

Yaşlılıkta Kronik Hastalıkların Yönetimi İle İlişkili Faktörler

Factors Associated with Management of Chronic Diseases in Elderly

Gizem KUBAT BAKIR¹, Semiha AKIN²

ÖZ

Dünyada nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıkların insidansı hızla artmaktadır. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklar nedeniyle yaşam kalitesi ve bakım gücü olumsuz etkilenmekte ve ölüm riski artmaktadır. Yaşlılarda kronik hastalıkların yönetimini etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimini yaşlılıkta görülen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, sosyo-kültürel ve ekonomik değişkenler, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyi ile tutumları, iletişim ve sağlık sistemi önemli düzeyde etkilemektedir. Kronik hastalıkların yönetimi hastalığı tedavi etmekle birlikte hastanın öz-yönetim becerisi kazanmasını, hastalık ile yaşamayı öğrenmesi için eğitim ve öğretimin planlanmasını kapsamaktadır. Sağlık profesyonelleri hasta ve ailesi ile etkin iletişim sağlamalı, hastaları hastalıkları hakkında bilgilendirmeli, hasta bakımının sürekliliğini sağlamak, depresyon, yorgunluk, stres, uyku bozuklukları ve kızgınlık gibi sorunlar ile başa çıkabilme yollarının öğretilmelidir. Yaşlılıkta kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi multidisipliner yaklaşımı ve geriatri alanında uzman olan sağlık profesyonellerinin aktif roller üstlenmesini gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Hastalık Yönetimi, Yaşlılık.

ABSTRACT

The incidence of chronic diseases increases rapidly due to the aging of the population all around the world. The quality of life and self-care agency are adversely affected in elderly individuals due to chronic diseases and the risk of death increases. Various factors influence the management of chronic diseases in the elderly. Physiological and psychological changes due to aging, socio-cultural and economic variables, the knowledge and attitudes of health professionals, communication and health system are important for the management of chronic diseases. The management of chronic diseases includes the treatment of the disease, but also improving the self-management skills of the patient and education and training for dealing with the disease. Health professionals should provide effective communication with patients and their families, inform patients about their illnesses, ensure continuity of patient care, and learn how to cope with problems such as depression, fatigue, stress, sleep disorders, and anger. Prevention and management of chronic diseases in old age require a multidisciplinary approach and active roles of health professionals specialized in geriatrics.

Keywords: Chronic Illness, Disease Management, Elderly.

GİRİŞ

Kronik hastalıklar uzun süreli tedavi, yakın izlem ve bakım gerektiren, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemeye neden olan uzun süreli sorunlardır. Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 21. Yüzyılda ciddi bir sağlık sorunu olarak bildirilen kronik hastalıklar tüm dünyada ölümlerin önemli nedenleri arasında kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılında ölümlerin %75'inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (1,2).

1. Uzman Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi

E-posta Adresi: gzmkb@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-4294-0669

2. Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

ORCID ID: 0000-0002-1901-2963

Gönderim Tarihi: 30.06.2019 - Kabul Tarihi: 19.08.2019

Kronik hastalıklar Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics) tarafından üç ay ya da daha uzun süren sağlık sorunları, Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen hastalıklar şeklinde tanımlanmıştır (2,3). Dünyada nüfusun yaşlanmasıyla birlikte sıklığı hızla artan kronik hastalıkların küresel bir tehdit haline gelmiştir. Avrupa'da yapılan bir çalışmada 15 yaş ve üzeri nüfusun %40'ında en az bir kronik hastalığın olduğu, yaş artışıyla paralel olarak kronik hastalığa yakalanma riskinin arttığı saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa'da yaşayan 65 yaş ve üzeri her üç kişiden ikisinde en az iki kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (4).

Ülkemizde son yıllarda sağlık eylem planları konusunda önemli başarılar elde edilmiş olmakla

birlikte, kronik hastalıklar başta gelen ölüm nedeni olarak dikkat çekmeyi sürdürmektedir (5). Türkiye İstatistik Kurumu (2018) tarafından 65 yaş ve üstü bireylerin %38'inin dolaşım sistemi hastalıkları, %19'unun iyi huylu veya kötü huylu tümörler, %12'sinin solunum sistemi hastalıkları nedeniyle yaşamını yitirdiği rapor edilmiştir (6). Kronik hastalıklar ile ilgili yayınladığı raporda 2008 yılında Türkiye'deki tüm ölümlerin %85'inin kronik hastalıklara bağlı geliştiği, kardiyovasküler hastalıkların (%49), kanser (%18), solunum hastalıkları (%9) ve diyabetin (%2) başta gelen ölüm nedenleri arasında yer aldığı bildirilmiştir (2). Dudak ve ark. (2006)'ı 1472 yaşlı birey ile yaptığı çalışmasında yaşlıların %79,4'ünde en az bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar süreklilik gösteren, yavaş ilerleyen, kalıcı sakatlıklara yol açan, kişisel, genetik ve sosyoekonomik faktörlerin rol oynadığı hastalıklardır (7,8).

Yaşlılık ve Kronik Hastalıkların İlişkisi

Yaşın ilerlemesiyle birlikte fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılıkta gelişen değişikliklere bağlı olarak vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların insidansı artmaktadır. Yaşlılar bağışıklık sisteminin zayıflaması, adaptasyon gücü ve stres ile baş etme gücü nedeniyle daha fazla sorunlar ile karşılaşmaktadır (9-11). Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa'da 2005 yılında hastalık yükünün %77'sinin kronik hastalıklar ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Gülbayrak ve ark.'nın (2003) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin %50'sinde en az bir kronik hastalık bulunduğu bildirilmiştir (12,13).

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalık yönetimini "hastalıkların yıllar veya on yıllar süren yönetimi" şeklinde tanımlamaktadır. Yaşlı nüfusun çoğalması, yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artışı önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların önlenmesi, erken tanısı, komplikasyonların önlenmesi ve kronik hastalık yönetimi için sağlık hizmetlerinin herkes tarafından erişilebilir, nitelikli ve sürdürülebilir olması gerekmektedir (14).

Yaşlıda görülen kronik hastalıkların yönetiminde başarı göstergeleri; hastaneye yatışların ve acil birlere başvuruların azalması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik açıdan olumsuz etkilerinin azaltılması, komplikasyonların azalması ve yaşam kalitesinin artması olarak sıralanabilir. Hastalık, bakım ve tedavi yöntemleri konusunda hastanın bilgilendirilmesi, etkin iletişimin sürdürülmesi, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması ve hastalığın meydana getirdiği semptomlarla baş etme yollarının öğretilmesi kronik hastalıkların etkin şekilde yönetimi için büyük önem taşımaktadır (15).

Yaşlılıkta Kronik Hastalıkların Yönetimi ile İlişkili Faktörler

Yaşlanma ile ilişkili ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler kronik hastalıkların yönetimini güçleştirmektedir. Kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner ve endokrin sistem hastalıkları ve dejeneratif sorunlar yanında, koklama, işitme, tat alma ve görme duyularında önemli derecede gerileme olmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi ayrıca artan sağlık harcamaları ve depresyon ve demans gibi sorunlar nedeniyle daha da güçleşmektedir. Yaşlı bireylerde kronik hastalık yönetimini etkileyen unsurlar a) hasta ile ilgili faktörler, b) sağlık profesyonelleri ile ilgili faktörler ve c) sağlık-sosyal bakım sistemleri ile ilgili faktörler olarak üç başlıkta ele alınabilir (15,16).

a) Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetiminde hasta ile ilgili faktörler: Yaşlılarda kronik hastalıkların yönetiminde hasta ile ilgili faktörler fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla ele alınabilir.

Fizyolojik faktörler: Yaşlanmayla birlikte metabolik değişiklikler, vücudun enfeksiyonlara verdiği yanıtta yetersizlik, dehidratasyon riskinin artması, normoterminin sağlanamaması ve aşırı kırılğan yapıda olması, homeostazın bozulması ve organ-sistemlerin rezerv kapasitelerinde azalma gelişmektedir (17). Yorgunluk ve ağrı gibi semptomların tekrarlanması, hareketsiz yaşam tarzı, stres, görme ve işitme kayıplarının yaşanması, güçsüzlük, yürüme ve denge sorunları kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırmaktadır (15,17).

Yaşlılarda kalp, koroner arterler ve vücuttaki diğer damarların yapısında değişiklikler meydana gelir. Miyokard kasında hipertrofi gelişerek kalp kasının tonüsü azalır. Bunun sonucu kalp debisi azalır ve kalbin işlevlerinde değişiklikler ortaya çıkar. Fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz kalp hastalıklarının oluşumunu engellemektedir. Ancak ileri yaşta fiziksel aktivite ve egzersiz alışkanlığı oranının azaldığı bilinmektedir. Örneğin Amerika'da yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üzeri yaşlıların %89'u fiziksel aktivitenin yararlı olduğunu ifade ederken, aynı çalışmada %69'u ise yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı belirtmiştir (18). Kadınlarla yapılan prospektif bir çalışmada ev dışında yapılan 400 metrelik bir yürüyüşün bile kalbin fonksiyonel kayıplarını önlemede etkili olduğu gösterilmiştir (19). Sağlık profesyonelleri görev yaptıkları alanlarda ve kitle iletişim araçları yoluyla yaşlı bireyleri ve ailelerini hastalık, sigara ve alkol kullanımı, ilaç tedavisi hakkında eğitmelidir (20).

Yaşlanmaya bağlı olarak kas kütlesi, kas lifleri ve bağ dokusunda azalma ve kayıplar, kas gücü ve kütlesinde azalmaya neden olur. Kas proteinleri sentezinin azalması ve yıkımın artması sonucu birçok kronik hastalık ortaya çıkmaktadır (20). Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması Raporu'nda (National Health and Nutrition Examination Survey) Amerika Birleşik Devletleri'nde menopoz sonrası beyaz kadınların %30'unda osteoporoz olduğu, 80 yaş ve üzeri kadınlarda ise osteoporoz oranının %70'e kadar yükseldiği belirtilmektedir (20). İskelet sistemi değişiklikleri ile ilişkili yaşlı hastalarda osteoporoz ve kalça kırığı sonucunda basınç yaralanması ve düşme gelişebilir. Bu faktörler kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ölüm korkusunu arttırabilir.

Kalça kırığı olan yaşlı erişkinlerde komplikasyon olarak basınç yaralanması oranı %22,7 olarak bildirilmiştir (21). Koruyucu önlemler alınması ve risk değerlendirmesi yapılarak basınç yaralanmaları azaltılabilir. ABD'de geliştirilen bir cihaz sayesinde ciltteki nem düzeyi gibi faktörler fark edilerek basınç yaralanmasının önlenmesine yönelik denemeler yapılmaktadır. Bu cihaz kullanılarak yapılan bir pilot çalışmada hastanede basınç

yaralanması oranının %5'ten %0'a kadar düştüğü gözlenmiştir (21). Basınç yaralanmasını önlemek için fiziksel aktivitesi sınırlı hastalarda iki saatte bir pozisyon değişikliğinin sağlanması önerilmektedir (Kanıt Gücü B) (22). Hareket düzeyine ilişkin verilerin izlenmesi amacıyla geliştirilen bir sensör sayesinde hastaların yatak içinde dönüşleri ve yardıma ihtiyaç duyan hastaların belirlenmesi sağlanmıştır. Hastanın pozisyonunu algılamaya yönelik sensörlerin kullanılmasıyla hasta güvenliği, düşmelerin ve basınç yaralanmasının önlenmesi, bakım gereksinimlerin doğru şekilde saptanması açısından potansiyel faydaları olduğu belirlenmiştir (23). Kelly ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada düşmelerin engellenmesi amacıyla sensör geliştirilmiştir. Sensör için en uygun bölgenin uyluk bölgesi olduğuna karar verilmiş ve bunun için hasta cildine zarar vermeyen hipoalerjik yapıştırıcı kullanılmıştır. Sensör hastanın uyluk bölgesine tespit edilmiştir. Hastanın femur kemiğinin %60-70 yatay ekseninde eğilimli pozisyonda ise sensör tarafından algılanmakta ve alarm sistemi aktifleşmektedir. Çalışmada sensör kullanımı sayesinde düşme oranında %91'lik bir düşüş bildirilmiştir (24). Yaşlı bireylerde görülen kas iskelet sistemi sorunlarını azaltmak için egzersiz programı, eklem hareket genişliği, kuvvetlendirme egzersizleri, obezitenin önlenmesi, hastalıkla baş etme programları ve günlük yaşam aktivitelerine yardımcı cihazların kullanımı önemlidir.

Dünyada 2013 yılında diyabet hasta sayısının 382 milyon olduğu bildirilmiş olup 2035 yılında bu sayının %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı diyabetli bireylerin yaklaşık %90'ının tip 2 diyabet olduğu bildirilmektedir (25). Diyabet hastalarında kardiyovasküler ve periferik damar hastalıkları, göz hastalıkları, böbrek fonksiyon bozukluğu ve nöropati gibi komplikasyonlar ve bunlara bağlı morbidite ve mortalite sık görülmektedir. Çapoğlu'nun (2019) çalışmasında diyabet hastalığı nedeniyle yaşlıların hareketlerinin kısıtlandığı, yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği, organ veya işlev kayıplarının ortaya çıktığı, iş gücü kaybının arttığı ve sosyoekonomik gücün zayıfladığı bildirilmiştir (26). Diyabet yönetimi organize, sistematik bir

yaklaşımı ve hasta odaklı yüksek kaliteli bakımın ön planda olduğu bir ortamda eş güdüm içerisinde çalışan sağlık ekibinin katılımını gerektirir. Tedaviye hastayı dahil eden bakım ekibi, önerilen metabolik hedeflere ulaşamayan hastalar için uygun yaşam tarzının benimsenmesi ve/veya ilaç tedavisinin düzenlenmesine öncelik vermelidir. Soo Lim ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlı diyabet hastalarında glisemik kontrolünü sağlamak amacıyla telefon ağına bağlı glukometre geliştirilmiştir. Hastanın verileri otomatik olarak hastanenin tıbbi bilgi sistemine aktarılmakta, verilerin sonuçları hastaya özel mesaj ile cep telefonuna gönderilmekte, böylece yaşlı bireyin glisemik kontrolü sağlanmaya çalışılmaktadır (27). Çalışmada tıbbi bilgi sistemi tabanlı e-sağlık hizmetinin rutin bakıma göre daha az hipoglisemi geliştiği ve daha iyi glisemik kontrolün sağlandığı ve yaşlı diyabetli bireylerde diyabet etkili ve güvenli şekilde yönetildiği belirtilmiştir (27). Diyabetli bireylerin takibi için sürekli glikoz monitorizasyon sistemi kullanılmaktadır. Sürekli glikoz monitorizasyon sistem sensörü, hastanın deri altı dokusuna yerleştirilmektedir (Resim 1).

Dokular arası sıvı içindeki glukoz konsantrasyonundan günde 288 ölçüm yapmaktadır. Toplanan veriler bilgisayar ortamında analiz edilmektedir. Sensör düşük ve yüksek kan şekerlerinin önlenmesi, geniş glikoz dalgalanmalarının en az düzeye indirilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için kullanılmaktadır. Sürekli kan şekeri izlemi yapan sensör, hastanın glikoz değerlerini kayıt altına almaktadır. Sensörler sayesinde parmaktan ölçülen kan şekeri takibi ile ilişkili acı veya rahatsızlık hissi ile hipoglisemi korkusu nedeniyle fazla kan şekeri ölçümü gibi problemler azaltılabilir (28). Nanoteknoloji dövme yöntemi aracılığıyla glisemi takibi yapılabilir. Boyu sadece birkaç mm olan minyatür dövme, sarı-turuncu bir boya içeren nanosensör içerir. Bireyin glikoz düzeyi yükseldiğinde dövme açık renge dönerken, glikoz düzeyi düştüğünde ise koyu renge dönüşmektedir. Haftada bir kez uygulanan dövmele ilgili çalışma Boston-Northeastern Üniversitesi'nde pilot uygulama aşamasındadır (29).

Yaşlanmayla paralel olarak beyinde ortaya çıkan değişiklikler (beyin ağırlığında azalma, küçük damar hastalığı, damarların kıvrımlarında artış olması, nöronlarda değişiklikler, ventriküllerde



Resim 1: Sürekli glikoz monitör sistemi Kaynak: Sürekli Glikoz Ölçüm Monitorü Dexcom, 2019.

genişleme) yaşlı bireylerin inmeden daha çok etkilenmesine yol açmaktadır. İleri yaş, hemorajik inme ile iskemik inme için değiştirilemez risk faktörlerinden biridir. İnme gibi kronik bir hastalığın yönetimi, hastanın özyönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim-öğretim yöntemleriyle güçlendirilmelidir. Teknoloji destekli tuvaletlerin inme rehabilitasyonunda bağımsızlığın ve hijyenin geliştirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada (2017), perineal bölgeyi hijyenik olarak yıkayan ve kurulayan teknoloji destekli tuvaletlerin çeşitli hastalarda tuvalet bağımsızlığını iyileştireceği bildirilmiştir. Teknoloji destekli tuvaletlerin standart tuvaletlere kıyasla inme hastaları için daha olumlu psikososyal sonuçlara yol açtığı ve vakaların çoğunda tamamen temizlenmiş katılımcılar olduğu bildirilmiştir (30). Yeni teknolojik sistemlerin ilerlemesiyle birlikte gelişen Robogait isimli robot yardımıyla yürüme yeteneği zayıflamış yaşlıların yeniden yürüme yeteneği desteklenebilmektedir (Resim 2). Robot desteğiyle tekrarlı yürüme egzersizleri yaptırılarak kaslar ve beyin omurilik arasında yaralanma veya hastalık nedeniyle zarar görmüş sinyal akışı yeniden kazanılabilmektedir (31).

Kırk yaşından itibaren göz lensinin esnekliğinde azalma ve kaslarda sertleşme başlar. İşitme, koku ve tat alma duyuları geriler. Duyusal kayıplar ile ilişkili yaşlıların yaşam kalitesi azalır ve öz bakım

gereksinimi artar. Kısıtlılıklar nedeniyle hastalar soruları anlayamaz veya cevap veremez, bilişsel yetersizlikler, depresyon ve anksiyete bozuklukları ortaya çıkar. Yaşlı bireyler için eğitsel amaçla videolar ve sunumlar hazırlanmalı, yazılı ve sözlü iletişim araç ve gereçleri kullanılmalı, çeşitli maketler ile eğitim desteklenmelidir (15). Yapılan bir çalışmada görme problemi yaşayan diyabetli yaşlılarda insülin enjektörü yerine insülin kaleminin kullanılmasının hastalar için daha kolay olacağı ve tedavinin daha etkin şekilde gerçekleştirileceği saptanmıştır (32). Bir başka çalışmada yaşlıların %70,9'unun ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediği, %42,8'inin prospektüsü okumadığı bildirilmiştir. Prospektüsü ve son kullanma tarihini okumama nedeni ise görme kusuru olarak bildirilmiştir (33).

Yaşlı bireylerde meydana gelen kronik hastalıklar çoklu ilaç kullanımına neden olup tedaviye uyumu zorlaştırır. Yaşlılarda polifarmasi nedeniyle en az bir ilaçta uyum sorunu yaşanır. Tedaviye yeni ilaç eklenmesi veya değişikliği, ilaç sayısının fazla olması ilaç uyumunu azaltır. Biyoteknolojik ürünler sayesinde geliştirilen ilaç taşıyıcı sistemi ilacın sadece patolojik bölgede etki göstermesi sağlanmaktadır. Nano taşıyıcılar kan-beyin bariyeri, bronşiyoller gibi biyolojik yapıları aşarak hedef dokuya ulaşmaktadır. Yaşlılarda ilaç toksisitesini azaltır ve ilaç dağılımı daha etkin şekilde sağlanır.



Resim 2: Robotik rehabilitasyon Kaynak: Robotik Rehabilitasyon, 2018.

Hemşire bu konuda yaşlı bireye konu hakkında eğitim planlamalıdır. Sağlık profesyonelleri yaşlı bireyin tedavi ve sağlık öyküsünü, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme düzeyini, hareket kapasitesini, fonksiyonel kayıplarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmelidir (15,20).

Psikolojik değişiklikler: Bireyler yaşlanmayla birlikte bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarda gerileme, üretkenlikte azalma, sosyal konum ile ilgili değişiklikler, kronik hastalıkların varlığı, ilaç kullanımı ve beden imajında değişiklikler ile karşılaşmaktadır. Bu değişimler yaşlıda psikolojik problemlere neden olmaktadır (34,35). Kronik hastalıklar nedeniyle yaşlı bireyler öfke, çaresizlik, üzüntü, içine kapanma, öz güvende azalma, ölüm korkusu ve yalnızlık yaşamaktadır. (16). Yaşlılıkla birlikte anksiyete, depresyon, demans, deliryum ve kişilik bozuklukları da görülmektedir. Bu sorunlar ile ilişkili kilo alma ya da kilo verme, uykusuzluk, iştahsızlık, konsantrasyonda azalma, konuşma, düşünme ve zihinsel fonksiyonlarda gerileme ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler ile karşıya kalmaktadır. Bu değişiklikler ve olumsuz duygular kronik hastalıkların yönetimini olumsuz yönde etkilemektedir (36).

Yaşlıda psikolojik problemleri en aza indirmek için sağlık profesyonelleri ve hasta yakınlarının yakın iletişimi çok önemlidir. Etkili iletişim hastanın anlamasını, kolay hatırlamasını ve bilgisini artırır. Ayrıca depresyon gibi hastalıklar azalır ve bakımda memnuniyeti artırır. Hemşireler psikolojik problemi olan yaşlıda baş etme yetersizlikleri saptamalı, sosyal destek kaynaklarını belirlemeli, geleceğe ilişkin gerçekçi planlar yapmalı, bireyin benlik saygısına etki edecek kaynakları belirlemeli ve hastanın ölüm ile ilgili anksiyetesini gidermelidir (16).

Sosyo-kültürel değişiklikler: Yaşlılık, kişinin toplumsal rollerinde bir değişikliğe ve çoğu zaman da kayba yol açmaktadır. Yaşlılıkla birlikte gelen en önemli değişikliklerden biri emekliliktir. Yaşlının iş yaşamından başka seçeneği yoksa diğer kişilerle iletişimi sınırlı olacaktır. Hayatta bir

amacı ya da yapacak işinin olmaması, yetersizlik duygusunun yaşamasına, yalnızlık hissedilmesine neden olur; istediklerini yapamama ve çevresindekilerin aşırı koruyuculuğu nedeniyle sosyal ilişkiler sınırlanır (20,36).

Sosyal destek; sağlığın korunmasını, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek kronik hastalıkların yönetiminde uyumu artırır ve sosyal dışlanmayı azaltarak yaşlıların yaşam kalitesini yükseltir. Sosyal destek sistemlerinin eksik kaldığı durumlarda hastalık süresinin uzaması, depresif bozuklukların ortaya çıkması ve hastalık komplikasyonlarında artış görülmesi kronik hastalığın bakımını güçleştirir. Sosyal destek sayesinde stres ile daha etkin baş edilir ve semptomlar daha etkin şekilde kontrol altına alınır (37). Bir çalışmada kanserli hastaların hastalık algıları ve sosyal destek alam durumları incelenmiştir. Kanserli bireylerin hastalık hakkında yeterli ve gerekli bilgiye sahip olmadıkları için ailelerinin ve yakınlarının sosyal desteklerinin sınırlı olduğu saptanmıştır (38). Bir çalışmada (Aras ve Tel, 2009) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde evli olma, kadın olma ve 10 yıldan daha uzun süren hastalık varlığı nedeniyle sosyal yaşama katılımın azaldığı ve aile tarafından sosyal desteğin sağlandığı saptanmıştır (39). Yapılan bir çalışmada yaşlıların sosyal ağ kullanımı ile yalnızlık duygusu arasındaki ilişki araştırılmıştır. Yaşlılara bilgisayar ve internet kullanımını hakkında eğitim verilmiş olup internetin yaşlılardaki yalnız duygusunu azalttığı belirlenmiştir (37,40).

Ekonomik değişiklikler: Kronik hastalıkla yaşayan yaşlı birey daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, evine daha az para götürmekte, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır (41). İş gücü kaybı, sağlık harcamalarındaki artış, yüksek ölüm oranları ile sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kronik hastalıklar önemli sağlık sorunudur (1,2). ABD’de yedi yıllık gözlemin yapıldığı diyabet hastalarında sağlık sigortasının tedavi masraflarını hepsini karşılamaması nedeniyle bireylerin yeterli tıbbi yardım alamadıkları ve böbrek hastalığı görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir. Sosyal desteğin yetersiz

kaldığı durumlarda ise hastalık semptomlarının sıklık ve şiddetinde artış görülür ve hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik hastalığa uyumu zorlaştırır (42).

Kronik hastalıklarda hastalık yükünü azaltmak ve yaşlı bireyin öz bakımını sağlamak için tıbbi destek ve holistik yaklaşım gerekmektedir. Bireysel ve toplumsal anlamda yapabileceklerle, yaşlanma ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunları önenebilir. Birinci basamak tanı ve tedavi yöntemlerini en etkili şekilde kullanarak, uygun bakım sağlayarak yaşlılarda görülen kronik hastalıklara bağlı hastalık yükü büyük oranda azaltılabilir (1,41).

b) Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetiminde sağlık profesyoneli ile ilgili faktörler: Sağlık çalışanlarının hastalık hakkındaki düşünceleri ve tutumları ile yaşlı bireylerin aynı konudaki düşünce ve tutumları birbirinden farklı olabilir. Farklılık nedeniyle hastalığın yönetiminde zorluklar çıkabilir, istenilen sonuçlara ulaşılmasına engel olabilir. Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık profesyoneli ile ilgili faktörler; kronik hastalığına ilişkin tutum/bilgi, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişim önemli yer tutmaktadır (15). Hasta ile sağlık ekibi üyelerinin kronik hastalıklara yönelik tutumları hastalığın yönetimini etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin yaşadıkları deneyimler ve hastalık hakkındaki tutumları/bilgileri nedeniyle hastalığın önem derecesi değişmektedir (43). Birey hastalığını öğrendiği anda panik, ölüm korkusu veya çaresizlik yaşayabilir. Sağlık ekibi üyeleri bu duyguları etkili bir şekilde yönetemezse yaşlı birey gerekli sağlık bakım hizmeti alamayabilir.

Kanıtı dayalı rehberlerin kullanımı kronik hastalıkların yönetiminde olumlu etki yaratmaktadır. Hastanın öz bakım ihtiyacının karşılanmasında, hastanın bakıma aktif katılımının desteklenmesinde ve sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki ilişkinin artmasında önemli rol oynamaktadır (44). Kanıtı dayalı rehber kullanılmasıyla kronik hastalıklara sahip hastalarda ölüm riski azalmakta ve yaşam kalitesini artmaktadır. Kanıtı dayalı hasta bakımının sağlanamamasının en önemli nedenler; kurumsal stratejiler, sağlık politikaları ve yeterli

zamanın olmayışıdır (45). Hastalığın yönetiminin başarısında hastalığın birey için ne anlam ifade ettiği önemlidir. Verilen hasta eğitimine ek olarak hasta ile sürdürülen terapötik iletişimin emosyonel durum, fonksiyonel kapasite, semptom kontrolü ve ağrı kontrolü üzerinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmektedir (46).

c) Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetiminde sağlık ve sosyal bakım sistemleri ile ilgili faktörler: Sağlık bakım sistemlerinin ağırlıklı olarak acil ve akut durumlara odaklanması kronik hastalıklarının yönetimini güçleştirir ve bakımın verilmesini engeller. Tele-sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, vaka yönetimi gibi bakım modellerinin kullanılması, teknolojik uygulamaların yaşlıların yaşam kalitesini artırması, hastaların sürekli takip ve tedavi edilmesi kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır (15). Elektronik sağlık sistemleri arasındaki entegrasyonun sağlanması için yasal düzenlemelerin yapılması etkin kullanımın önünü açacaktır. Elektronik sağlık kayıtlarının sağlık sistemi içerisinde etkin bir şekilde kullanımı; hastaların sağlık kayıtlarına kolay ulaşabilmelerine, koordine bir bakım sağlanmasına, hekimler ve kurumlar arasında veri paylaşımına imkân vermektedir. Koruyucu hekimlik önerileri ve karar destek süreçleri entegre edilmiş sistemler ile daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu sağlanabilir (14).

Evde bakım hizmeti yaşlının hastanede yatış süresini kısaltır ve maliyetleri azaltır. Evde sağlık hizmeti Avrupa’da yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Almanya, Danimarka, ABD, İsveç, Hollanda ve İngiltere gibi ülkelerde yaşlılar için evde bakım hizmeti verilmektedir. Özel şirketler, belediyeler tarafından da evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Türkiye için evde bakım uygulamaları yeni bir hizmet alanıdır. Türkiye’de evde bakım hizmetleri, 2005 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme altına alınmış, birçok ilde “Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri” kurulmuştur (47). Evde bakım hizmetlerinin yanı sıra huzur evleri kurulmuş, yaşam kalitesini arttırmak için sosyal ve ekonomik yardımlar (yeşil kart ve 2022 sayılı yasaya göre

aylık bağlanması) sağlanmıştır. Yaşlının yaşamını kolaylaştırmak için yaşlı dostu şehirler inşa edilmeli, ulaşım araçları yaşlılar için ergonomik olmalı, konutlar, ev araç-gereçleri yaşlı kullanımına uygun olmalı ve psikolojik sorunlar için danışma merkezleri açılmalıdır.

Sonuç

Kronik hastalıkların giderek artması, kronik hastalık kontrolünün ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini arttırmakla birlikte, ekonomik ve sosyal açıdan kronik hastalıkların getirdiği yükün azaltılmasına yönelik etkin sağlık politikaları ve girişimlere gereksinim duyulduğunu göstermektedir. Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi multidisipliner bir yaklaşım ve alanında uzman olan sağlık profesyonellerini gerektirir. Geliştirilen sağlık politikaları ve stratejiler çerçevesinde hasta ve ailesine holistik bakım sağlanarak hastanın bakıma katılımı sağlanmalıdır. Sağlık verilerinin düzenli bir şekilde kayıt edilmesi için gerekli alt yapı sistemlerinin oluşturulması ve bakıma entegre edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zuhur Ş, Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 19(2): 57-74.
2. World Health Organization (WHO). (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf. Erişim Tarihi: 22.06.2019.
3. Centers for Disease Control (CDC). (2009). *Chronic Diseases The Power to Prevent, the Call to Control: At a glance*. Atlanta. 1-4.
4. World Health Organization. (2011). *Weekly epidemiological record Releve epidemiologique hebdomadaire*. <https://www.who.int/wer/2011/wer8636/en/> Erişim Tarihi: 19.06.2019.
5. Kronik hastalıklar ve Sağlık Bakanlığı çalışmaları. <http://www.sdplatform.com/Dergi/463/Kronik-hastaliklar-ve-Saglik-Bakanligi-calismalari.aspx> Erişim Tarihi: 21.06.2019.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> Erişim Tarihi: 17.07.2019.
7. Bilir N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı

- çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Ekimliği Bülteni*. 25(3): 1-6.
8. Ünsal A, Demir G, Özkan AÇ, Arslan GG. (2011). Huzurundaki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanım sıklığı. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 12(3): 5-10.
 9. Tiftik S, Kayış A, İnanır, İ. (2012). Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. *Akademik Geriatri Dergisi*. 4: 1-11.
 10. Bilir N, Paksoy NS. (2006). Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları içinde halk sağlığı temel bilgiler. *Hacettepe Üniversitesi Yayını*. 1019-1044.
 11. Ebrahim S. (2002). *Health of elderly people*, in *Oxford Textbook of Public Health* (Eds: Detels R, Mcewen J, Beaglehole R, Heizo T). *Oxford University Press*. 1713-1736.
 12. Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Ozan AT. (2003). Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalıkların sıklığı ve maliyeti. *The Eurasian Journal of Medicine*. 35: 7-12.
 13. Kutsal YG. (2006). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 9: 37-44.
 14. Akalın E, Durusu-Tanrıöver M, Sayran F. (2012). *General Information: Chronic Disease Management Principles for A Sustainable Health System*. *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü*. İstanbul: Sis Matbaacılık. p.32-3.
 15. Kalender N, Sütçü Çiçek H. (2014). Kronik hastalıkların yönetimindeki engeller. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 6(1): 46-53.
 16. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. (2005) Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27(3): 89 – 94.
 17. Karadakovan A. (2005). Yaşlılarda sağlık sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 21(2):169-179.
 18. Goggin NL, Morrow JR. (2001). *Physical activity behaviors of older adults*. *Journal of Aging and Physical Activity*. 9: 58-66.
 19. Aydın D. (2007). Yaşlıda immobilité ve sonuçları. *Nobel Medicus*. 3(2): 12-17.
 20. Karadakovan A. (2014). Yaşlı sağlığı ve bakım. *Akademisyen Tıp Kitapevi*. 123-160.
 21. Chiari P, Forni C, Guberti M, Gazineo D, Ronzoni S, D'Alessandro F. (2017). Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: A Prognostic Cohort Study. *Published online*. 12(1): 1-15.
 22. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *New*

2014 prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Availbale from. (2014). <http://www.npu-ap.org/resources/educationaland-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline>. Erişim Tarihi: 28.06.2019.

23. Pickham D, Ballew B, Ebong K, Shinn J, Lough ME, Mayer B. (2016). Evaluating optimal patient-turning procedures for reducing hospital-acquired pressure ulcers (LS-HAPU): Study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*. 17(1): 1-8.

24. Kelly KE, Phillips CL, Cain KC, Polissar NL, Kelly PB. (2002). Evaluation of a nonintrusive monitor to reduce falls in nursing home patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 3: 377-82.

25. International Diabetes Federation. (2015). <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html> Erişim Tarihi: 20.06.2019.

26. Çapoğlu İ, Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Çayköylü A. (2019). Diyabete eşlik eden ruhsal sorunlar ve diyabet yönetimi. *The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 13(1): 67-74.

27. Lim S, Kang SM, Shin H, Lee JH, Yoon WJ, Hoon Yu S, Kim, SY, Yoo SY, Jung, Park KS, Ryu JO, Jang HC. (2011). Improved glycemc control without hypoglycemia in elderly diabetic patients using the ubiquitous healthcare service, A New Medical Information System. *Diabetes Care*. 34(2): 308-313.

28. Türk Diyabet Cemiyeti, Hemşirelik Sempozyumu Sunumları. (2017).<http://www.diabetcemiyeti.org/c/hemsirelik-sempozyumu-sunumlari> Erişim Tarihi:20.06.2019.

29. Huston C. (2013). The impact of emerging technology on nursing care: Warp speed ahead. *Online Journal of Issues in Nursing*. 18(2): 1-13.

30. Yachnin et al. (2017). Technology-assisted toilets: Improving independence and hygiene in stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. 4: 1-8.

31. Robotik rehabilitasyon. (2018).<https://fsmeah.saglik.gov.tr/TR,246708/robotik-yurume.html> Erişim Tarihi: 28.06.2019.

32. Sağlık Çalışanları için İnsülin Enjeksiyon Teknikleri ve Tedavileri Kılavuzu.(2018). http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_yayinlar/20360617182316-2018tbl_yayinlarfff4e-b43ed0.pdfErişim Tarihi: 25.06.2019.

33. Canan Demirbağ B, Timür M. (2012). Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 11(1): 1-8.

34. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y. (2005). Kemo-terapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 21(1): 13-31.

35. Akin S, Durna Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(2): 1- 8.

36. Altındış M. (2013). Yaşlılarda güncel sağlık sorunları ve bakımı. *İstanbul Tıp Kitapevi*. 97-110.

37. Sarason IG, Sarason BR, Potter EH, Antoni MH. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*. 47(2): 156-63.

38. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. (2008). A survey of functional living and social support in patients with cancer]. *Turkish Journal of Oncology*. 23(3): 132-9.

39. Aras A, Tel H. (2009). Determination of perceived social support for patients with COPD and related factors]. *Turkish Thoracic Journal*. 10(2): 63-8.

40. Hutchison C.(1999). Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing*. 29(6): 1520-6.

41. Dilmeç E. (2013). Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi. www.kantadaya.tup.org. Erişim Tarihi: 21.06.2019.

42. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 93(1): 1-9.

43. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: Results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Medicine*. 22(10): 1379-85.

44. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. (2003). Are Disease Management Programmes (DMPs) Effective in Improving Quality of Care for People with Chronic Conditions? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. p.1-23.

45. Jacobs JA, Dodson EA, Baker EA, Deshpande AD, Brownson RC. (2010). Barriers to evidence-based decision making in public health: A national survey of chronic disease practitioners. *Public Health Reports*. 125(5):718-742.

46. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, et al. (2002). Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. (2): CD001005.

47. Başgül Ç, Keskin İ, Kara H, Yalçın S, Aksoy M. (2011). A New field of health services: Home health service. *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Başkenti Dergisi*. 20: 50-6.