize oluncaya kadar kullanılmamalıdır. İskemik kalp hastalığı olan hastalarda, beta-adrenerjik antagonist tedavisi yavaş yavaş (örn. 1-2 haftadan uzun) kesilmelidir. Gerekirse, anjina pektoris alevlenmelerini önlemek amacıyla başka bir tedavi eş zamanlı olarak başlamalıdır. Prinzmetal anjinası olan hastalarda beta-adrenerjik antagonistler anjina nöbetlerinin sayısını artırabilir ve süresini uzatabilirler. **Metabolik/Endokrinolojik:** Vasoxen diyabetik hastalarda glukoz düzeylerini etkilemez. Ancak hipogliseminin bazı semptomlarını maskeleyebileceğinden, şeker hastalarında dikkatli olunmalıdır. Beta-adrenerjik antagonistler hipertiroidizmde taşikardik semptomları maskeleyebilir. İlacın ani kesilmesi semptomları şiddetlendirebilir. **Solunum:** Kronik obstrüktif pulmoner bozukluğu olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Araç veya makina kullanırken bazen baş dönmesi ve yorgunluk hissinin oluşabileceği dikkate alınmalıdır. Çocuklarda ve adolesanlarda kullanımı önerilmemektedir. DOZ AŞIMI Vasoxen'in doz aşımına ilişkin veri yoktur. Doz aşımı veya aşırı duyarlılık durumunda, hasta yakın takibe alınmalı ve yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmelidir. **Saklama koşulları:** 30°C'nin altında oda sıcaklığında saklayınız. **Ticari takdim Şekli ve ambalaj muhtevası:** Aluminyum/pvc blisterde 28 ve 84 çentikli tablet içeren ambalajlar. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz RUHSAT SAHİBİNİN İSİM VE ADRESİ ULAGAYLAR İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. Topkapı-İstanbul. RUHSAT TARİHİ VE NUMARASI 09.01.2003 – 113/48 Reçete ile satılır. **Prospektüs son onay tarihi:** 19.06.2006 **Fiyatı:** Vasoxen 5 mg 28 tablet 14,03 TL. Vasoxen 5 mg 84 tablet 38,59 TL. (Kasım 2011 itibariyle KDV dahil perakende satış fiyatı) Üretim Yeri ve Adresi: Berlin-chemie ag glienecker weg 125-d 12489- Berlin, Almanya. Ayrıntılı bilgi için prospektüse bakınız. Ayrıntılı bilgi için: İ.E. Ulagay İlaç Sanayii Türk A.Ş. Davutpaşa cad. No:12 (34010) Topkapı/İstanbul Tel: (0212) 467 11 11 Faks: (0212) 467 12 12 ieulagay@ieulagay.com.tr

VAS-ILN-13

TÜRKİYE'NİN İLK İLAÇ FİRMASI 1903'TEN BUGÜNE HİZMETİNİZDE

110.YIL

İ. E. ULAGAY İLAÇ SANAYİİ TÜRK A.Ş. 1903

Menarini Group

www.ieulagay.com.tr

Zoprotec® Plus

30 mg Zofenopril Kalsiyum / 12,5 mg HCTZ

24 Saat Boyunca Etkili ve Tutarlı Kan Basıncı Kontrolü[2]

Hipertansiyon Tedavisinde 1x1 24 saat etki[2]

DAHA DÜŞÜK ÖKSÜRÜK İNSİDANSI[3]

Referanslar: 1. Zoprotecplus kısa ürün bilgisi **2.** Parati G. et al. Antihypertensive Efficacy of Zofenopril and Hydrochlorothiazide Combination on Ambulatory Blood Pressure; Blood Pressure; 2006; 15 (1): 7-17. **3.** Omboni S., Borghi C. Zofenopril and Incidence of Cough: A Review of Published and Unpublished Data; Therapeutics and Clinical Risk Management; 2011; 7: 459-471.

ZOPROTEC®PLUS 30/12.5 mg 28 Film Tablet. BİLEŞİMİ: Her bir film tablet etkin madde olarak 30 mg zofenopril kalsiyum ve 12.5 mg hidroklorotiyazid içerir. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER: ZOPROTEC®PLUS 30/12.5 mg Film Tablet, anjiyotensin dönüştürücü enzimin (ADE) bir inhibitörü olan zofenopril ve tiyazid grubu bir diüretik olan hidroklorotiyazid içeren sabit dozlu bir kombinasyon ürünüdür. Her iki bileşenin tamamlayıcı etki mekanizması vardır ve aditif antihipertansif etkiye sahiplerdir. ENDİKASYONU: Hafif ve orta derecede esansiyel hipertansiyon tedavisinde endikedir. KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU: ZOPROTEC®PLUS 30/12.5 mg Film Tablet günde bir kez, yemeklerle birlikte veya yemeklerden ayrı olarak kullanılmalıdır. Geriatrik kullanım: Normal kreatinin klerensine sahip yaşlılarda doz ayarlamasına gerek yoktur. Kreatinin klerensi düşük (<45ml/dak) olan yaşlılarda kullanımı önerilmez. Pediatrik kullanım: Çocuklar ve adolesanlarda güvenilir ve etkin kullanımı kanıtlanmadığından kullanımı önerilmez. Hafif böbrek yetersizliği (kreatinin klerensi>45 ml/dak.) olan hipertansif hastalarda, normal böbrek fonksiyonlu hastalar için uygulanan aynı doz-düzeyleri ve günde bir kez uygulama rejimi uygulanabilir. Orta ve şiddetli böbrek yetersizliği olan hastalarda (kreatinin klerensi<45 ml/dak.) kullanımı önerilmez. 30 mg zofenoprilin yeterli olduğu, hafif-orta derecede karaciğer yetmezliği olan hipertansif hastalar, karaciğer fonksiyonu normal olan hastalarla aynı doz rejimini kullanabilirler. KONTRENDİKASYONLARI: Gebelik, laktasyon dönemi, zofenopril ya da diğer ADE inhibitörlerine ve/veya hidroklorotiyazid ya da diğer sülfonamid türevi maddelere aşırı duyarlılık, yardımcı maddelerden herhangi birine aşırı duyarlılık, daha önce bir ADE inhibitörü tedavisine bağlı anjiyonörotik ödem hikayesi, kalıtımsal/idiyopatik anjiyonörotik ödem, şiddetli karaciğer / şiddetli böbrek yetersizliği (kreatinin klirensi < 30 ml/dk), bilateral renal arter stenozu ya da tek böbreklilerde unilateral renal arter stenozu. YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER: ZOPROTEC®PLUS ile bildirilen advers etkiler, zofenopril ve hidroklorotiyazid ile bildirilenlerle sınırlı kalmıştır. İstenmeyen etkilerin sıklığı hastaların yaş ve cinsiyetiyle herhangi bir korelasyon göstermemiştir. En sık bildirilen yan etkiler baş dönmesi, baş ağrısı, öksürük, bulantı/kusma, yorgunluk ve astenidir. ÖZEL UYARILAR VE ÖZEL KULLANIM TEDBİRLERİ: Zofenopril: Diğer ADE inhibitörleri ve diüretiklerde olduğu gibi bazı hastalarda semptomatik hipotansiyon gelişebilir. Bu durumun diüretik tedavisi, diyette tuz kısıtlaması, diyaliz, diyare ve kusma nedeniyle hacim ve elektrolit kaybına uğramış hastalarda meydana gelme olasılığı fazladır. Bilateral renal arter stenozu ya da tek böbreklilerde tek böbreğe giden arterde stenozu olan hastaların ADE inhibitörleriyle tedavisi sırasında, şiddetli hipotansiyon ve böbrek yetersizliği riski artar. ADE inhibitörlerine bağlı böbrek yetersizliği, başlıca şiddetli kalp yetersizliği veya renal arter stenozu gibi altta yatan böbrek hastalığı bulunan hastalar için bildirilmiştir. Yüksek akışlı poliakrilonitril membranlar kullanılarak diyaliz uygulanan / dekstran sülfatla LDL aferezi uygulanan ve ADE inhibitörleri ile tedavi edilen hastalarda, uygulamanın ilk bir iki dakikası içinde yüzde şişme, kızarma, hipotansiyon ve dispne gibi anafilaksi benzeri reaksiyonlar yaşanabilir. Nadiren, desensitizasyon sırasında ya da böcek sırıkları sonrasında ADE inhibitörü kullanan hastalarda anafilaksi benzeri reaksiyonlar görülmüştür. Böbrek transplantasyonu geçirmiş hastalarda kullanımıyla ilgili herhangi bir deneyim yoktur. Anjioödem gelişiminde ADE inhibitörleriyle tedavi derhal kesilmeli ve başka bir sınıf antihipertansif ürünle değiştirilmelidir. Tedavinin kesilmesiyle kaybolacak kuru ve üretken olmayan bir öksürük oluşabilir. Nadiren, ADE inhibitörleri kolestatik sarılıkla başlayıp fulminan hepatik nekroza ve (bazen) ölüme giden bir sendroma yol açabilirler. ADE inhibitörü tedavisi sırasında hiperkalemi gelişebilir. Sol ventriküler çıkış yolu obstrüksiyonu olan hastalarda ADE inhibitörleri dikkatli kullanılmalı ve kardiyojenik şok / belirgin hemodinamik obstrüksiyonda kullanımından kaçınılmalıdır. ADE inhibitörü kullanan hastalarda nötropeni/agranülositoz, trombositopeni ve anemi bildirilmiştir. ADE inhibitörleri sedef hastalarında dikkatli kullanılmalıdırlar. Tedavinin ilk ayı boyunca diyabetik hastalarda glisemi düzeyleri yakından takip edilmelidir. Siyah ırkta kan basıncını düşürmede daha az etkili olabilir. Hidroklortiazid: Böbrek hastalığı olanlarda tiyazidler azotemiyi arttırabilir. Sıvı ve elektrolit dengesindeki küçük değişiklikler hepatik komayı hızlandırabileceğinden, karaciğer fonksiyonları bozulmuş ya da ilerleyici karaciğer hastalığı olan hastalarda tiyazidler dikkatli kullanılmalıdır. Tiyazid tedavisi glukoz toleransını bozabilir, kolesterol ve trigliserid düzeylerinde artışlar yapabilir. Sıvı ya da elektrolit dengesizliğine yol açabilirler. Lupus eritematozusun alevlenmesi ya da aktivasyonu bildirilmiştir. Hidroklorotiyazid anti-doping testinde pozitif analitik sonuç oluşturabilir. Alerji ya da bronşiyal astım öyküsü olan veya olmayan hastalarda duyarlılık reaksiyonları görülebilir GEBELİK VE LAKTASYON: Gebelik kategorisi, Gebeliğin ilk trimesteri için C, ikinci ve üçüncü trimesteri için D. ARAÇ VE MAKİNA KULLANIMI: Araç veya makina kullanırken bazen uyuklama, baş dönmesi ya da yorgunluk hissinin görülebileceği dikkate alınmalıdır. İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER: Önerilmeyen kombinasyonlar: Potasyum tutucu diüretikler veya potasyum destekleri: ADE inhibitörleri diüretikle indüklenen potasyum kaybını azaltmaktadır. Eğer birlikte kullanılacak ise serum potasyumu ile EKG sık sık izlenmelidir. Kullanım için dikkat gerektirenler: Tiyazid grubu diüretikler, Narkotikler/Trisiklik Antidepresanlar/Antipsikotikler/Barbitüratlar, simetidin, anestetik farmasötik ürünler, diğer antihipertansif maddeler (β/α blokerler, kalsiyum antagonistleri), NSAİİ ve alkol hipotansif etkiyi artırabilirler. Siklosporin, allopurinol, prokainamid, sitostatik ya da immünosüpresif ajanlar ADE inhibitörleri ile birlikte kullanıldığında aşırı duyarlılık reaksiyonları olur ve lökopeni riskinde artışa yol açabilir. Nadiren ADE inhibitörleri diyabetiklerde, insülin ve sülfonilüreler gibi oral antidiyabetiklerin etkilerini güçlendirebilmektedirler. Kalsiyum metabolizması üzerine olan etkilerinden dolayı, tiyazidler paratiroid işlevi ile ilgili testlerle etkileşebilirler. DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ: Aşırı doz semptomları şiddetli hipotansiyon, şok, stupor, bradikardi, elektrolit bozuklukları ve böbrek yetmezliğidir. Tedavi semptomatik ve destekleyicidir. Aşırı bir dozdan sonra, hastalar, tercihen yoğun bakım ünitesinde, yakın gözlem altında tutulmalıdır. TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ İÇERİĞİ: ZOPROTEC®PLUS 30/12.5 mg Film Tablet-28 film kaplı tablet/kutu. Türkiye'de KDV dahil perakende satış fiyatı: ZOPROTEC®PLUS 30/12.5 mg 28 Film Tablet: 24,52 TL (Şubat 2013) Ruhsat sahibinin isim ve adresi: UFSA İlaç Sanayi ve Tic. A.Ş. Topkapı-İSTANBUL. Ruhsat tarihi ve numarası: 26.11.2007-123/54. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

TÜRKİYE'NİN İLK İLAÇ FİRMASI 1903'TEN BUGÜNE HİZMETİNİZDE

110. YIL

İ. E. ULAGAY İLAÇ SANAYİİ TÜRK A.Ş. 1903

MENARINI GROUP

www.ieulagay.com.tr