



Saime Erol¹ 

*Sorumlu Yazar e mail:
saimeerol@hotmail.com

¹Marmara Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü

Erol S. Yaşlı Kadın Sağlığı
ve Hemşirelik Yaklaşımları.
Haliç Üniv Sağ Bil Der. 2021;
73-86

Erol S. Elderly Women's
Health and Nursing
Approaches. Halic Uni J
Health Sci. 2021; 73-86

Doi: 10.48124/
husagbilder.806261

Geliş Tarihi: 6 Ekim 2021
Kabul Tarihi: 18 Ocak 2021

YAŞLI KADIN SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Öz

Küresel olarak nüfus yaşlanmakta ve kadın/erkek oranı artmaktadır. Tüm dünyada yaşlı kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadırlar. Uzun yaşamlarının bir sonucu olarak kırılabilirlikleri artmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Yaşlılık dönemi, sağlık, eş, ekonomik, rol, statü, yakın ilişki, sosyal destek gibi birçok kayıpların yaşandığı dönem olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde yaşlı kadınlar, bir yandan kronik hastalıklar, kanserler, mental ve ruhsal hastalıklar ile bir yandan da ekonomik yetersizlikler, bakım verici ve sosyal destek eksikliği ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Bu sorunlar dikkate alınarak yaşlı kadınların sayısına, ihtiyaçlarına ve kültürüne uygun sağlık, ekonomik, politik çevresel düzenlemeler yapılmalı, sağlık ve refahlarının artırılması hedeflenmelidir. Bu amaçla sağlık çalışanlarının gerontoloji ve geriatri alanında bilgi içeriklerinin genişletilmesine ihtiyaç vardır. Hemşirelerin gerontoloji hemşireliği alanında bilgi birikimleri, yetkinlikleri ve güçleri artırılarak, yaşlıya evde bakım veren aile üyeleri, kurumdaki bakım ve destek personeli ile birlikte daha kaliteli bir hizmet sunması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, kadın, sağlık, hemşirelik bakımı

ELDERLY WOMEN'S HEALTH AND NURSING APPROACHES

Abstract

Globally the population is aging and the female / male ratio is increasing. All over the world, older women live longer than men. As a result of their long life, their fragility increases and their quality of life is adversely affected. Old age is accepted as the period in which many losses such as health, spouse, economic, role, status, close relationship, social support are experienced. In this period, elderly women are trying to cope with chronic diseases, cancers, mental and mental illnesses on the one hand, and economic deficiencies, lack of caregivers and social support on the other. Considering these problems, health, economic and political environmental regulations should be made in accordance with the number, needs and culture of elderly women, and it should be aimed to increase their health and well-being. For this purpose, there is a need to expand the knowledge content of healthcare professionals in gerontology and geriatrics. Nurses' knowledge, competencies and strengths in the field of gerontology nursing should be increased and it should be ensured that they provide a higher quality service together with family members who care for the elderly at home, and care and support personnel in the institution.

Keywords: elderly, woman, health, nursing care

1. Giriş

Yaşlanma her canlıda görülen, anne karında başlayıp ölüme kadar devam eden doğal ve kaçınılmaz bir değişim sürecidir. Yaşlılık, yaşamın her alanında yaygın bir kayıp duygusunun yaşandığı, bireylerin fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal yönden bağımsızlıklarını yitirip bağımlılıklarının arttırdığı bir dönemi ifade etmektedir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronolojik olarak yaşlılık sınırını 65 yaş ve üzeri, Birleşmiş Milletler ise 60 yaş ve üzeri olarak kabul etmiştir (3). Teknoloji, bilim ve sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. 2019 yılında dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %34,1 ile Monako, %28,8 ile Japonya ve %22,7 ile Almanya'dır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Japonya %25,6 ile en yüksek, Mexico ise %6,08 ile en düşük yaşlı nüfus oranına sahip ülkedir (4). 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olan 65 yaş ve üzeri nüfus son 5 yılda %21,9 artış göstererek, 2019'da 7 milyon 550 bin 727 kişiye yükseldi. 65 ve üstü nüfusun tüm nüfusa oranı 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında %9,1'e (%8,0'i erkek, %10,2'si kadın) yükseldi. Yaşlı nüfusun 2019 yılında %44,2'sini erkek, %55,8'ini kadın nüfus oluşturdu. Yaşlı nüfus oranı ile Türkiye 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü (5).

Yaşam beklentisi, bir kişinin doğumdan itibaren yaşamayı bekleyeceği ortalama yıl sayısıdır. Yaşam beklentisi, genetik faktörler, tıbbi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin varlığı ve ulaşılabilirliği, yaşam standartları, barınma, sanitasyon, çevresel, kültürel ve toplumsal koşullardan etkilenmektedir. Genel olarak, kadınlar dünyadaki erkeklerden daha uzun yaşam beklentisine sahiptir. Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi 73,2 yıl, kadınlarda 75,6, erkeklerde ise 70.8 yıldır (6). Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıl, erkeklerde 75,3 yıl ve kadınlarda 80,8 yıldır. Kadınlar erkeklerden

5,4 yıl daha fazla yaşam beklentisine sahiptir (7). Dünya genelinde 80 yaş ve üzerindeki nüfusun %61'ini kadınlar oluşturmakta ve bu nüfustaki kadın/erkek oranı da her geçen gün artmaktadır (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaşına ulaşan her iki cins için beklenen ortalama yaşam süresi 19,4 yıl, erkekler için 18.1 yıl, kadınlar için 20.6 yıl, fark 2.5 yıldır (9).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kadınların yaşam beklentileri erkeklerden daha uzun olmasını etkileyen faktörler; biyolojik farklılıklar, kadınların östrojen hormonuna sahip olması, hastalıklarda cinsiyet farkı, erkelerin sigara, alkol, madde kullanım oranları daha fazla olması, kadınların erkeklerden daha fazla sağlık arama davranışına sahip olması sayılabilir (10).

Sağlığı geliştirici ve koruyucu yaklaşımlar ile yaşlı kadınların sağlıklı, zinde ve aktif kalmalarını sağlamak, kronik rahatsızlıklar için uzun süreli bakım maliyetlerinin azaltılmasına hem birey hem de ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır. Bu amaçla sağlık sistemlerinde ileriye yönelik planlamaların yapılması ve halk sağlığı eyleminin oluşturulması gerekir. Bu derlemenin amacı, yaşlı kadınların sağlık durumunu etkileyen faktörler ve hemşirelik yaklaşımlarını tartışmaktır.

2. Tartışma

Kadınlar, yaşam sürelerinin erkeklerden uzun olması nedeni ile yaşamlarının üçte birinden fazlasının yaşlılık döneminde geçirmektedir. Bu durum yaşlı kadınların, kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerine, evde bakım hizmetlerine yeterince ulaşmama, ekonomik sorunlar, şiddet, istismar ve ihmal, üreme sağlığı sorunları, psikolojik ve mental problemler, bakım ve barınma sorunlarını yaşlı erkeklerden daha uzun süre yaşamlarına neden olmaktadır (11). Bu bölümde, yaşlı kadın sağlığını etkileyen faktörler, sosyokültürel, fiziksel, mental, ruhsal, duyuşsal problemler ve kötü muamele başlıkları altında toparlanarak hemşirelik yaklaşımları ile birlikte ele alınmıştır.

2.1. Yaşlı Kadınların Sağlığını Etkileyen Sosyo-kültürel Faktörler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Kadınların yaşlılık dönemlerinde sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesini etkileyen soyal,

kültürel, çevresel, etnik, politik birçok faktör vardır. Çoğu ülkede kadınların aile ve toplum içinde güçlü konumlara gelmeleri engellenmiş, erkekler ile eşit eğitim, sosyalleşme hakkı verilmemiş ve toplumsal engeller oluşturulmuştur (12). Dünya çapında uzun yıllardır kadınlar erkeklerden daha düşük düzeyde eğitim alabilmişlerdir. Zamanla bu farkın daraldığına dair göstergeler olsa da birçok ülkede hala varlığını sürdürmektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinin çoğunda yaşlı kadınlar, yaşlı erkeklerden daha az örgün eğitim seviyelerine sahiptirler (12). Ülkemizde 2018 yılında, okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı %27,9, yaşlı erkeklerin oranı %6,1'dir. Okuma yazma bilmeyen kadınların oranı erkeklerin oranından 4,5 kat daha fazladır (13). Kadınların eğitim seviyesi erkeklerden düşük olduğu için işgücüne katılım yüzdeleri ve elde ettikleri gelir de erkeklerden daha düşüktür. Eğitim ve gelirdeki cinsiyet farklılıkları, yaşlılıkta da devam etmekte ve yaşlı kadınların sağlık ve refahını olumsuz yönde etkilemektedir (14).

Geleneksel olarak kadınlar, çocukların, yaşlı ve hasta aile üyelerinin bakım ve beslenmesi rolünü üstlenmişlerdir. Resmi olmayan bakım verici rolü, genç yaşlarda kadınların hareketliliğine, işgücüne katılımına engel olmuş, sosyoekonomik statüsünü, gelirlerini, sağlığını ve refahını olumsuz yönde etkilemiştir. Modern ailelerde kadınlar, bakım verme görevlerini ilave olarak, evde birden fazla rol üstlenmekte, ev dışında da çalışmaya devam etmektedir. Son yıllarda bu geleneksel rol değişmeye başlamış, çocuk sayısı azalmış buna karşın yaşlı aile üyelerinin uzun yaşamalarına bağlı olarak onların bakım ihtiyaçları artmıştır (14). Literatürde, bakım veren bireylerin özellikle de kendileri yaşlı iseler; yaşam kalitelerinin düştüğünü (15), beslenme yetersizliği geliştiğini, stres, depresyonun arttığını (16,17), morbidite ve mortalite (18), açısından yüksek risk altında olduklarını göstermiştir.

Yaşlanma ile beraber artan sağlık sorunları, emeklilik, mesleki ve toplumsal statü kaybı, emekli aylıklarının düşük olması, yeti yitimi ve başkalarına bağımlılığın artması gibi bazı sorunlar yoksulluğu beraberinde getirebilmektedir (19). Yoksulluk, düzeyleri hakkında yaşa ve

cinsiyete göre güvenilir verilere sahip gelişmiş ülkelerde, yaşlı kadınların yoksul olma olasılığının yaşlı erkekler göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde de kadınlar benzer sorunlarla karşı karşıyadır (14). Ülkemizde 2017'de Türkiye geneli için yoksulluk oranı %20,1, yaşlı nüfusun %15,5 olduğu belirlendi. Yaşlı nüfusun yoksulluğu cinsiyete göre incelendiğinde, yoksul yaşlı erkek nüfus oranı 2013 yılında %17,4 iken 2017 yılında %13,5 oldu. Yoksul yaşlı kadın nüfus oranı ise 2013 yılında %18,2 iken 2017 yılında %17 olmuştur. Başta eşini kaybetmiş yaşlı kadınlar olmak üzere yaşamını yalnız sürdürmek durumunda kalan tüm yaşlı kadınlar sosyoekonomik durum açısından sınırlı imkânlarla sahiptirler. Yoksulluk kadınların, sağlıklı yaşam koşulları, gıda, barınma, sosyo-kültürel olarak kendini gerçekleştirme, sağlık hizmetlerine etkili ulaşımı engelleyerek yaşlı kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (20).

Ko ve arkadaşları (2019), Güney Kore'de yalnız yaşayan yaşlıların sağlık durumu, toplumsal hizmeti ihtiyaçları ve yaşam kalitelerindeki cinsiyet farklılıklarını araştırmışlar. Kadınların erkeklerden daha düşük sosyoekonomik ve sağlık durumuna sahip olduklarını, bakım, ikamet, hareket, bağlantı ve acil hizmetlere erkeklerden daha fazla ihtiyaç duyduklarını, yaşlı bireylerin sağlık durumu ve toplumsal hizmet ihtiyaçlarının cinsiyet ile ilişkili olduğunu bulunmuşlardır. Bu nedenle girişimlerin cinsiyete göre düzenlenmesini, önermektedirler (21).

Oh, çalışmasında, Güney Kore'de en az bir kronik hastalığı olan yaşlı kadınları etkileyen sosyo-demografik faktörler, benlik saygısı, öz yeterlik, sağlık algısı ve sosyal destek arasındaki ilişkileri Sağlığı Geliştirme Modelini kullanarak araştırmıştır. Sonuç olarak yaşlı kadınlarda, benlik saygısı, öz-yeterlik, sağlık algısı ve sosyal destek ile sağlık problemleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. Çoklu regresyon analizi, sosyal desteğin (% 49) yaşlı kadınlarda sağlığı geliştiren yaşam tarzı üzerinde en büyük etkiye sahip olduğunu göstermiştir (22).

Hemşireler; yaşlı kadınların sağlığını çok yönlü değerlendirmeli, yoksulluk, engellilik gibi sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetine ulaşmasını

engelleyen tüm faktörler ile başatme becerilerini geliştirmeli, yaşlı birey ve ailesi için savunuculuk rollerini sergilemelidirler. Farklı disiplinler, profesyoneller ve bölgesel yöneticilerle iletişim ve iş birliği içinde toplum kaynaklarını yaşlı kadına ulaştırmada öncülük etmeli, sağlık hizmetleri kapsamında da üzerine düşen rol ve sorumlulukları yerine getirmelidir (23).

2.2. Yaşlı Kadın Sağlığını Etkileyen Fiziksel Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları

2015 yılında, Avrupa Birliği-28 (AB-28) 55 yaş ve üstü insanlar arasındaki başlıca ölüm nedenlerine bakıldığında; ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırada kanserler sırasıyla; solunum sistemi hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, duyu organları ve sinir sistemi hastalıkları gelmektedir (24).

Stevens ve ark. (2013), “Yaşlı kadınlarda küresel ölüm eğilimleri ve desenleri” adlı araştırmalarında; kadın ölüm nedenlerinin, ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre değiştiğini, bildirmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde 50 yaşın üzerindeki kadınlarda, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve kronik solunum hastalıklarının en büyük ölüm nedeni olduğunu, orta gelirli ülkelerde kadınların yüksek gelirli ülkelerdeki kadınlara göre, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklardan daha genç yaşta öldüklerini, kadınların sağlık hizmetlerine daha az erişebildiklerini bulmuşlardır (25).

2.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)

Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, disritmi ve kalp kapak hastalıkları gibi KVH görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (26). KVH, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), 85 yaş ve üstü kadınlarda %27,7 ile birinci, 65 yaş üstü kadınlarda %19,9 ile ikinci ölüm nedenidir (27). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışma sonuçlarına göre; ülkemizde Kroner Arter Hastalık (KAH) görülme sıklığı 65 yaş üstü bireylerde %28'dir. Kardiyovasküler Hastalıklar ciddi sağlık sorunlarına neden olur ve sağlık sistemi üzerinde ekonomik yük oluşturur (26).

KVH risk faktörleri arasında; sigara içmek, oezite, yetersiz fiziksel aktivite, erken menopoz,

ailede erken koroner arter hastalığı öyküsü, 40 mg / dl'nin altındaki yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), hipertansiyon, şeker hastalığı yer almaktadır. Yaşlı bireylerde KVH semptomları arasında; dispne, halsizlik, güçsüzlük, epigastrik rahatsızlık, omuz ve sırt ağrısı olarak ortaya çıkar. Tedavide amaç, riskin azaltılması, semptomların giderilmesi, diğer yıkıcı etkilerinin azaltılmasıdır. Yaşlı kadınlarda, kalp hastalığı tanısı diğer hastalık semptomları ile karışabilmekte ve maskelenebilmektedir, tanı koyma zorluğu tedavinin gecikmesine, yaşlı kadınların, ilk miyokard enfarktüslerinden sonra erkeklerden iki kat daha fazla ölümüne neden olmaktadır (28).

KVH'da hemşirelik bakımında amaç, KVH risk faktörlerini azaltmak, yaşam biçimi davranışlarını değiştirmek, tedaviye uyumunu arttırmaktır. Sigara içiyor ise bırakma konusunda motive etmek; kilo kontrolü yapmak, gerekli ise kontrollü zayıflama; egzersiz ve diyet programına uyumunu arttırmak; hipertansiyonu kontrol altına almak; kolesterol düzeyinin normal sınırlarda olmasını sağlamak; diyabet mevcut ise diyet, egzersiz ve ilaç tedavisi, her yıl grip aşısını yaptırmaktır. Hemşire, yaşlı bireye ve ailesine kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi, bakım ve yönetimi hakkında sağlık eğitimi, danışmanlık hizmeti vermeli, hastalık yönetimini izlemelidir (29).

2.2.2. Kanserler

Kanser olgularının %50'den fazlası, tüm kanser olgularının ise %67'si 65 yaş üzerinde görülmektedir. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi verilerine göre, ABD'de 65 yaş üstündeki kadınlarda ölüm nedenleri arasında; kanser %27,0 ile ilk sırada, 85 yaş üstü kadınlarda %9,9 ile üçüncü sırada yer almaktadır (30). Ülkemizde (2017) yaşlı bireylerin %16,2'si iyi ve kötü huylu tümörler nedeni ile hayatını kaybetmiştir (20).

Meme Kanseri; Kadın kanserlerinin %18'ini meme kanserleri oluşturmaktadır (31).

Her dokuz kadından biri hayatlarının bir döneminde meme kanserine yakalanırken, her otuz kadından biri meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Meme kanseri olgularının %43'ü 65 yaş ve üzerinde görülmektedir.

Ülkemizde (2015) kadınlar arasında en sık görülen kanser türü %24,7 ile meme kanseridir (32). Çalışmalar 65 yaş üstü yaşlı kadınların bilgisizlik, ihmal ve korku gibi nedenler ile KKMM yapmadıklarını göstermektedir (33).

Hemşireler, yaşlı kanser hastalarının bakımında lider bir role sahiptirler. Memede ele gelen kitle, şişlik, akıntı, kızarıklık, şekil değişikliği, vb. meme kanserinin belirtileri, Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKM), Klinik meme muayenesi, Ultrason ve mamografi gibi erken tanı ve taramalar konusunda yaşlı kadınları ve ailelerini eğitmelidir. Tedavi, bakım ve yaşam kalitesinin geliştirmelerine yardımcı olmalıdırlar (34).

Meme Kanserinde Peryodik Muayene; 65-70 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir rutin mamografi taraması yapılması, 70 yaşın üzerindeki kadınlara mamografi taraması rutin olarak önerilmemektedir. 65 yaş ve üzeri kadınlarda klinik meme muayenesi süresi 4 yıldır, 69 yaşın üzerindeki kadınlara rutin olarak önerilmemektedir (35).

Tiroid Kanseri; Tiroid kanseri özellikle kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türü. Türkiye’de 100 bin kadının 18’inde tiroid kanseri görülmektedir. Erkeklerde de görülme oranı 100 binde 4’tür. Risk faktörleri arasında; radyasyon, iyotsuz diyet, kimyasallar, 60 yaş ve üstü, kadın cinsiyet, obezite, ailesel öykü, geçirilmiş tiroid hastalıkları yer almaktadır. Boyunda şişlik, yutkunma güçlüğü, nefes almada zorluk, sinirlilik, yorgunluk, kilo artışı, saçlarda zayıflık, cilt kuruluğu şeklinde belirti verir. Tüm organ ve sistemleri etkiler. Tanıda, kanda tiroid testleri, tiroid sintigrafisi, radyolojik görüntüleme, ultrasonografi, ince iğne aspirasyon biyopsisi, bilgisayarlı tomografi yer almaktadır (36).

Hemşire; bireyi ve ailesini, hastalık yönetimi; ilaçların düzenli kullanılması, periyodik kontroller, yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz yapma, stres yönetimi, uyku ve dinlenme, eğlenceye zaman ayırma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında eğitmeli, ihtiyaç duydukları diğer konularda danışmanlık vererek güçlendirmelidir (34).

Kolorektal Kanseler (KRK); Kolorektal kanserlerin görülme sıklığı ve ölüm oranları yaşla birlikte artmaktadır. Amerikan Kanser

Birliği; kadınlarda kolan kanserlerin tanısında median yaş 72, rektum kanseri tanısında ise 65 yaşdır (37). Ülkemizde Kolorektal kanserler 50-69 yaş grubunda hem erkek hem de kadınlarda (%8,3) en sık görülen üçüncü kanserdir. 70 yaş ve üzeri grupta kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türü (38).

Risk faktörleri arasında; kalorisi yüksek gıdaları ve hayvansal yağlı yiyecekleri fazla, sebze, meyve gibi posalı yiyecekleri az tüketmek, inaktif yaşam, sigara ve alkol kullanma, 50 yaş üstünde olma, ailesinde kanser öyküsü olma, ülseratif kolit ve Crohn hastalığına sahip olma yer almaktadır. Kolorektal kanserlerin belirtileri lokalize olduğu bölgeye göre değişiklik göstermekle birlikte, rektal kanama, anemi, karın ağrısı, kilo kaybı, konstipasyon, hemoroit, intestinal obstrüksiyon, kanlı gaita en sık görülen belirtilerdir. Kolorektal kanserler, sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsenerek önlenilebilir bir hastalıktır (39).

Hemşireler yaşlı kadınları kolorektal kanserlerden birincil korumada; kanserin nedenleri, risk faktörleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi, erken tanı ve tarama programları hakkında eğitim ve danışmanlık yapar. Sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını değiştirmelerine destek olur. Korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar yapar ve sonuçlarını uygulamaya yansıtır.

İkincil korumada; ülkemizdeki kolorektal kanser tarama programı ulusal standartları göre, 50 yaşından sonra yılda bir kez gaitada gizli kan, 50 yaşından sonra 10 yılda bir kolonoskopi taraması tekrarlanır. Aile öyküsü durumunda taramaya deha erken başlanır. 75 yaşına kadar, düzenli kolorektal kanser taraması yapılmalıdır. 76 yaş ve üzerinde ise doktorun kararına göre taramaya devam edilir. Yaşlı birey ve ailesini tarama programlarına katılması için desteklemelidir.

Üçüncül koruma; kolorektal kanserin erken tedavisi, metastazların önlenmesi, palyatif bakım ve rehabilitasyona yönelik uygulamalarda gerekli hizmeti sunar (28,34,40).

Jinekolojik Kanseler; Dünya Sağlık Örgütü Raporuna göre endometrium kanseri en sık 50 yaş ve üstü kadınlarda görülmektedir. Endometrium ve over kanseri 65 yaş üstü kadınlarda en yüksek insidansa ulaşmaktadır. Yaşlı

kadınların büyük çoğunluğu; düzenli jinekolojik muayene yaptırmamakta, jinekoloji polikliniklerine başvuru oranları çok düşük, jinekolojik sorunların önlenmesi için koruyucu amaçlı bilgilendirilmemektedirler (41,42,43)

Hemşireler, yaşlı kadınları jinekolojik hastalıklar bu hastalıkların belirti bulguları, düzenli jinekolojik kontrollerin önemi, erken tanı yöntemleri hakkında eğitmeli ve özendirmelidir. Hemşireler, kadınları bireysel olarak değerlendirmeli, ayrıntılı aile öyküsü almalı, tarama ve koruma planı hazırlamalı, bireye ve ailesine özel danışmanlık vermelidir. Gerekliğinde tedavi, rehabilitasyon ve hastalık yönetiminde aile ile birlikte etkin rol almalıdır (44,45).

Amerikan Kanser Birliği Pap smear testinin bir ila üç yıl ara ile yapılmasını, ardışık üç normal papsmear sonucu varsa tarama testinin kesilmesini önermektedir. Vulva kanserinin erken tanısı için kendi kendine vulva muayenesi ve vulva kanseri belirtileri öğretilmelidir. Riskli kadınlarda yıllık rektovajinal pelvik muayenenin yapılması önerilmelidir (46).

2.2.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları (KOA)

ABD’de ölüm nedenleri arasında kronik alt solunum yolu hastalıkları 65 yaş üstü kadınlarda %8,5 ile üçüncü sırada, 85 yaş ve üstü kadınlarda ise %4,9, beşinci sırada yer almaktadır (47). Ülkemizde (2017) yaşlı bireylerin %14,2’si solunum sistemi hastalıkları nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Tüm ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (20).

En büyük etken sigara dumanıdır, ileri yaş, yoksulluk, diğer etkenlerdir. Öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı önemli belirtileridir. Yorgunluk iştahsızlık kilo kaybı ileri dönemde görülür. Bacaklarda ödem sağ kalp yetmezliğini gösterir. Tanı için, spirometrik değerlendirme, akciğer grafisi, kan gazları, egzersiz testleri, Bilgisayarlı Tomografi kullanılır. Bronkodilatörler, kortikosteroidler gibi uygun ilaç tedavileri hastalığın alevlenme sıklığı ve şiddetini azaltır. Gerekirse oksijen tedavisi, ventilatör desteği, cerrahi tedaviler de uygulanabilir.

Hemşirelik bakımında amaç, yaşlı bireyin hastalığa ve tedavi programına uyumunu

sağlamak, hastalığı yönetme becerilerini geliştirmektir. Hemşireler; KOAH’ın önlenmesinde, toplumda farkındalık yaratmada, bireylere eğitim ve diğer yöntemler ile sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırmada sigarayı bırakma, egzersize başlama, vb. tedaviye uyumunu arttırmada, komplikasyonların azaltılmasında önemli rol ve fırsatlara sahiptirler (28).

2.2.4. Diyabet

Diyabet tüm dünyada yaşlı nüfusun ve obezitenin artmasına paralel olarak artış göstermiştir. Amerika’da 30 milyon diyabet hastası ve 80 milyon da prediyabetik birey vardır. Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi-II (TURDEP-II) çalışması sonuçlarına göre, Türkiye’de diyabet teşhisi konan kişilerin %45,3’ü 40 ile 59 yaşları arasındadır. Türkiye Diyabet Vakfı’nın verilerine göre her altı yetiştikten biri diyabet hastasıdır (48,49).

Yaşlı bireylerde diyabet, asemptomatik seyredabilmektedir. Polifaji yerine iştahsızlık, susama hissi kaybolduğu için podipsi görülmeyebilir. Tanılanmayan diyabet yaşlı bireyde, üriner inkontinans, düşme gibi geriatrik sendromlar ile kendini gösterebilir. İyi yönetilmediğinde kırılabilirliğin artmasına, yaşam süresi ve kalitesinin bozulmasına, kalp hastalıkları, felç, böbrek hastalığı, göz problemleri ve amputasyona neden olabilir. Ayrıca, tip 2 diyabet kanser ve Alzheimer hastalığı riskini arttırmaktadır (50).

Hemşireler, yaşlı bireylerin diyabet bakımı ve yönetimini planlarken ihtiyaçlarının genç yetişkinlerden farklı olduğunu unutulmamalıdır. Yaşlılarda diyabet yönetiminde, geriatrik sendromların, hipogliseminin, nörobilişsel işlev bozukluğunun, sinir sistemi ve beynin işleyişinde bozulmanın önlenmesi ve sınırlandırılmasına odaklanılmalıdır.

Diyabetik yaşlı bireylerde, beslenme düzenlenmeli ve sıvı alımı arttırılmalı, temel besin gruplarını ihtiyaca göre yeterli ve dengeli tüketimi sağlanmalıdır. Egzersizler, sarkopeni ve kas kaybı riskini önler, aynı zamanda düşmelerin, kırılmaların önlenmesine, kilo kontrolüne yardımcı olur bu nedenle yaşlı bireylerde fiziksel aktivite ve egzersiz arttırılmalıdır. Başa çıkma becerileri ve stres yönetimi geliştirilmeli,

demansı veya hafıza kaybını geciktirmek için farmakolojik olmayan stratejiler kullanılmalıdır. Ayak sağlığı, düşme ve kırıkların önlenmesi ve basınç ülserlerinin önlenmesine yönelik girişimler planlanmalıdır. Görme, dokunma veya motor bozukluğu olan yaşlı kişilerin oral ilaçlar ve insülin enjeksiyonunda hemşirelik desteğine ihtiyacı olabilir. Kan şekeri takibi, hipoglisemiye önleme konularında bireye ve ailesine eğitim, danışmanlık ve takip yapılmalıdır (51).

2.2.5. Hipertansiyon

Dünya genelinde 60-65 yaş üstü bireylerin %60-80'inde hipertansiyon bulunmaktadır. Ülkemizde hipertansiyon prevalansını "thePatentStudy" 60-69 yaşında %70, 70-79 yaşında %76, >80 yaşında %79,7 olarak bildirmiştir. TURDEP II çalışmasında da 60 yaş üzeri yeni tanılı ve bilinen hipertansiyon sıklığı %60'ın üzerinde bulunmuş, vakaların 1/3'ünün hipertansif olduğunun bilinmediği görülmüştür. İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri polikliniğine başvuran hastaların %71,7'sinde hipertansiyon bulunmaktadır (52)

Yaşlı bireylerde hipertansiyon, hiç semptom vermeden, böbrek, kalp, damar, beyin ve gözleri etkileyebilir, kalp krizi, felç, görme kayıplarına, böbrek yetmezliği ve ölümlere neden olabilir. Yaşlı kadınlarda erkeklerden daha fazla ortostatik hipotansiyon olabilir. Yaşlı kadınlar, düşme, kalça kırıkları, sekelleri için yüksek risk altındadırlar (53).

Hemşirelik bakımında amaç; hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin yaşam biçimi davranışlarını değiştirilmelerine destek olmaktır. Hemşire bireye davranışlarını değiştirme ve hastalığın yönetimi konusunda danışmanlık ve koçluk yapar. İlk adım, diyetteki tuzu azaltmaktır. Sigara ve alkolü bırakmak, yağlı yiyeceklerden kaçınmak, diyetin meyve-sebze içeriğini arttırmak, varsa fazla kiloları vermek, fonksiyonel kısıtlılık yoksa düzenli spor yapmak tansiyonun normale dönmesine yardımcı olur (28).

2.2.6. Osteoporoz

Kadınlarda menopoz sonrası görülme olasılığı artar. Düşme ve sakatlıkların artmasına, kalça ve vertebra kırıklarının oluşmasına, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır.

Hareket etme yeteneğini ve yaşam kalitesini azaltabilir. Kırıklar için en önemli risk faktörü; düşük vücut kitle indeksi, düşük kalsiyum alımı, az fiziksel egzersiz, içeren osteoporozdur.

Osteoporoz risk faktörleri arasında; 60 yaş ve üstü, aile öyküsü, kalsiyum ve D vitamininden eksik beslenme, sigara kullanma, alkol tüketimi, immobilizasyon, hareketsiz yaşam tarzı, menepoz, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm gibi bazı hastalıklar, uzun süreli kortikosteroid kullanımı, laktoz intoleransı öyküsü yer almaktadır (54,55).

Hemşireler, travma ve düşme riski, bireysel bakımda yetersizlik, ağrı, fiziksel harekette bozulma, aktivite intoleransı gibi hemşirelik tanılarını koyarak uygun yaklaşımları benimsemeli ve yaşlı kadının sağlığını koruyup geliştirmelidir. 65 yaşından sonra kemik yoğunluğu ölçümü, biyokimyasal testler yaptırması önerilir. Yaşam tarzı değişiklikleri osteoporozu yönetmede önemlidir. Yaşamın erken döneminde yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı, egzersiz, kemik kütlesi oluşturur ve kemik kaybını azaltır. İlaç tedavisi, kalsiyum eksikliği veya hormon eksikliği ilaçları, diyet protein ve kalsiyum açısından zengin yiyecekler, kafein alımını azaltmak önemlidir (11,56).

2.2.7. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans yaşlı kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi ve sosyal bir sorundur. Postmenopozal kadınların %37'sinde üriner inkontinans görülmektedir. Gebelik, doğum, menopoz, ürogenital prolapsuslar, operasyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, obezite ve genetik faktörler üriner inkontinans riskini artıran faktörlerdir. Tedavi edilmediği takdirde sosyal izolasyon, cilt iritasyonu, anksiyete, depresyon gibi pek soruna neden olabilmektedir (64).

Tedavide amaç, kontinansı sağlamaktır. Hemşire, inkontinansın tipine ve nedenlerine bağlı olarak tedavi seçenekleri, tedavinin riskleri ve olası sonuçlarını detaylı olarak anlatmalı, bireyin kendisine uygulanacak tedavi yöntemini seçmesine yardım etmelidir. İnkontinansın tedavisinde; ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve davranışsal tedaviler yer almaktadır. Hemşire, ilaç tedavisi alan bireye ilaç kullanımının amacını, kullanılacak ilacın hangi dozda ve ne sıklıkla

alınacağını, ilacın yan etkileri, yan etki oluştuğunda doktora bildirmesi gerektiği ve diüretik kullanımı durumunda ilacın gündüz alınmasının gerekliliğini anlatmalıdır. Cerrahi girişim uygulanacak bireylere, cerrahi girişim sonrasında yara enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu hakkında bilgi vermesi önemlidir. Davranışsal tedavinin uygulanmasında, kişiye özgü bakım planı geliştirmeli ve uygulanmasını desteklemelidir (65).

2.3. Yaşlı Kadınların Sağlığını Etkileyen Mental, Rusal Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Demans ileri yaşla birlikte meydana gelen, geri dönüşü olmayan ilerleyici bellek bozukluğu ve en az başka bir bilişsel alanda daha kayıpla seyreden ciddi bir rahatsızlıktır. Demans, 65 yaş üstü yaşlı kadınların %4'ünü ve 85 yaşın üstündeki kadınların %20'sini etkilemektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada 65 yaş ve üzeri bireylerde demans sıklığı %10,9 olarak bulunmuştur (57).

Alzheimer Hastalığı; Ülkemizde 2018 yılında yaşlıların %4,6'sı Alzheimer hastalığı nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Farklı demans tipleri bulunmakla birlikte Alzheimer, demansın en yaygın tipidir. Alzheimer hastalığı ABD'de 85 yaş ve üstü kadınlarda %10,9, ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. 65-85 yaş arası kadınlarda Alzheimer gelişme riski erkeklerin yaklaşık iki katıdır 65-85 yaş arası kadınlarda alzheimer gelişme riski erkeklerin yaklaşık iki katıdır (13,57,58).

Türkiye'de 2018 yılında kadınlarda %5,7'si Alzheimer hastalığından ölmüştür (13). İleri yaş, kadın cinsiyet, aile öyküsü, düşük eğitim düzeyi, sigara, diyabet hastalığı, sedanter yaşam, virüsler, kimyasallar, hastalık risk faktörleridir. Tanısı tıbbi ve aile öyküsü, kan tahlili, beyin görüntüleme, Mini Mental Test ile konulur. Hastalığının ileri evresinde yaşlı başkasının yardımına ihtiyaç duyar, yatağa bağımlı hale gelebilirler, ölümleri dehidratasyon, beslenme bozukluğu, sistemik bozukluklar ve enfeksiyona bağlı olur. Hastaların %83'ünün evlerinde birinci derece yakınları tarafından bakılmaktadır (57,58).

Hemşireler hastaya bakım verenleri, hastalık süreci, güvenli çevre oluşturma ve sürdürme,

demanslı birey ile iletişim, sağlık bakım hizmetleri, finansal destekler, kendi sağlık ve destek ağlarını geliştirmek, destek grup çalışmalarına katılmak konusunda desteklemelidirler (28).

Depresyon; Yaşlılarda depresyon ve depresif bulguların oranı %5 ile %25 arasında değişmektedir ve erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Tüm dünyada kadınların %5.1'inin, erkeklerin ise %3.6'sının depresyonda olduklarını bildirmiştir. Yaşlı kadınlarda depresyon risk faktörleri; düşük sosyokültürel, ekonomik ve eğitim düzeyi, yalnızlık, kayıp, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluk, kronik hastalıklar, çevre değiştirme sayılabilir. Ağlama, isteksizlik, somatik yakınmalar, iştahsızlık, kilo kaybı, konsantrasyon bozukluğu, intihar düşüncesi uyku problemleri sık görülen belirtilerdir. Erken tanı ve uygun tedavi ile geri dönüşlü olur. Tanılamak için sistematik değerlendirme, Geriatrik Depresyon ölçeği gibi geliştirilmiş ölçeklerden yararlanılır (59,60).

Depresyonda hemşirelik girişiminde amaç; intihar girişiminin önlenmesi, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanması, bağımsız fonksiyonlarının en üst düzeye getirilmesi, öz bakım konusunda desteklenmesi, hasta ve aile üyelerinin bakım ve tedavi konusunda desteklenmesidir. Depresyon tedavisi alan bireylerin, sağlıklı beslenmesi, uyku ve dinlenmesi, egzersiz seviyesinin artırılması, sosyal destek kaynaklarının artırılması, empatik yaklaşım, destekleyici ve etkin dinleme önemlidir (61).

2.4. Yaşlı Kadınların Sağlığını Etkileyen Duyusal Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Görme Problemleri; Yaşlanma, yaşının görme ve gördüğü olguyu kavrama yeteneğini azaltabilmektedir. Görmedeki azalma 65-74 yaşlarında %15-20, 75 yaş ve üzerinde %25-40 civarındadır. Katarakt, glokom, maküler dejenerasyon, kronik hastalıklara bağlı retinopati artmaktadır. Okuma, araba kullanma gibi temel yaşam aktivitelerini ve kişilerin yüzlerini tanıma yeteneklerini etkilemektedir. Görme problemleri, yaşlı bireyin düşme ve kazalara maruz kalma riskini artırır, yaşam kalitesinin azalmasına neden olur (11).

İşitme Problemleri; yaşlılık döneminde işitme kaybı sık karşılaşılan bir durumdur. Ancak birçok yaşlı işitme sorunu yaşadığının ya farkında değildir ya da kabul etmekte zorluk yaşamaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylere yılda bir kez işitme taraması yapılması ve sonucuna göre gerekli girişimlerin planlanıp uygulanması gereklidir. İşitme kaybı, yaşlının günlük yaşamında aksamalara, kazalara, sosyal izolasyona, depresyon, benlik saygısında azalma ve kırılğanlığın artmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. İşitme problemi olan yaşlı bireylere işitme cihazları önerilmekle birlikte, cihazların gürültülü olması ve frekanslarının karışması nedeniyle kullanılmamaktadır (11, 62).

Koku Alma Problemleri; yaşlı bireylerde koku alma duyusunda ve kokular arasında ayırım yapabilme yetisinde azalmalar görülür. Yaşlılarda azalan koku fonksiyonu evde yangın ve gaz kaçağı gibi tehlikeli durumları tespit etme ve bunlardan kaçınma kabiliyetini azaltır ve güvenlik riski oluşturur. Koku alma duyusunun azalması yemeklerden alınan tat ve lezzeti de azaltır. Bu durum beslenme problemlerinin yaşanmasına neden olabilmektedir.

Hemşire, yaşlı bireyin duyuşsal kayıplarını erken dönemde tanılamak için yılda bir kez görme ve işitme taramasından geçmesini sağlamalıdır. Tarama sonuçlarına göre gerekli girişimlerin planlanıp uygulanması konusunda yaşlı birey ve ailesi ile iş birliği yapmalıdır. İhtiyaç durumunda gözlük veya işitme cihazını temin ederek kullanımını desteklemelidir. Yaşlı birey ve ailesini, gözlük veya işitme cihazı kullanmanın ruhsal ve mental sağlığın korunmasına yardımcı olacağı, kullanım esnasında dikkat edilmesi gerekenler konusunda eğitmelidir. Ayrıca, yaşlının yaşadığı evin güvenliğini sağlamak için evde gaz ve duman dedektörü bulunması uygun olur. Eğer yok ise bunların temin edilip takılması konusunda destek sağlanmalı, ev güvenlik önemleri kontrol edilmeli ve aile ile iş birliği yapmalıdır (11,62).

2.5. Yaşlı Kadınların Sağlığını Etkileyen Kötü Muamele ve Hemşirelik Yaklaşımları

Yaşlı Bireylerde Kötü Muamele; 60 yaş ve üzeri kişilerin fiziksel, cinsel, zihinsel ve / veya mali istismarı ve / veya ihmali olarak

tanımlanmaktadır. Literatürde, yaşlı kadınların bakıma muhtaç oldukları dönemde, fiziksel ve ekonomik istismara maruz kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (19). Yaşlı bireyler, ailesel, kurumsal ve kendi kendini ihmal olmak üzere üç çeşit ihmal ile karşılaşabilmektedirler. Ailesel istismar, yaşlı bireye kendi evinde ya da bakım aldığı evde fiziksel, duygusal veya ekonomik şiddet uygulamasıdır. Kurumsal istismar ise yaşlı bireylerin topluca buldukları ve yaşamlarını sürdürdükleri yerlerde kötü muameleyle maruz kalmasıdır. Yaşlı bireyin sağlık veya güvenliğini tehdit eder bir şekilde kendini ihmal etmesi ise kendi kendine ihmal olarak kabul edilmektedir. Yapılan bir araştırmada yaşlı bireylerin %58,5'inin ihmal, %15,7'sinin fiziksel istismar, %12,3'ünün ekonomik istismar, %7,3'ünün duygusal istismar ve %5'inin cinsel istismara maruz kaldıkları bulunmuştur. Ayrıca yaşlı kadınların yaşlılarındaki erkeklerden daha fazla istismar ve ihmale uğradıklarını ve bu mağduriyete çoğu zaman birinci derecedeki yakınlarının neden oldukları bildirilmektedir. Kötü muamele hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı olumsuz etkilemekte ve bireyi ölüme götürebilmektedir (62,63).

Yaşlı bireylerde şiddet ve istismarın önlenmesi fiziksel, mental, fonksiyonel ve maddi yönlerden başkalarına muhtaç olmadan yaşabilmeleri ve topluma katılımlarının artırılması ile mümkün olabilir. Bu nedenle hemşireler, kadınların erişkinlik yaşlarından itibaren yaşam kalitesini, sağlık ve refahını arttırmaya yönelik aktivitelere katılmalarına destek olmalıdırlar. Birincil korumada tüm bunların yanında toplumsal yaklaşım çok önemlidir. İkincil koruma istismar ve ihmalin erken tanılamak için geçerli ve güvenilir ölçekler ile taramalar yapmak, yaşlı bireyi çok yönlü değerlendirmek, istismar belirti ve bulgularını erken tespit etmek önemlidir. Ayrıca, istismar eden ve edileni ilgili kurumlara ya da koruyucu servislere bildirme, krize müdahale stratejileri oluşturma, gerekli ise acil tıbbi tedavi, sevk etme ve izleme, sık ziyaret etme, istismar edeni tedavi etme, ekonomik yardım, ev bakım hizmetleri, yaşlı çiftlere evlilik danışmanlığı gibi hizmetler verilebilir. Üçüncül korumada, aile üyeleri ve yaşlıya yönelik, terapiler,

günlük yaşam aktivitelerine yardım, toplumsal aktiviteler, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, alternatif yaşam olanakları, ev ortamını düzenleme, destek grupları ve yaşlı eğitimlerine yer verilebilir (63).

2.6. Yaşlı Kadınların Sağlığını Geliştirme

Sağlığı geliştirme bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, “aktif yaşlanma” kavramını benimsemiştir. Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsat sunulmasını içermektedir. Yaşlı kadınlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin sunulması ve kadınların bu hizmetlerden yararlanmasının önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir.

Birincil Koruma: Yaşlılarda birincil koruma, yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere karşın yaşlı bireylerin tam bir iyilik içinde olmalarını sağlamayı içerir. Amaç yaşlı bireylerin; hastalanma ve engelli olma ihtimalini en aza indirmek, olası sorunların oluşmasını önlemek, bağımsız olmalarını sağlamak, sosyal hizmetlere duyulan ihtiyacı azaltmaktır. Kaza ve yaralanmalardan korunma, olumlu çevre oluşturma, yalnızlıktan koruma, yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktiviteyi artırma, sigara, alkolden uzak durma, boş zamanları aktif değerlendirme, yeterli ve düzenli uyku, stresle baş etme, sağlık sorumluluğu alma çok önemlidir. Kişisel hijyen önlemleri alma, eş ya da yakınlarının ölümünde destek olma, eğitim ve danışmanlık yapma, ağız ve diş sağlığı için diş hekimi kontrollerine gitme önerilir. 10 yılda bir tetanoz toksoidi rapelleri, her yıl eylül veya ekim aylarında influenza aşısı, beş yılda bir pnömokok aşısı gerekirse diğer aşılardan yapılması sağlanır.

İkincil Koruma: Erken tanı ve taramalar bir hastalığın belirti ve bulgularının henüz ortaya çıkmadığı, bireye rahatsızlık vermediği ve çalışmaktan alıkoymadığı asemptomatik dönemde tanınmasıdır. Hastalıkların erken tanısı “ikincil korunma” önlemleri arasında yer almaktadır.

Yaşlı bireylerin yılda bir kez çok yönlü olarak geriatrik sağlık değerlendirmesinden geçirilmesi gerekir. Sağlık kontrolünün amacı; tıbbi sorunları taramak, gelecekteki tıbbi problemler için riskleri değerlendirmek, sağlıklı bir yaşam tarzını geliştirmek, aşıları güncellemek, bir hastalık durumunda erken tedaviye başlamaktır. Yaşlı kadınlarda sağlığı koruyucu/önleyici davranışlar geliştirilmesine yönelik uygulama, eğitim, danışmanlık ve izlem yapılması, ihtiyaçların belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması gerekmektedir. Ayrıca, sağlığı koruyucu davranışlar çerçevesinde sahip oldukları engellerin belirlenip ortadan kaldırılması gereklidir.

Üçüncül koruma: Üçüncül korunma, hastalığın olumsuz sonuçlarından korunma, bir hastalık sonrasında rehabilitasyon ve izlem çalışmalarını, komplikasyonların oluşmasından korunmayı ve tekrarlayıcı durumları önlenmesini içerir. Bireyin yaşadığı süre boyunca yaşam kalitesinin yükseltilmesine çalışılır, hastalığı ile daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmesi için çaba gösterilir. Üçüncül korumanın dört spesifik alanı: yaşlı bireyin sağlık durumunu izlemek, yaşlı bireyin palyatif bakımını yapmak, yaşam sonu bakımını yapmak, yaşlı bireyin bakım vericisinin ve aile üyelerinin eğitim ve bakımını yapmaktır (65).

3. Sonuç ve Öneriler

Yaşlı kadınlar sağlık ve refahlarını etkileyen, kültürel, toplumsal, fiziksel birçok problem ile karşı karşıyadırlar. Düşük eğitim düzeyi, bakım verici rolü, yoksulluk vb. nedenler ile sağlıklı yaşam koşulları, gıda, barınma, sağlık hizmetlerine ulaşım konularında sorun yaşamaktadırlar. Yaşlı kadınlar, kronik hastalıklar, mental ve ruhsal hastalıklar ve yalnızlık, sosyal destek eksikliği ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum sistemi hastalıkları ve mental, davranışsal bozukluklar yaşlı kadınlarda başlıca ölüm nedenleridir.

Ülkeler, yaşlı nüfusun artış hızlarına ve onların, kültürüne uygun sağlık, ekonomik, politik çevresel düzenlemeleri yaparak yaşlı kadınların ihtiyaçlarını karşılamalı, sağlık ve refahını arttırmayı hedeflemelidirler.

Öneriler

- ✓ Tümü sağlık profesyonellerine gerontoloji alanında daha kapsamlı ve daha kaliteli eğitim verilmelidir.
- ✓ Yaşlı kadınların sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller kaldırılmalı,
- ✓ Bağışıklama durumu yakından takip edilmeli,
- ✓ Erken tanıya yönelik taramaların düzenli yapılması sağlanmalı.
- ✓ Yaşlı bireyleri, istismar ve ihmalden korumak için bilinçlendirilmelidir.
- ✓ Yaşlı kadınları, girişkenlik, stres yönetimi eğitimi ve diğer güçlendirme eğitimlerinden yararlanmaları sağlanmalı.
- ✓ Sağlığı koruyucu/önleyici davranışlar çerçevesinde sahip oldukları engeller saptanıp giderilmeli,
- ✓ Sağlığı koruyucu/önleyici davranışlar geliştirilmesine yönelik uygulama, eğitim, danışmanlık ve izlem yapılmalı.
- ✓ Doktorlarına semptomlarını söyleme ve istedikleri bilgileri almakta ısrar etmeleri konusunda eğitilmeli,
- ✓ Yaşlı kadınlarda cinsiyete özgü sağlığı koruyucu/önleyici ihtiyaçların belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Kalıncara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilmi. 2. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık 2016. s:10-12.
2. Altındış M. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2013; 20-35
3. World Health Organization (WHO). Definition of an older or elderly person. World Health Organization. 2016. Available at: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Accessed on 3 August 2017)
4. World Population Prospects 2019: Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 5 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WPP2019_Highlights.pdf
5. Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020). T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı,

- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 29 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
6. Life Expectancy of the World Population. [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 20 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/#countries-ranked-by-life-expectancy>
7. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat tabloları 2016-2018. [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 17 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=PtWvFRYQ-Bhj8y6GqVmvDypGMyQRg2yRkhQ5pn81M-Nb8IHpK11XK9!1486763903?id=30712>
8. The Demographics of Aging. [Internet]. [Erişim Tarihi 26 Ağustos 2020].]. Erişim adresi: <http://transgenerational.org/aging/demographics.htm>
9. National Vital Statistics Reports. [Internet]. [Erişim Tarihi 20 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/products/nvsr.htm>
10. Bayın G. Doğuştan ve ileri yaşta beklenen yaşam sürelerine etki eden faktörlerin belirlenmesi. Türk Aile Hek Derg 2016; 20 (3): 93-103. doi: 10.15511/tahd.16.21693
11. Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. Kadın sağlığı açısından yaşlılık ve yaşam kalitesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:1
12. Elderly Population. [Internet]. [Erişim Tarihi 28 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
13. İstatistikler ile yaşlılar 2019, Sayı: 33712, 8 Mart 2020. [Internet]. [Erişim Tarihi 20 Eylül 2020]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>
14. Carmel S. Health and well-being in late life: Gender differences worldwide. Front. Med. 2019; 6:218. doi:10.3389/fmed.2019.00218.
15. Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. Journal of Neuroscience Nursing, 2009; 41(2), 92-105.doi: 10.1097/JNN.0b013e318193456b
16. Bachner YG, O'Rourke N, Davidov E, Carmel S. Mortality communication as a predictor of psychological distress among family caregivers of home hospice and hospital inpatients with terminal cancer. Aging and Mental Health, 2009;13(1): 54-63. doi: 10.1080/13607860802154473.
17. Band-Winterstein T, Edelstein OE, Bachner YG. Correlates of depression in caregivers of Ultra-Orthodox frail older adults. American

- Journal of Orthopsychiatry, 89(6), 654–664. doi: org/10.1037/ort0000337
18. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: A meta analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2007; 62(2):126-137. doi: 10.1093/geronb/62.2.
 19. Yelboğa N, Varol B. Yaşlı kadın ayrımcılığı ve kadının dışlanması. *Sosyal Çalışma Dergisi* 2018; 2(1): 51-64
 20. İstatistiklerle Yaşlılar, 2018. [Internet]. [Erişim Tarihi 25 Eylül 2020]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf
 21. Ko H, Park YH, Cho BL, Ryu SI. Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Gerontology and Geriatrics* 2019; 83:239-245. doi: 10.1016/j.archger.2019.05.009.
 22. Oh, JH. Factors Affecting health-promoting lifestyle among older women with chronic disease. *Journal of Gerontological Nursing*. 2019;45(10):29-38. doi: 10.3928/00989134-20190912-04.
 23. Yakıt E, Coşkun A. Yoksulluk, kadın yoksulluğu ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (2): 30-37
 24. Ageing Europe - statistics on health and disability. [Internet]. [Erişim Tarihi 28 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_health_and_disability#Life_expectancy_and_healthy_life_years_among_older_people
 25. Stevens GA, Mathers CD, Beard JR. Global mortality trends and patterns in older women. *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:630-639. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.109710>.
 26. Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Alpten Ölüm Sıklığı. İç. Edt. Altan Onat. *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. İstanbul, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 2017. <https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>.
 27. World population ageing 2017 highlights. New York, NY: United Nations. [Internet]. [Erişim Tarihi 28 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf).
 28. Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. Ankara. Vize Yayın Evi, 2017. ss:188-196.
 29. Enç N, Alkan HÖ. Yaşlı kardiyovasküler hastalarda hemşirelik yaklaşımı. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2017; (45)5:120–123. doi: 10.5543/tkda.2017.92147
 30. Leading Causes of Death in Females, United States. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/women/lcod/index.htm>
 31. World Population Ageing 2013. [Internet]. [Erişim Tarihi 29 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
 32. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kanser İstatistikleri Ankara, 2015 [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_istatistikleri_2015.pdf
 33. Bingöl D, Kılıcıkesen E, Aydemir C, Büyükkayacı Duman N. Yaşlı kadınlara yönelik meme kanseri taramalarında güncel yaklaşımlar. *Büyükkayacı Duman N, editör. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı*. 1.Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri; 2019: 15-8.
 34. Ulcay D, Akın S. Yaşlı kanser hastaları ve hemşirelik bakımı. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12415/5347>
 35. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>
 36. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_bilgi/20180727162459-2018tbl_bilgid-3d7f49f6d.pdf.Erişim tarihi. 10-07-2020).
 37. American Cancer Society, Colorectal Cancer facts Figures 2017-2019. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>
 38. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/>

- kanser-db/istatistik/Türkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf
39. Sanchez JI, Palacios R, Thompson B, Martinez V, O'Connell MA. Assessing colorectal cancer screening behaviors and knowledge among at-risk Hispanics in Southern New Mexico. *J of Cancer Therapy* 2013; 4: 15-25. doi: 10.4236/jct.2013.46A2003
 40. Çürüklü GN, Yüceler Kaçmaz H. Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, GÜSBSD 2017; 6(4):224-233.
 41. World Cancer Report 2008. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: http://www.who.int/cancer/publications/world_cancer_report2008/en/
 42. Karadağ E, Aylaz R, Işık K, Yetiş G, Bayır B. Altmış yaş ve üzeri kadınlarda jinekolojik sorunlar. *STED*, 2014;23(3):80
 43. Aras S, Varlı M, Gence G, Ayarcan ÖE, Yalçın A, Atlı T. Yaşlı kadınlarda jinekolojik problemler ve jinekolojik kanser tarama sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2013;33(3):656- 62.
 44. Abalı S, Hotun Şahin N. Yaşlılıkta jinekolojik sorunlar ve hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2010;7(2):10-9
 45. Beşen MA, Oskay ÜY. Bir Aile hekimliği bölgesinde yaşayan geriatrik kadınların jinekolojik şikâyetleri ve çözüm arayışlarının belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2016;19(3):159-63.
 46. American cancer society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin.* 2000;50: 34-49.
 47. Leading Causes of Death - Males - All races and origins - United States, 2017. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthequity/lcod/men/2017/all-races-origins/index.htm>
 48. Satman, I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincçag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B & Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and pre-diabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28:169-180. doi:10.1007/s10654-013-9771-5
 49. Türkiye Diyabet Vakfı. (2013). Türkiye ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu. [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-de-ve-bolge-ulkelerinde-diyabet-sorunu>.
 50. Klara S. Sharma SK. Diabetes in the Elderly. *Diabetes Thr.* 2018; 9(2): 493–500. doi: 10.1007/s13300-018-0380-x. Epub 2018 Feb 19.
 51. Karaca Sivrikaya S. Geriatrik diyabetlinin bakım yönetimi. Ünsal Avdal E, editör. *Güncel Diyabet Yönetimi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019: 29-3
 52. Geriatrik Hasta Grubunda Hipertansiyon. *HT Bülteni* Yıl: 2018 Sayı: 6 [Internet]. [Erişim Tarihi 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=2>.
 53. Anker D, Santos-Eggimann B, Santschi V, Giovane CD, Wolfson C, Streit S, Rodondi N, Chiolero A. Screening and treatment of hypertension in older adults: less is more? *Public Health Reviews*, 2018; 39:26 <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0101-z>
 54. Akpolat VA. Osteoporoz tanısında kullanılan kemik mineral yoğunluğu ölçüm yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(3).
 55. Bartl R, Frisch B. Osteoporosis: Diagnosis, Prevention, Therapy: Springer Science & Business Media; 2009: 63-67
 56. Höbek Akarsu ÜR, Kuş B, Doğan A, Rathfisch G. Yaşlı kadınlarda sık görülen sağlık sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Büyükkayacı Duman N*, editör. *Yaşlılık ve Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019:1-7
 57. Oruç S, Coşkun KŞ, Koyuncu G, Öztürk Ş, Yaman M. İlimiz Dinar İlçesinde Demans Görülme Sıklığı. *Kocatepe Tıp Dergisi/Kocatepe Medical Journal.* 2016;17:94-98
 58. Olivera Bogunovi. *Women and Aging.* *Harv Rev Psychiatry* 2011;19:321–324. DOI: 10.3109/10673229.2011.630821;
 59. Yıldırım F, Büyükayacı Duman N, Keskin M. Yaşlı kadınlarda ruh sağlığı sorunlarına güncel bakış. *Büyükayacı Duman N*, editör. *Yaşlılık ve Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019.
 60. Galli R, Moriguchi EH, Bruscati NM, Horta RL, Pattussi MP. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(2):307-16.
 61. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(1):67-99
 62. Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası*

- Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017, 10 (52): 1307-9581 Doi:<http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1979>
63. Taşcı E, Saruhan A. Yaşlılık ve kadın. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22:187-198.
 64. Özcan M, Kapucu S. Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014): 101-109.
 65. Uçakcı Asalođlu C, Yaman Sözbir ř. Yaşlı kadın sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. Büyükkayacı Duman N, editör. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019:75-80