

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE **İLERİ YAŞ GRUBUNA** YAKLAŞIM



EDİTÖRLER
Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE KUTSAL
Prof. Dr. Dilek AŞLAN

ANKARA, 2020



COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İLERİ YAŞ GRUBUNA YAKLAŞIM

YAZARLAR

(Soyadı alfabetik)

Dilek Aslan

Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tolga R. Aydos

Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Yeşim Gökçe Kutsal

*Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi-GEBAM*

Oya Özdemir

Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Hayriye Mihrimah Öztürk

Dr. Öğr. Üyesi, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Meral Saygun

Prof. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Meltem Şengelen

Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Filiz Çağla Uyanusta Küçük

Uzm. Dr., Acıbadem Ankara Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İLERİ YAŞ GRUBUNA YAKLAŞIM

Covid-19 Pandemi Sürecinde İleri Yaş Grubuna Yaklaşım

Eylül 2020

ISBN 978-605-9058-56-8

Tasarım ve Yayına Hazırlama:

Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yay. Ltd. Şti.

hangarreklam.com

hangar@hangarreklam.com

0(312) 425 07 34

Bu kitap halk eğitimine yönelik bir sosyal sorumluluk projesi olarak Türk Geriatri Derneği adına bilim kurulu üyeleri tarafından hazırlanmıştır. Yayın hakkı Türk Geriatri Derneği'ne aittir. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası hükümleri gereğince herhangi bir bölümü, resmi veya yazısı yazarların ve yayıncısının yazılı izni alınmadan tekrarlanamaz, basılamaz, kopyası çıkarılamaz, fotokopisi alınamaz veya kopya anlamı taşıyabilecek hiçbir işlem yapılamaz.

İÇİNDEKİLER

Önsöz

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
Prof. Dr. Dilek Aslan

vii

COVID-19 pandemi sürecine yaşlılık perspektifinden bakış

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

1

COVID-19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerde reçeteleme ve tedaviye erişim/uyum sorunları

Doç. Dr. Tolga Reşat Aydos

12

Yaşlılık ve Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) döneminde sağlıklı beslenme: Topluma yönelik temel öneriler

Prof. Dr. Dilek Aslan

20

Fiziksel inaktivite

Prof. Dr. Oya Özdemir

25

Yaşlılık döneminde bağışıklama çalışmaları ve COVID-19

Öğr. Gör. Dr. Meltem Şengelen

32

Pandemi sürecinde kurumda yaşlanma; riskler, önlemler

Prof. Dr. Meral Saygun

37

İzolasyonun ruh sağlığı açısından riskleri; önleme ve tedavi süreçleri

Dr. Öğr. Üyesi Hayriye Mihrimah Öztürk

50

Yeni Koronavirüs hastalığı (COVID-19) sürecinde “yaş” ayrımcılığı; toplumsal boyutu ve önlemeye yönelik öneriler

Prof. Dr. Dilek Aslan

58

Klinik perspektiften gelecekteki Tele-Tıp uygulamalarının yaşlılık boyutu

Uzm. Dr. Çağla Uyanusta Küçük

64

Önsöz

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ile ilgili olarak; ileri yaşlardaki bireyler sağlığın sadece fiziksel boyutu ile değil zihinsel ve sosyal boyutlardan da kaynaklanan çok büyük zorluklarla karşı karşıya kalan gruplar arasındadır.

İleri yaş grubunun genel sağlık durumu tıbbi sorunlar yanında günlük yaşam aktivitelerinin niteliğinden de etkilenmektedir ve bu bağlamda iyilik halinin bir bütün olarak ele alınmasının sürdürülmesi önemlidir. Bu yaş grubunun ruhsal durum fiziksel sağlık sorunlarından ve işlev kaybından etkilendiği bilinmelidir.

Yaşlılar söz konusu olduğu zaman; güvenlik, zihinsel barışı ve yaşam kalitesini sağlamanın ilk adımıdır. Bu ve benzeri kriz dönemlerinde yaşlıların ailesel ve çevresel düzeylerde karar süreçlerine katılmaları gerektiği ifade edilmektedir. Ayrıca ileri yaş grubu için sağlığın korunması açısından ilaç ile tedavi yerine koruyucu/önleyici tıp yaklaşımları ön plana çıkmaktadır.

Yaşlı yetişkinlerin yaşamlarını sürdürdükleri evlerinde ya da kurumlarda zihinsel ve fiziksel aktivite açısından desteklenmelerine yönelik ulusal bir politika geliştirilmesi önerilmektedir. Aksi takdirde, ileri yaşlardaki bireylerin fiziksel bağımsızlık ve zihinsel sağlık durumları süreçten olumsuz etkilenecektir.

Birçok yaşlı için sağlık sistemi ile tek bağlantı kaynağı haline gelen mevcut teknoloji platformlarının ileri yaşlardaki bireylerin kullanımını açısından yeniden değerlendirilmesi yanında, yaşlılara özgün olarak yeniden yapılandırılması yararlı olacaktır. Ülkelerin pandemi ile ilgili politikalarının ve mevzuatlarının daha kıdemli/yaşlı dostu hale getirilme zamanı gelmiştir.

Pandemi sürecinde ileri yaş grubuna özel çoklu sorunları irdeleyen ve çözümler öneren bu özgün kitaba bilimsel birikimlerini yansıtarak katkı sunan tüm meslektaşlarımızımıza teşekkürü borç biliyor, okuyuculara yararlı olabilmesini diliyoruz.

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Prof. Dr. Dilek Aslan

COVID-19 pandemi sürecine yaşlılık perspektifinden bakış

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi-GEBAM*

Giriş

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)'un sadece fiziksel değil, ayrıca zihinsel ve sosyal boyutlarından da kaynaklanan en büyük zorluklarla karşı karşıya kalan ileri yaş grubudur ve bu bağlamda pandeminin kontrol altına alınması sağlık bakım sistemleri açısından önemli bir görev oluşturmaktadır. İleri yaş grubunda iyilik halinin bir bütün olarak ele alınmasının sürdürülmesi önemlidir, çünkü genel sağlık durumu tıbbi sorunlar yanında öncelikle günlük yaşam aktivitelerinin niteliğinden etkilenmektedir. Bilinmelidir ki; bu yaş grubunda ruhsal durum hem fiziksel sağlık sorunlarından ve hem de işlev kaybından etkilenebilir.

Yaşlı Sağlığı

İleri yaş grubu geriatrik sendromlar, komorbiditeler ve yeti kayıplarının çeşitli kombinasyonları ile son derece heterojen bir popülasyon oluşturmaktadırlar. Yaşlı kişilerde herhangi bir hastalık grubuna girmeyen klinik durumlar “**Geriatric Sendromlar**” olarak adlandırılmakta olup, bu tablolar çoklu faktörlerin etkileşimleri ile ortaya çıkmakta, karmaşık ve çeşitli risk faktörlerinin sinerjistik etkileri ile gelişmektedir (1).

Geriatric sendromlar arasında yer alan “**Kırılgnlık-Frilty**” bireyi küçük stres faktörleriyle karşılaştığında riske sokan ve yeti kayıplarına, morbiditeye, hospitalizasyona ve hatta mortaliteye neden olabilen bir durumdur. Kırılgn yaşlılar genel olarak üç veya daha fazla komorbiditeye sahip olan, günlük yaşam aktivitelerinin bir veya daha fazlasında bağımlılık yaşayan grup olarak tanımlanmaktadır (2). En yaygın belirti ve bulgular istemsiz kilo kaybı, kas güçsüzlüğü, yorgunluk, yavaş yürüme hızı ve progresif fonksiyonel kayıplardır (3).

2 COVID-19 Pandemi Sürecinde İleri Yaş Grubuna Yaklaşım

Çoklu sorunlar ile karşımıza çıkan ve kırılgenlikle ilişkilendirilen bu heterojen gruba yaklaşım açısından “**Çok Yönlü Değerlendirme**” yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir (4-6). İleri yaş grubu için geliştirilmiş olan ve aşağıda detaylandırılan bu değerlendirme yaklaşımı yaşlanmanın fizyolojik doğal sonuçları ile patolojik durumların ayırt edilmesi açısından önem kazanmaktadır.

Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme Basamakları

- ✓ Medikal değerlendirme
- ✓ Fonksiyonel değerlendirme
- ✓ Sosyokültürel ve çevresel değerlendirme
- ✓ Bilişsel ve mental durum değerlendirilmesi
- ✓ Karakter/kişilik özelliklerinin ve duygu durumunun değerlendirilmesi
- ✓ Eşlik eden hastalıkların saptanması
- ✓ Temel günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi
- ✓ Enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi
- ✓ Aktivite/egzersiz durumunun değerlendirilmesi
- ✓ Yürüyüş, denge, mobilite ve düşmelerin değerlendirilmesi
- ✓ Beslenmenin değerlendirilmesi ve planlanması
- ✓ İnkontinans varlığının ve nedenlerinin değerlendirilmesi
- ✓ Görme ve işitmenin değerlendirilmesi
- ✓ İlaçların düzenlenmesi, ilaç etkileşimlerinin ve polifarmasinin önlenmesi
- ✓ Koruyucu hekimlik uygulamalarının izlemi
- ✓ Sorunların önem/öncelik sırasına göre listelenmesi
- ✓ Destek gereken ihtiyaçların ve cihazların belirlenmesi
- ✓ Bakım olanakları/mali durumun değerlendirilmesi
- ✓ Ev güvenliği, transport, tele sağlık sistemlerinin işlevsel hale getirilmesi

Çok yönlü geriatrik değerlendirmenin klasik medikal değerlendirmeden üç önemli farkı vardır:

A-Fonksiyonel durum ve yaşam kalitesine öncelik tanınır, B-Sıklıkla interdisipliner ekip çalışması gerekir, C-Kantitatif değerlendirme skalaları kullanılır.

Yaşlılarda sadece hastalıkların klinik boyutu ve bununla bağlantılı olarak tanınan mantık değil, “**Tedavi Yaklaşımları**” da özellik arz etmektedir. Bu nedenle, yaşlılarda hastalıkların mekanizması ve nedenleri değerlendirildikten sonra, bu duruma özgü

tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Yaşlılarda ilaç farmakolojisini etkileyebilecek emilim, dağılım, metabolizma, atılım ve reseptör duyarlılığı aşamalarındaki fizyolojik değişiklikler yanında, plazma albuminine bağlanması azaldığı için yan etkileri artan ilaçlar da mutlaka göz önüne alınmalıdır. Bu kilit özellikler yaşlı nüfusun ilaçlara karşı savunmasızlığına katkıda bulunur. Ayrıca pek çok araştırma erişkin dönemdeki kişiler üzerinde yapılmakta, tedavi kılavuzları bu araştırmalardan kaynaklanan kanıtları temel almakta ve tedavi yaklaşımları bunlara dayandırılmaktadır (7-9). Oysa göz önünde bulundurulması gereken en önemli nokta; ileri yaş grubunda, özellikle huzurevleri veya bakımevlerinde yaşayan yaşlılar açısından bu ilaçların uygun olabileceği, yüksek risk oluşturabileceği ve yararlanma oranları erişkinlere kıyasla daha düşük olabileceğidir.

Pandemi süreçlerinde kronik hastalıkların kontrollerinin aksayabileceği, kullanılan ilaçlara erişimin zorlaşabileceği gerçeğinden hareketle ileri yaşlardaki kişilerde tedavilerin sekteye uğrayabileceği ve hastalıkların alevlenebileceği de akılda bulundurulmalıdır. Tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisi özellikle diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), koroner arter hastalığı, böbrek hastalığı gibi kronik hastalıkları olan kişileri daha fazla etkilemekte ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından daha fazla risk altına girmelerine neden olmaktadır. Ülke koşulları ve sağlık otoritelerinin önerileri çerçevesinde korunma için tanımlanan genel önlemlere uyulması esastır.

Söz konusu pandemi nedeniyle uygulanan sosyal izolasyon stratejileri kronik hastalığı olan ve ilaç kullanımı gereken hastaların süregelen tedavilerinde aksamalara neden olma potansiyeline sahiptir. Bu konu ile ilgili kesin bir rehber bulunmamakta olup, hazırlanan dokümanlar uluslararası kuruluşların ve bilimsel derneklerin görüş ve önerilerine dayandırılarak oluşturulmaktadır. Daha öncesinden ilaç raporu verilmiş olan hastalar; laboratuvar inceleme sonuçları daha önce normal ise tedaviye devam edilebilirler. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları stabil olmayan ve kan tablosunda sorunlar olan hastalarda laboratuvar testleri tekrarlanarak tedaviye devam açısından süreç değerlendirilmeli ve ona göre karar verilmelidir. Konu ile ilgili olarak gerekirse hastalara telefon ile veya internet üzerinden danışmanlık verilmelidir. Salgın sürecinde, özellikle yüksek risklere sahip hastalarda tedavilere başlama kararı ertelenmemelidir.

İleri Yaş Grubunda COVID-19

Daha önce şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılan COVID-19, ilk olarak 13 Ocak 2020'de solunum semptomları (ateş, öksürük ve nefes darlığı) ile saptanmış olup, Çin'in Wuhan eyaletinden tüm hızı ile dünyaya yayılmakta ve halen tam olarak kontrol altına alınmamaktadır.

Yaşlanma, COVID-19'a yakalanma açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, savunmasız yaşlı popülasyonların, özellikle demanslı olguların Covid-19'dan korunması ve enfekte olanlar için uzun vadeli etkilerin/sorunların yönetilmesi ihmal edilmemesi gereken ve acil müdahale gerektiren küresel bir konu olarak tanımlanmaktadır (10). Özellikle ileri yaştaki hastalarda veya hipertansiyon, diabetes mellitus, astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi **“Kronik Medikal Sorunlar”**ı olan bireylerde önemli morbidite ve mortalite nedeni olup, bu grup hastaların en az beşte biri yoğun bakım ünitelerinde destekleyici bakıma gereksinim duymaktadırlar (11).

Klinik olarak, yaşlı yetişkinler genç bireylere benzer SARS-CoV-2 semptomları sergilerler. Ateş genellikle ilk semptomlardan biridir, ardından öksürük ve nefes darlığı gelir. Zayıf yaşlı yetişkinler atipik semptomlar gösterebilirler. Enflamatuvar biyobelirteç düzeyleri daha düşük olma eğilimindedir veya genç yetişkinlerde bildirilenden büyük farklılıklar göstermezler. Aynı zamanda, yaşlı bireylerin daha yüksek pnömoni şiddet indeksi, daha akut solunum sıkıntısı sendromu ve akut organ disfonksiyonu ile başvurma olasılığı da fazladır. Ayrıca, akciğer lezyonları genellikle yaşlı erişkinlerde özellikle şiddetli görünür. Tomografik bulgular daha geniş bilateral buzlu cam paterninde akciğer tutulumu, periferik buzlu cam opasitesi ve konsolidasyonu ve interlobüler septal, subplevral çizgi ve plevral kalınlaşma ile seyredabilmektedir. Alveolar ve interstisyel tutulumun genç erişkinlere göre iki kat daha yoğun olduğu bildirilmektedir. Yaşlanma ve komorbiditeler viral enfeksiyona yatkınlığı artırır. İmmünoşenesans yaşlanmanın bilinen bir özelliğini yansıtmakta ve yaş ilerledikçe, bağışıklık sisteminin hem doğuştan gelen hem de adaptif bileşenlerinin bozulması söz konusu olmaktadır. Ayrıca yaşlanmada rol oynayan inflamasyon, sitokin üretimi, anormal siliyer fonksiyon ve siliyer ultrastrüktürel anomalilerin yaşlı erişkinlerde SARS-CoV-2 virüs partiküllerinin başarılı bir şekilde temizlenmesini tehlikeye atabileceği ifade edilmektedir. Yaşlı hastalarda bu nedenlerle değerlendirme ve tedavi zordur. Mevcut verilere dayanarak, bu hastalara terapötik kararların yararlarını hedefleyen ve olumsuz etkilerini dikkatle göz önüne alan bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sunulması gerektiği bildirilmektedir (12).

Yeni Koronavirüs Hastalığı olan bireyler tarafından bildirilen **“En Yaygın Semptomlar”** ateş, halsizlik ve kuru öksürüktür. Daha az görülen semptomlar arasında baş ağrısı, anozmi, prodüktif öksürük, artralji, titreme, bulantı, kusma ve diare bulunur. Bununla birlikte, yaşlı yetişkinlerde genellikle boğaz ağrısı, deliryum ve açıklanamayan hipoksi, taşikardi veya taşipne gibi **“Atipik Semptomlar”**la da kendini gösterebilir. Yaşlanma ile birlikte önceden var olan komorbiditeler yaşlı yetişkinleri ciddi enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirir. Erkek cinsiyet, kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, obezite ve kronik akciğer hastalığı gibi komorbiditelerin ciddi hastalık gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Kritik hastalarda uzun süreli ventilasyon desteği gerektiren akut solunum sıkıntısı

sendromu (ARDS), kalp hasarı, kalp ritm bozuklukları, şok gibi önemli komplikasyonlar gelişebilmekte ve hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir (13).

Yaşlı sağlığı açısından ilgili uzmanlık dallarına mensup hekimler tarafından dikkate alınması gereken etkili “*Özgün Modeller*”in uygulanması önerilmektedir (14). Bunlara örnek olabilecek yaklaşımlar:

1. Disiplinlerarası hastane ekiplerinin kurulması,
2. Kırılgnlık taranmalarının yapılması,
3. Hastane içinde gelişebilecek iyatrojenik sorunların önlenmesi
4. Yaşlıların bilişsel işlevler ve deliryum açısından izlenmesi
5. SARS-CoV-2 için test yapılması ve sosyal karşı önlemlerin uygulanması,
6. Uzun süreli bakım olanaklarının dikkatle izlenmesi
7. Fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi.

Uzun süreli yatılı “*Bakım Evleri*” ve hastanelerin, yaşlı hastalar için acilen yeterli sağlık bakım planları tasarlaması gerektiği belirtilerek, COVID-19’da en etkili tedavi seçeneklerini sağlamak için kırılgnlığın öncelikle ele alınmasına vurgu yapılmaktadır. Tedavide daha fazla ilerleme sağlanana kadar, yaşlı popülasyonun COVID-19 salgınları sırasında korunaklı kalması önerilmektedir (12).

Boreskie ve arkadaşlarına göre; uzun süreli bakım tesislerinde gözlenen yüksek SARS-CoV-2 enfeksiyonu ve mortalite oranları, toplumdaki kırılgn ve savunmasız bireylerin risklerini yansıtmaktadır. Güvenlik açığı konusundaki kaygılar artmaktadır. Bu sorunu sadece kronolojik yaşa bağlı olarak azalan fizyolojik direnç ile açıklamak yeterli görünmemektedir. Ayrıca risk altındaki birçok yaşlı yetişkinde orantısız sosyal enfeksiyon önleme tedbirlerinin bir sonucu olarak izolasyon, depresyon, yetersiz beslenme, sağlık bakımına erişimin zorlaşması, fiziksel aktivitenin azalması ve hareketsiz kalma süresinin artması gibi sorunlar katlanarak artmıştır. Bu nedenle, COVID-19’a yakalanmayan zayıf yaşlı yetişkinler bile şüphesiz ki yaşam kalitesinde düşüş, kırılgnlığın hızlı ilerlemesi ve daha farklı olumsuz klinik sonuçlar yaşayabileceklerdir (15).

COVID-19 pandemi sürecinde kırılgnlığın önlenmesine yönelik olarak geliştirilen model kapsamında yer alan öneriler (15):

- ✓ **Sosyalleşme** - İleri yaş grubunun sosyal medya kullanımı, telefon ve video bağlantıları kurmaları için teşvik edilmesi ve bu yolla sosyal izolasyonun engellenerek kognitif stimülasyonun sağlanması

- ✓ **Yeterli beslenme** - Çok yönlü ve yeterli beslenmenin sağlanması, adale kütlelerinin ve fiziksel işlevlerin korunması için gerekli proteinin alınması
- ✓ **D vitamini** - Sosyal mesafe korunarak açık havaya çıkılması ve vitamin D sentezinin sağlanması, gerekiyorsa diyetle ve destek olarak alınması
- ✓ **Egzersiz** - Çok boyutlu egzersizlerin vücut ağırlığı kullanılarak yapılmasının sağlanması, sedanter süreçlerin azaltılması ve fiziksel aktivitenin artırılması

İzolasyon

İzolasyon süreci uzadıkça pandeminin getirdiği tehditler ve belirsizlikler en fazla ileri yaş grubunda kaygıya neden olabilecek ve bu durum günlük yaşam aktiviteleri yanında, kendine bakım aktivitelerini de olumsuz etkileyebilecektir. Sevdiklerinden ayrılmamanın, özgürlüğün kısıtlanmasının ve hastalık ile ilgili belirsizliklerin zaman zaman dramatik etkiler yaratabileceği bildirilmekte, bu etkilerin aylar sonra bile çıkabileceği hatırlatılmakta ve zorunlu kütleli karantinanın potansiyel faydalarının olası psikolojik maliyetlere karşı dikkatle tartışılması gerektiği ifade edilmektedir (16).

Karantinanın bir halk sağlığı önlemi olarak başarılı bir şekilde kullanılması önemlidir, fakat bu durumla ilişkili olumsuz etkilerin mümkün olduğunca azaltılmasını da gerektirir. Bu noktada **"Bilgi"** anahtar sözcüktür ve karantinaya alınan insanların durumu anlamaları için doğru bilgilendirilmeleri gerekir.

Öneriler: 1-Etkili ve hızlı iletişim esastır. 2-Sarf malzemelerinin (hem genel hem de tıbbi) sağlanması gerekir. 3-Karantina süresi kısa tutulmalı ve aşırı koşullar dışında süre değiştirilmemelidir. 4- Olumsuz etkilerin çoğu, özgürlük kısıtlanmasının getirilmesinden kaynaklanmaktadır; gönüllü karantina, daha az sıkıntı ve daha az uzun vadeli komplikasyon ile ilişkilidir. 5-Halk sağlığı yetkilileri özgecil öz-tecrit seçimini vurgulamalıdır. Brooks ve arkadaşlarına göre; önceden psikolojik sorunları olan bireylerin karantina sırasında fazladan desteğe ihtiyaç duymaları olasıdır. Karantina süresinin uzaması stres faktörlerinin daha uzun ve fazla deneyimlenmesine neden olduğu için daha olumsuz psikolojik bulgular ile sonuçlanabilir (16).

Pandemi sürecinde yaşlılar için müdahale stratejileri için bazı öneriler geliştirilmiştir: Öncelik yaşlı kadınlara, düşük eğitim düzeyi olan yaşlılara, boşanmış/dul yaşlılara ve yalnız yaşayan, uyku problemleri ve zihinsel sağlık sorunları olanlara verilmelidir. Fiziksel kondisyonu azalmış, immün sistemi zayıflamış, sıklıkla altta yatan kronik hastalık sorunu olan, psikolojik kapasiteleri azalmış yaşlıların bilgiye erişimde ve hizmet alımında da zorlanacakları ve bu nedenlerle mortalite açısından **"Risk Altında"** oldukları unutulmamalıdır.

Yaşlılar için psikolojik danışma ve psikolojik krize müdahale sisteminin ve mekanizmasının daha da geliştirilmesi gerekmektedir ve medyada psikolojik sağlık eğitimi eğlenceli/çarpıcı yöntemler kullanılarak daha kabul edilebilir hale getirilmelidir. Duygusal yanıt ciddi ise, psikolojik yardım hattının, çevrimiçi danışmanın aranması veya profesyonel bir kurumu ziyaret edilmesi önerilmektedir (17).

Rehabilitasyon Yaklaşımı

Bilindiği üzere; “*Rehabilitasyon*” yaklaşımı bir hastalık veya kaza sonucu bedensel yeteneklerin bir kısmını kaybetmiş bireylerin yaşama yeniden uyum sağlamaları, yaşam kalitelerini yükseltmeleri, aileleri ve toplumla bir bütün içerisinde yaşamalarını sağlayan, buna yönelik çeşitli evreleri olan kapsamlı bir yaklaşımdır. Rehabilitasyon perspektifinden bakıldığı zaman; hedeflerin hem COVID-19 hastalarını başarılı bir şekilde rehabilite etmek, hem de rehabilitasyon ekip üyelerinin sağlığını korumak üzerine odaklanması gerektiği ifade edilmektedir. COVID-19 hastaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından hastaya uygun, dikkatle tasarlanmış rehabilitasyon programları önerilmektedir (18).

Günümüzde “*Fiziksel İnaktivite*” önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Oysa rehabilitasyon programlarının önemli bileşenlerinden birisi olan; düzenli “*Fiziksel Aktivite*” başta koroner arter hastalığı ve serebrovasküler olaylar olmak üzere hipertansiyon, tip II diyabet, osteoporoz, sarkopeni, obezite, depresyon, kolon ve meme kanseri gibi çeşitli hastalıkların gelişim riskini azaltmaktadır. Bu nedenle pek çok hastalığa yönelik kılavuzlarda fiziksel aktivite tedavinin bir parçası olarak yer almaktadır. Unutulmamalıdır ki; sedanter bir yaşam tarzının etkisi çocuklar ve genç yetişkinler için fazla sorun oluşturmayabilir, ancak yaşlı yetişkinler için ciddi problemlere neden olabilir. Dolayısı ile yaşlı yetişkinlerin Covid-19 enfeksiyonu riski daha yüksek olduğu için evde kalmaları önerilmekte ise de sedanter bir yaşam tarzından da kaçınmaları gerekir. Fiziksel aktivitenin yaşlı yetişkinler için özellikle bağımsızlık, zihinsel sağlık ve refah düzeylerini korumak açısından önemli olduğu bildirilmektedir. İzolasyon süreçlerinde yetişkinlerin belirlenmiş sınırlı bir alanda fiziksel olarak aktif kalabilmeleri için basit ve güvenli yolları entegre etmelerine yardımcı olmak gerekir (19). Tanısı konmuş olan ve izlem altındaki hastalarda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından; hastanın kardiyovasküler ve pulmoner fonksiyonları yanında kas iskelet bulguları da (özellikle postür, eklem bulguları ve instabilite önemlidir) gözetilerek verilmiş olan egzersizlerine ev ortamında devam edilmesi yararlı olacaktır. Yapılması gereken aktivite, yaşa bağlı olarak değişiklik arz eder ve egzersizin zorluk şiddeti herkes için farklıdır, dolayısı ile kişiye özel olarak düzenlenmiş programlar verilmelidir. Yaşlı yetişkinleri fiziksel aktivite programına devam etmeye ve hatta başlamaya teşvik etmek, sağlıkları açısından büyük yarar sağ-

layabilir.

Fiziksel, duyuşsal, psikososyal ve bilişsel bozukluklar, fiziksel işlevlerde sınırlamalara veya ev veya toplum ortamının güvenli bir şekilde değerlendirip algılanma kapasitesinin azalmasında rol oynayabilir. Zayıflık, spastisite veya eklem ağrısı dahil olmak üzere fiziksel bozukluklar genellikle doğrudan mobilitede fonksiyonel kısıtlılıklara yol açar. Bununla birlikte, duyuşsal, psikososyal ve bilişsel işlevler de hareketlilik ve toplumsal katılımı yaşamsal bir rol oynamaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü Önerileri

Dünya Sağlık Örgütü ileri yaşlardaki bireylerin COVID-19'a sürecinde yapabileceklerini aşağıdaki şekilde listelemiştir (21).

- ✓ Topluluğunuzda alınan özel önlemlerin yanı sıra, acil durumlarda sağlanabilecek hizmetleri ve güvenilir bilgi kaynaklarını öğreniniz (ev teslimatları, psikososyal destek, sağlık bakanlığı web sitesi, emekli maaşınıza alternatif erişim gibi).
- ✓ En az iki hafta boyunca ihtiyaç duyacağınız temel malzemelerin bir listesini oluşturunuz ve bunları mümkün olan yerlerden temin etmeye çalışınız (bozulmaz gıda maddeleri, ev ürünleri, kullanabileceğiniz yardımcı cihazlar için piller ve reçeteli ilaçlar gibi).
- ✓ Alternatif olarak, aile üyelerinden, bakıcılardan, komşularından veya topluluk liderlerinden yiyecek veya reçeteli ilaçların siparişi ve / veya teslimine yardımcı olmalarını isteyiniz.
- ✓ Cep telefonu ödemelerinizin tamamlandığından emin olunuz ve telefonunuzu düzenli olarak şarj etmek için güvenli bir yer belirleyiniz, böylece aileniz ve arkadaşlarınızla iletişim kurabilir ve gerekirse acil servislere ulaşabilirsiniz.
- ✓ Acil ve önemli telefon numaralarını listeleyiniz (COVID-19 yerel yardım hattı, yakındaki hastane ve sağlık ile ilgili acil durum numaraları, istismar mağdurları için telefon hattı, psikososyal destek hattı gibi). Size destek verebilecek kişileri/ kurumları belirleyiniz (aile üyeleri ve arkadaşlar, bakım verenler, yaşlı destek dernekleri gibi). Yalnız yaşıyorsanız, bu listeyi paylaşmak ve komşularınızdan, ailenizden veya bakıcılarınızdan düzenli olarak, örneğin telefon veya görüntülü sohbet yoluyla iletişim halinde olmalarını isteyebilirsiniz.
- ✓ Yeni Koronavirüs Hastalığı sırasında sağlık çalışanınızla sağlık ihtiyaçlarınızın nasıl ele alınabileceğini görüşünüz. Bunlar acil olmayan randevularınızı ertelemeyi, doktorunuzla veya sağlık çalışanınızla yüz yüze görüşmek yerine telefonla veya görüntülü sohbet yoluyla konuşmayı ve/veya aşı programınızı revize etmeyi içerebilir.

- ✓ Bir bakıcının sağladığı desteğe güveniyorsanız, bakım verenin bu hizmeti vermeye devam edememesi durumunda, günlük yaşam ve bakım gereksinimlerinizi desteklemesi için güvendiğiniz başka bir kişiyi belirleyiniz. Birlikte, ihtiyaç duyduğunuz tüm kişisel bakım ve yardımı not ediniz. İhtiyaç durumunda bakım sağlamaya hazır olmaları için bu güvenilir kişiyle gereksinim listenizi paylaşabilirsiniz.
- ✓ Bakıma muhtaç başka bir kişinin (örneğin torun, yaşlı eş, engelli çocuk) birincil bakıcısıysanız, hastalanmanız durumunda sizin ve bakım verdiğiniz kişinin sorumluluklarını üstlenmeniz için güvendiğiniz bir kişiyi belirleyiniz. Size bu durumlarda destek sağlayan yerel yetkililer veya gönüllü kuruluşlar yardımcı olabilir.
- ✓ Evinizde birden fazla kişi yaşıyorsa, mümkünse COVID-19 ile uyumlu semptomlar gösteren herkesin diğerlerinden izole edilebilmesi için evinizde ayrı bir oda veya alan hazırlayınız. Kendi kendine tecrit için alanınız yoksa size veya diğer hane halkı üyelerinin kendi kendini tecrit etmesine yardımcı olabilecek topluluk alanı olup olmadığını görmek için yerel sağlık yetkilileriyle iletişime geçiniz.
- ✓ Size bir şey olması ve kendi kararlarınızı verememeniz durumunda, tıbbi tedavi de dahil olmak üzere bakım ve destek konusunda sizin için en önemli olan konuları düşününüz.
- ✓ Tedavinizi ve bakım isteklerinizi kaydetmek için gelişmiş bir bakım planı geliştirmek istiyorsanız, bunun hakkında sağlık çalışanınızla veya güvendiğiniz biriyle konuşabilirsiniz. İsteklerinizi yazabilir ve güvendiğiniz kişilerle paylaşabilirsiniz.

Son Sözler

Ulusal bir bakış açısı ile hükümetler, bilimsel topluluklar/dernekler, sağlık politikası geliştiriciler ve diğer paydaşlar yaşlı yetişkinler için özel bir müdahalenin planlanmasında ve uygulanmasında merkezi bir role sahiptir. Araştırmacılar en önemli adımın planlama ve eyleme dayalı bir yaklaşım olduğuna inanmaktadırlar. Uluslararası kuruluşlar ve komiteler, paydaşlar, sağlık politikası geliştiriciler ve klinisyenler, salgının üstesinden gelmek ve yaşlı yetişkinleri desteklemek için oluşan topluluklar, sosyal hizmet uzmanları ve ilgili bilimsel dernekler ile iş birliği yapmalıdırlar. Ayrıca pandeminin gelecekteki tüm aşamaları boyunca yaşlı yetişkinleri destekleme konusunda uzun vadeli bir bakış açısının önemi de vurgulanmaktadır. Ortaya çıkan kısıtlamaların ve kilitlenmenin aşamalı olarak azaltılmasının planlaması önerilmektedir. Petretto ve Pili'ye göre; acil durumdan sonra daha ileriye ve "Yeniden Yapılanma" ya bakılmalıdır. Her aşamada "Birey Merkezli" ve "Yaşlı Dostu" bir yaklaşıma gereksinim vardır. Devam eden deneyimlerden ve acil durumla yüzleşmede "Emekli" olarak

tanımlanan kişilerin oynadığı önemli rolden ders alınması önerilmektedir. Yazarlara göre; asıl soru şudur: Yaşlı yetişkinlerin şu anda acil durumda oynadıkları önemli rol göz önüne alındığında, “Yakın Gelecekteki Yeni Roller” ne olabilir? “Yeniden Yapılanmanın” bir sonraki aşamasında, her bireyin çabalarına büyük gereksinim duyulacağı bir süreçte yaşlanan insanlar için hangi roller vardır? Bu bakış açısından, salgın sırasında “Aktif Yaşlı”ların gösterdikleri sivil çabalarından yararlanmak ve zorlukları/deneyimleri öğrenmek gibi büyük bir olanak mevcuttur (22).

Bu zorlu süreçte unutulmamalıdır ki; ülkelerin pandemi ile ilgili politikalarının ve mevzuatlarının daha “Kıdemli/Yaşlı Dostu” hale getirilme zamanı gelmiştir. Çünkü fiziksel sağlık yüklerinin yanı sıra, psiko-sosyal gereksinimleri de refahları, sağlıklı yaşamları ve korunmaları açısından yaşamsal öneme sahiptir. Pandemi sonrasında çeşitli mental sorunlarda artış olması ve bunların önemli bir kısmının da yaşlılarda ortaya çıkması beklenmektedir. Dolayısı ile, bu süreçle başa çıkmaya hazır olmak gereklidir. Yaşlıları benzeri görülmemiş bir salgına karşı olan bu mücadeleye dahil etmek, pandemi sonrası için umut verir ve bilgilerinden yararlanılmasına yardımcı olabilir (23).

Gelinen noktada birçok yaşlı için sağlık sistemi ile tek bağlantı kaynağı haline gelen mevcut “Teknoloji Platformları”nın ileri yaşlardaki bireylerin kullanımı açısından yeniden değerlendirilmesi ve izolasyon sürecindeki gereksinimlere yönelik olarak yeniden yapılandırılması yararlı olacaktır. Bu yolla izolasyon sürecindeki bireylerin karşılanmamış olan psikolojik, sosyal veya işlevsel gereksinimleri izlenebilir ve sorunların gecikmeden saptanması, olası komplikasyonların önlenmesi ve hastaneye yatışların kontrol altına alınması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Gökçe Kutsal Y. Geriatric Syndromes. International Journal on Ageing in Developing Countries, 2019, 4 (1): 41-56.
2. Chapman AE, Swartz K, Schoppe J, Arenson C. Development of a comprehensive multidisciplinary geriatric oncology center, the Thomas Jefferson University Experience. Journal of Geriatric Oncology 2014; 5(2):164-70.
3. Rodriguez-Manas L, Fried LP. Frailty in the clinical scenario. Lancet 2015;385: e7-e9.
4. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedström G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. Scandinavian journal of occupational therapy 2010;17 (2):101-16.
5. Ferrat E, Bastuji-Garin S, Paillaud E, et al. Efficacy of nurse-led and general practitioner-led comprehensive geriatric assessment in primary care: protocol of a pragmatic three-arm cluster randomised controlled trial (CEpiA study). BMJ Open 2018; 8(4): e020597-e020597.
6. Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JA, Amaral JR, Campora F, Jacob-Filho W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. BMC Geriatrics 2014;14:129.
7. Gökçe Kutsal Y, Barak A, Atalay A, Baydar T,

- Kucukoglu S, Tuncer T, et al. Polypharmacy in elderly. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10 (7): 486-90.
8. Eyigör S, Gökçe Kutsal Y. Polypharmacy in the elderly: to prescribe or not prescribe "that is the question". *Turkish Journal of Geriatrics*; 2012;15 (4): 445-54.
 9. Page A, Potter K, Clifford R, Etherton-Bear C. Deprescribing in Older People. *Maturitas* 2016 Sep; 91:115-34.
 10. Zhang Q, Song W. The challenges of the COVID-19 pandemic: Approaches for the elderly and those with Alzheimer's disease. *Med Comm* 2020;1(1): 69-73.
 11. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis Mar-Apr* 2020;34:101623.
 12. Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, Boccia M, Aronne L, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res* 2020 Jun 16:1-10.
 13. Nanda A, Vura NVRK, Gravenstein S. COVID-19 in older adults. *Aging Clin Exp Res* 2020 Jul;32(7):1199-202.
 14. Aprahamian I, Cesari M. Geriatric syndromes and SARS-Cov-2: More than just being old. *The Journal of Frailty & Aging* 2020 Apr 14: 1-3.
 15. Boreskie KF, Hay JL, Duhamel TA, Preventing Frailty Progression During the Covid-19 Pandemic. *J Frailty Aging* 2020 Jun 6: 1-3.
 16. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* Mar 14, 2020;395(10227):912-20.
 17. Meng H, Xu Y, Dai J, et al. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research* 2020; July 289:112983.
 18. Negrini S, Ferriero G, Kiekens C, Boldrini P. Facing in real time the challenges of the Covid-19 epidemic for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020; Jun;56(3):313-5.
 19. Goethals L, Barth N, Guyot J et al. Impact of Home Quarantine on Physical Activity Among Older Adults Living at Home During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Aging* 2020; 3 (1): e19007; 1.
 20. Macera CA, Cavanaugh A, Bellettiere J. State of the Art Review: Physical Activity and Older Adults. *Am J Lifestyle Med* 2017 Jan-Feb; 11(1): 42-57.
 21. WHO statement. (2020) Older people and COVID-19 <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-on-covid-19-for-older-people> Erişim: 30 Haziran 2020.
 22. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics (Basel)* 2020 Apr 26;5(2):25.
 23. Banerjee, D. Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal of Psychiatry* 2020 Jun; 51:102154.

COVID-19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerde reçeteleme ve tedaviye erişim/uyum sorunları

Doç. Dr. Tolga Reşat Aydos

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Polifarmasi günde beş adet ve üzeri ilaç kullanımını beraberinde klinik endikasyondan fazla ilaç kullanımını ve en az bir adet gereksiz ilaç kullanımını şeklinde tanımlanabilir. Günlük kullanılan ilaç sayısı hesabında çoğunlukla hastanın kullandığı “reçetesiz satılan ilaçlar” ve “takviye edici gıda”lar gözardı edilmektedir. Tedavi rejimine etkilerinden dolayı reçetesiz olarak temin edilen ilaçlar yanı sıra vitaminler örneğinde olduğu gibi takviye edici gıda adı altında satışı yapılan tüm ürünler de polifarmasi tanımı içerisinde hesaba katılmalıdır (1). Yaşlı bireylerde ilaç tedavisini artmış kırılabilirlik (frailty), bilimsel araştırmaların sınırlı sayıda olması ve yaşlanmaya bağlı meydana gelen fizyolojik değişiklikler gibi birçok etmene bağlı olarak hekimler için reçeteleme yapılırken üzerinde bir kez daha düşünülmesi gereken kompleks bir konudur. Kırılabilirlik terimi, fizyolojik rezervi azalmış ve çevresel faktörlere aşırı duyarlı insanları tanımlamak için kullanılır ve her iki özellik de bu popülasyonda ilaç tedavisine karşı hassasiyetin temel nedenidir. İlaç araştırmaları belirli yaş grubu bireylerde yürütülmektedir. Yaşlı hastaların bu araştırmalarda yer alma oranı çok düşüktür. Bunun altında yatan nedenler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Bu yaş grubunda uzun süreli bir araştırma yürütülmesinin zorluğu,
2. Yaşlıların ilaç araştırmalarına dayancındaki yetersizlik,
3. Bu yaş grubunda polifarmasiye çok rastlanması nedeniyle denemesi yapılacak ilacın tek başına etkilerinin araştırılmasındaki güçlükler,
4. Geriatrik yaş grubunda ko-morbidite sayısının fazlalığı ve buna bağlı olarak etkileri incelenecek olan ilacın tek bir hastalık üzerine etkilerinin araştırılmasındaki zorluk,
5. İlaç çalışmalarında istenmeyen yan tesir insidansının yüksek olması,

6. Çalışmaya dahil olmanın karar aşamasında yaşlının kendisi dışında aile fertlerinin veya bakım veren kişilerin ya da yasal temsilcilerinin de görüşlerinin ve onaylarının alınması zorunluluğu ve bu aşamada yaşanan zorluklar (Hasta ve yakınları araştırmanın sonuçlarının direkt olarak hastaya yarar sağlayacağı konusunda yeterince ikna edilmeli),
7. Yaşlının çalışmaya uyum sorunu (Örn. Karmaşık araştırma protokolü) yaşaması, çalışmaya devam edememesi,
8. Bu yaş grubunda kognitif (bilişsel) fonksiyon bozukluklarının sık görülmesi.

Tüm bu nedenlerle ilaç araştırmalarının büyük bir bölümü 18-65 yaş bireyler üzerinde gerçekleştirilmekte; yaşlı bireylere ait yetersiz veri nedeniyle bu ilaçların etkililiği ve ciddi yan tesirleri konusunda çok fazla sorun yaşanmaktadır.

Yaşlanmaya bağlı olarak bireyin vücut kompozisyonu, organ işlevleri ve protein sentezi gibi birçok yapısal ve fonksiyonel özelliğinde değişiklikler meydana gelir. Vücut yağ oranında artma ortaya çıkarken kas kitlesinde azalma gözlenir. Bu durum ilaçların dağılım hacminde ve sonuç olarak vücudun ilaca maruz kalma süresi, derecesi yanı sıra etkisinde değişikliklere neden olur. Böbrek ve karaciğer ebatlarında gözlenen küçülmeye ilaveten bu organların kan akımlarındaki belirgin azalmaya bağlı olarak ilaçların klirensinde, sonuç olarak eliminasyonu bu organlar üzerinden gerçekleşen ilaçların yarılanma ömürlerinde artış meydana gelir. Aynı zamanda, karaciğer fonksiyonları bozulduğu için bu organ tarafından sentezlenen proteinlerin miktarında belirgin bir azalma meydana gelir ve kullanılan ilaçların plazma proteinlerine bağlanma oranı azalarak serbest ilaç konsantrasyonunda ve bunun sonucunda etkisinde artma meydana gelerek istenmeyen ilaç yan tesirleri ortaya çıkabilir (2-4). Tüm bu nedenler yaşlı bireylere ilaç tedavisi planlayan hekimlere hem etraflı bir değerlendirme yapmayı hem de kişiye özel ilaç seçimini gerekli kılar.

Yaşlı bireylerin tedavi rejiminde ilaç “eksiltme” (deprescribing) kavramı son yıllarda önemle üzerinde durulan bir konudur. Bu kavram polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımına karşı etkili bir antidottur. Devam eden ilaç tedavisinin bilinen ve ortaya çıkan zararları ve faydaları üzerinde hekimin odaklanmasını sağlar (5,6). “Eksiltme” (deprescribing), polifarmasi yönetimi yanı sıra tedavi çıktılarının düzeltilmesini de hedefleyen ve sağlık profesyoneli kontrolünde gerçekleştirilmesi gereken uygunsuz bir ilacın kesilme süreci olarak tanımlanabilir (7). Aslında hekim kontrolünde ilaç dozunu azaltma, bir ilacı güvenli alternatififiyle değiştirme veya faydası ya da endikasyonu olmayan bir ilacı kesme yöntemidir (8). Bu yöntem yaşlı popülasyonundaki uygunsuz ilaç kullanımı sorununun çözümünde kullanılabilir.

Dünya çapında sağlıktan ekonomiye her konuda yıkımlara yol açan Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ateş, öksürük ve halsizlik gibi semptomlarla kendini gösteren ve insan solunum sistemine saldıran güncel bir enfeksiyon hastalığıdır (9). Virüs, insandan-insana damlacık enfeksiyonu şeklinde bulaşmaktadır. Hastalığın küresel yayılımını engellemek için öncelikle enfekte kişilerin izolasyonu ve sosyal mesafenin korunması önlemleri yaşama geçirildi. Hastadaki şiddetine göre bu enfeksiyon beş kategoriye ayrılmaktadır: semptomsuz, hafif, orta, ciddi ve kritik (10). Birçok ülkeden elde edilen veriler ışığında bu enfeksiyonun tüm yaş gruplarında görülebiliyor olmasına rağmen yaşlı bireylerde COVID-19'a bağlı mortalite riskinin çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, birçok ülkede salgını önleme çabaları kapsamında ilaç eksiltme (deprescribing) süreçlerinin de dahil olduğu, direkt hasta ile teması gerektiren ve zorunlu olmayan hizmetlere ara verildi. Ancak, hekimler tarafından tedavi protokolünden ilaç eksiltme tutumunun hastanın yaşam kalitesinin idamesinde veya iyileştirilmesinde, ilaca bağlı zararlı etki riskinin düşürülmesinde ve sağlık harcamalarının azaltılmasındaki değeri göz ardı edilmemelidir (8).

Tedavi listesinden ilaç eksiltme yönteminin başarısında hasta, bakım görevlileri ve hekimlerin birlikte ahenk içinde olmaları çok önemlidir. COVID-19 pandemisi ise bu ahenkli ortaklığın ve etkileşimin bozulmasına yol açmış, yaşlı popülasyon ve ko-morbiditesi olan bireylerde ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (9). Virüsle enfekte olan ve hastaneye yatırılması gereken kişilerde ilaç yükünün azaltılması ve güncel tedavi listesinin hazırlanmasının önemi çok büyüktür. COVID-19 pandemisi öncesi ilaç eksiltme girişimlerinin önünde var olan birçok engelle pandeminin başlamasıyla birlikte yenileri eklenmiştir.

A. COVID-19 Öncesi İlaç Eksiltme Yönteminin Uygulanmasına Yönelik Engeller

COVID-19 öncesi yaşlı popülasyonda reçeteden ilaç eksiltmeyle ilgili karşılaşılan engeller iki başlık altında özetlenebilir:

1. Hasta ile ilişkili engeller (11-13):

- ✓ Değişikliklere direnç gösterme (İlacı kesmeye bağlı etkilerin veya hastalık semptomlarının yeniden ortaya çıkmasına yönelik hastanın çekinceleri)
- ✓ İlaç eksiltme konusunda yeterince bilgi sahibi olmama
- ✓ Mevcut tedavinin alternatiflerinin olmaması

2. Sistemle ilişkili engeller (11,12,14,15):

- ✓ Sağlık hizmetlerinin koordineli yürütülememesi
- ✓ Hekimlerin tavır ve deneyimi
- ✓ İlaç eksiltme yöntemine yönelik yeterince kılavuz bulunmaması
- ✓ Koruyucu tedavinin başarısına yönelik kanıtların yetersizliği

Hasta ile ilişkili engellerin çoğu “ilaç eksiltme” yönteminin amacı ve süreci hakkında hastanın yeterince bilgilendirilmesiyle aşılabılır. Hastalar faydası olmayan ve/veya yan tesirlere neden olabilecek ilaçlarla tedaviye devam etmenin gereksiz olduğu konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaç duyarlar. Toplum içinde yaşamını sürdüren yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılmaya kabul edenlerin %50’sinin ilaç yükünü azaltmaya istekli olduğu gösterilmiştir (16). Yaşlı bakım evlerinde kalan gönüllülerde yapılan bir çalışmada ise doktorları tarafından ilaç eksiltme konusunda bilgilendirilenlerin %78,9’unun böyle bir yaklaşıma hazır olduğunu ortaya koymuştur (17). Sonuç olarak, yaşlı bireylerin ilaç listesinde gerekli eksiltmenin yapılabilmesi hekimin yeterince bilgilendirme yapmasına ve hastasını ikna edebilme yeteneğine bağlıdır. Hasta ile ilişkili diğer bir engel ise mevcut tedavinin alternatiflerinin olmamasıdır. Ancak çözüm olarak yan tesirlere neden olmayan ilaç-dışı tedaviler ön plana çıkartılabilir. İlaç eksiltme yöntemi ile ilgili yürütülen bir çalışmada alternatif olarak ilaç-dışı tedavilerin eklenmesinin hastanın ilaç eksiltme sürecine uyumunu artırdığını göstermiştir (18).

İlaç eksiltme sürecinde karşılaşılan ve sistemle ilişkili engellerden en önemlisi sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun yeterli düzeyde olmamasıdır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin koordineli olması bireyin aldığı sağlık hizmetinin kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Bu koordinasyonun günümüz koşullarında elektronik ortamda çeşitli yazılımlar üzerinden yürütülebilme imkanı mevcuttur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında hizmete sokulan e-Nabız uygulaması ile sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık verilerine vatandaşlar ve sağlık profesyonelleri internet ve mobil cihazlar üzerinden erişebilmektedir (19). Muayene, tetkik ve tedavilerin nerede yapıldığına bakılmaksızın, tüm sağlık bilgileri birey tarafından yönetebilmekte, tıbbi özgeçmişlerine tek bir yerden ulaşabilmektedir. Bireyin bizzat süresini ve sınırını belirlediği yetki çerçevesinde sağlık kayıtları hekimlerce değerlendirilebilmekte, böylece teşhis ve tedavi sürecinin kalitesi ve hızı artmakta, hasta ile hekimi arasında güçlü bir iletişim ağının kurulması sağlanmaktadır.

Hasta, hekim, eczane ve otorite arasında ilaç reçetelenmesi konusunda koordinasyonu sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma sokulan diğer bir bilişim

uygulaması “Reçetem” (e-reçete) ise 2017 yılında kırmızı ve yeşil reçeteli ilaçların elektronik reçete kapsamına alınmasıyla şekillenmiş ve 2018 yılında tüm ilaçların renkli reçete sistemine dahil edilmesiyle son halini alarak sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan ilaç reçetelenmesi konusunda ulusal otoritenin kontrolünde ortak bir veri havuzu oluşturulmasına imkan tanımıştır (20). Bahsi geçen her iki uygulama ile hekimlerin hastasına ait ilaçlarda gerekli gördüğü eksiltmeleri kolaylıkla yapabilmesine imkan tanınmıştır.

İlaç eksiltme sürecinin uygulanmasında sistemle ilişkili engellerden bir diğeri hekimlerin tavır ve deneyimleri konusudur. Hekimlerin kanıta-dayalı tıp uygulamaları kapsamında hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemde ilaç eksiltme süreci konusunda eğitim almaları meslek yaşamları boyunca bu konuya çok daha fazla özen göstermelerini sağlayacaktır. Bu konuda hekimlere kolaylık sağlayacak diğer bir faktör de kılavuzların hazırlanmasıdır. Mevcut kılavuzların ilaç eksiltme yönteminin uygulanabilirliği üzerine etkisini araştırmak için yapılan bir çalışmada hastaneden taburcu olan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin %46,7'sine ait reçete içeriğinin ilaç eksiltme kılavuzlarına uygun olduğu gösterilmiştir (21). Mevcut araştırmalardan elde edilen sonuçlar ilaç eksiltme konusunda hazırlanacak bilimsel kanıtlara dayandırılmış kılavuzların sayısındaki artışın hekimler tarafından bu yöntemin çok daha fazla kullanılmasını sağlayacağı çıkarımının yapılabilmesini destekler niteliktedir.

B. COVID-19 Sürecinde İlaç Eksiltme Yönteminin Uygulanmasına Yönelik Engeller

Yeni Koronavirüs hastalığı sürecinde ilaç eksiltme yönteminin uygulanmasına yönelik mevcut engellere ilaveler olmuştur. Gereki olmayan yüz-yüze temaslar askıya alındığı için sağlık profesyonelleri sağlık hizmetlerini video konferans ve telefon vasıtasıyla elektronik ortamda sürdürmek mecburiyetinde kaldı. Hekimin bir takım görsel değerlendirmeleri yapabilmesi hususunda video konferans yöntemi yüz-yüze muayeneyi taklit etmekte çok daha başarılıdır. Sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sürdürülmesinde elektronik alt-yapının ve buna yönelik yapılan yatırımların önemi COVID-19 pandemisi sürecinde çok daha fazla anlaşılmıştır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de pandemi nedeniyle zorunlu sosyal izolasyona maruz kalmış ancak, mevcut bilişim alt-yapısı sayesinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetine ulaşmada bir sıkıntı yaşanmamıştır. Hekimler de hastalarının mevcut ilaç listesini takip edebildikleri için gerekli gördükleri durumlarda ilaç eksiltme yöntemini kullanabilmişlerdir.

Mevcut teknik alt-yapıya rağmen pandemi öncesinde olduğu gibi özellikle pandemi döneminde sanal ortamda yürütülen sağlık hizmetlerinden faydalanma konusun-

da yaşlı bireylerin karşılaştığı birtakım zorluklar göz ardı edilmemelidir. Bu zorluklar; “teknolojiyi kullanamama”, “kaynakların eksikliği (video kamera, akıllı telefon vb)”, “yetersiz bilişim sistemleri okur-yazarlığı”, “başkasından yardım alabilme sorunları”, “ilaç kesilmesinin etkilerine karşı yaşa bağlı artmış duyarlılık” ve “ilaç eksiltme nedeniyle hastaneye yatırılma durumunda ciddi sonuçların ortaya çıkma riskinde artış” başlıkları altında özetlenebilir.

Yaşlı bireylerin çoğu teknolojiyi kullanabilme konusunda genç popülasyona göre genellikle yetersizdir. Bu durum, güncel iletişim ağları üzerinden sürdürülen sağlık hizmetlerinden yaşlı bireyin yeterince faydalanmasını engelleyebilmekte ve sonuç olarak pandemi öncesi yüz-yüze gerçekleştirilen ziyaretler sırasında hekimlerin gerekli gördükçe yapabildiği ilaç eksiltme işlemi kesintiye uğrayabilmektedir. Alzheimer hastalığı ve demans gibi zihinsel; artrit veya Parkinson hastalığı gibi fiziksel rahatsızlıklar da bu yaş grubu bireyler için diğer dezavantajlardır.

Yaşlı bireylerin güncel teknoloji üzerinden sağlık hizmetine erişiminde yaşanan problemlerden bir diğeri de bilişim sistemleri okur-yazarlığına yeterli düzeyde sahip olmamalarıdır. Bu sistemler üzerinden sağlık hizmetine erişimde bireyden konuşması yanı sıra yeri geldiğinde okuması ve yazması da beklenir. Yaşlı bireylerin bu konudaki yetersizlikleri hastalıkları ile ilgili bilgiyi hekimleri ile yeterince paylaşmalarına neden olacaktır. Aynı zamanda, aileleriyle birlikte yaşayan yaşlı bireylerin ihtiyaç duydukları teknolojik destek ailenin genç bireyleri tarafından sağlanabilirken tek başına yaşamını sürdüren ve bu destekten mahrum kalan yaşlı popülasyon oranı da azımsanacak seviyede değildir. Kanada’da yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin %25’inin tek başına yaşadığı gösterilmiştir (22). Bu kişiler sosyal izolasyon ve izolasyon protokolleri nedeniyle aile bireylerinden gerekli desteği alamamakta ve bu nedenle bilgisayar veya akıllı telefon gibi güncel iletişim yollarından sağlık hizmeti alabilmek için yaşadıkları zorlukların seviyesi daha da artmaktadır. Diğer bir sorun da yaşlı bireyin gelir düzeyidir. Bu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için bilgisayar, akıllı telefon ve “web” kamerası gibi teknolojik araçlara gereksinimleri vardır. Yaşlı birey bu cihazlara sahip değilse, ekonomik sıkıntının zirveye ulaştığı böyle bir kritik dönemde, bunları satın almak ve aynı zamanda, bir internet sağlayıcı servise de abone olmak zorundadır.

Pandemi döneminde yaşlı bireyler birçok değişikliğe uyum göstermek zorunda kaldıkları için yaşantılarında daha fazla değişiklik yapma konusunda gönülsüzdürler. Bu nedenle, hekim uzun yıllardır aynı tedaviyi sürdüren hastasının ilaçlarında değişiklik yapabilme konusunda çok zorlanacaktır. Ayrıca, sosyal izolasyona bağlı olarak bireyde ortaya çıkabilen uykusuzluk veya anksiyete sorunlarına bağlı olarak da hekimin ilaç eksiltme konusunu açması ve bu durumu hastasına kabul ettirebilmesi güçleşecektir. Hatta, benzodiazepinler veya antipsikotikler gibi bazı özel ilaçların

kesilmesinin yaratacağı kesilme semptomları, hastanın ilaç eksiltme sürecine uyun-cunu bozabilecek; semptomların şiddetine bağlı olarak, daha büyük risk oluşturan COVID-19'a rağmen, hastaneye yatışlarına neden olabilecektir.

Pandemi, geçici bir durum olabilmesine rağmen sanal ortam üzerinden yürütülen sağlık hizmetleri gelecekte de devam edecektir. Bu nedenle yaşlı bireylerin geleceğe bu donanıma sahip bir şekilde hazırlanması şarttır. Kütüphaneler ve sosyal merkezler gerekli teknolojik donanıma sahip olmalı ve bu mekanlara yaşlı bireylerin elektronik sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerine imkan tanıyacak özel odalar yapılmalıdır. Buralarda hem elektronik sağlık hizmetlerine erişim konusunda ihtiyaç duyan yaşlı bireylere eğitim verilebilir hem de erişim sırasında karşılaşılabilecekleri sorunlara çözüm getirilebilir.

Sonuç olarak, daha önce yüz-yüze verilmeye çalışılan ancak pandemi nedeniyle sanal ortamda sürdürülmek zorunda kalınan “ilaç eksiltme” hizmeti yaşlı bireylerin ilaç tedavisinin daha iyi yönetilmesini sağlarken ilaç harcamalarının azaltılmasına neden olarak ülke ekonomisine de katkı oluşturacaktır. Bu değerli hizmetin yürütülmesinin önündeki engellere COVID-19 pandemisi ile ilaveler olmuştur. Siyasi otoritenin, kurum ve kuruluşların, toplumun ve hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının ortak katkılarıyla bu engeller aşılabılır. Sağlık hizmetlerinin geleceği sanal ortamdır. Bilişim teknolojilerinin ivme yaptığı bu “gelecekte”, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki köklü yeniliklerin gerisinde kalması önlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Turner JP, Shakib S, Bell JS. Is my older cancer patient on too many medications? *J Geriatr Oncol* 2017 Mar;8(2):77-81.
2. Rossi MI, Young A, Maher R, et al. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients, *Am J Geriatric Pharmacother* 2007;5:317-323.
3. McLachlan AJ, Pont LG, Drug metabolism in older people - A key consideration in achieving optimal outcomes with medicines, *J Gerontol -Series A Biol Sci Med Sci* 2012;175-180.
4. Hilmer SN, McLachlan AJ, Le Couteur DG, Clinical pharmacology in the geriatric patient, *Fundam Clin Pharmacol* 2007;21:217-230.
5. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy the process of deprescribing, *JAMA Intern Med* 2015;175:827-834.
6. Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf* 2015;6:212-233.
7. Reeve E, Gnjdic D, Long J, et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *British J Clin Pharmacol* 2015;80:1254-1268.
8. Elbeddini A, Prabakaran T, Almasalkhi S, et al. Barriers to conducting deprescribing in the elderly population amid the COVID-19 pandemic. *Res Social Adm Pharm* 2020 May 29;S1551-7411(20)30602-1.
9. Q&A on coronaviruses (COVID-19). [Internet] <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and->

- answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses. Erişim: 10 Mayıs 2020.
10. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. *Turk J Med Sci* 2020;50(3):563–566.
 11. Kuntz J. Barriers and facilitators to the deprescribing of nonbenzodiazepine sedative medications among older adults. [Internet]. *Perm J* 2018;22:17–157. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5922966/>.
 12. Zechmann S, Trueb C, Valeri F, et al. Barriers and enablers for deprescribing among older, multimorbid patients with polypharmacy: an explorative study from Switzerland. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):64.
 13. Gillespie R, Harrison L, Mullan J. Deprescribing medications for older adults in the primary care context: a mixed studies review. *Health Sci Rep* 2018;1(7): e45.
 14. D'Avanzo B, Agosti P, Reeve E, et al. Views of medical practitioners about deprescribing in older adults: findings from an Italian qualitative study. *Maturitas*. 2020;134:29-33.
 15. Djatche L, Lee S, Singer D, et al. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? *J Clin Pharm Therapeut* 2018;43(4):550-555.
 16. Sirois C, Ouellet N, Reeve E. Community-dwelling older people's attitudes towards deprescribing in Canada. *Res Soc Adm Pharm* 2017;13(4):864-870.
 17. Kalogianis M, Wimmer B, Turner J, et al. Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed? *Res Soc Adm Pharm* 2016;12(5):784-788.
 18. Trenaman S, Willison M, Robinson B, et al. A collaborative intervention for deprescribing: the role of stakeholder and patient engagement. *Res Soc Adm Pharm* 2019;16(4):595-598.
 19. [Internet] <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index>. Erişim 21.08.2020.
 20. [Internet] <https://recetem.titck.gov.tr/> Erişim: 21.08.2020.
 21. Bredhold B, Deodhar K, Davis C, et al. Deprescribing opportunities for elderly inpatients in an academic, safety-net health system. *Res Soc Adm Pharm*. 2020. In Press. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.029>. Erişim: 21.08.2020.
 22. Living arrangements of seniors. 12.statcan.gc.ca, [Internet] https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.cfm; 2018. Erişim 21.08.2020.

Yaşlılık ve Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) döneminde sağlıklı beslenme: *Topluma yönelik temel öneriler*

Prof. Dr. Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlıklı beslenme bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel bir koşuldur. Sağlıklı beslenme, yeterli ve dengeli beslenme anlamı taşımaktadır (1). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerini yeterli ve uygun bir düzende alınabilmesi yeterli ve dengeli beslenmenin temel adımıdır (2). Bireysel ve toplumsal düzeyde yeterli ve dengeli beslenme sağlan(a)madığında sağlıkla ilgili istenmeyen durumlar daha kolay ortaya çıkar. Hastalıklardan korunmak, var olan hastalıkların tedavi süreçlerini iyi yönetebilmek için bireylerin sağlıklı beslenebilmesi gerekmektedir. Sağlıklı beslenme her yaş grubu için gereklidir.

Sağlıklı beslenme ile ilgili çok temel bazı bilgiler aşağıda sunulmuştur (3):

1. Sağlıklı beslenme davranışları yaşamın en erken döneminde öğrenilmeli ve yaşam boyu uygulanmalıdır.
 2. Vücut için enerji alımı ve harcaması dengede olmalıdır. Sağlıksız vücut ağırlığındaki artışı önleyebilmek için toplam yağ, toplam enerji alımının %30'unu geçmemelidir. Doymuş yağ alımı, toplam enerji alımının %10'undan az olmalıdır.
 3. Trans yağ alımı vücut için zararlıdır.
 4. Serbest şeker alımının toplam enerji alımının %10'undan daha az olmalıdır. Ek sağlık yararlarının sağlanabilmesi için toplam enerji alımının %5'inden daha azına daha azaltılması önerilmektedir.
 5. Tuz alımı günde 5 gramın altında tutulmalıdır (bu öneri günde 2 gramdan az sodyum alımına eşdeğerdir). Bu sayede, hipertansiyonun ve ilişkili istenmeyen durumların önlenmesine yardımcı olunabilir.
-

Sağlıklı beslenme her yaş grubu için gereklidir, bununla beraber, 65 yaş ve üzeri bireylere özgü genel yaklaşımların yanı sıra bazı özel önerilerin de olabileceği unutulmamalıdır. Altmış beş yaş ve üzeri bireylerin de içinde bulunduğu erişkinlere yönelik sağlıklı beslenme yaklaşımları aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır (3,4):

1. Taze sebze ve meyve tüketilmesi (günde 5-7 porsiyon)
2. Haftada 2-3 kez kuru baklagillerin tüketilmesi
3. Şeker tüketiminin kısıtlanması
4. Tuz tüketiminin kısıtlanması
6. Vücuda alınan toplam yağ, toplam enerji alımının %30'unu geçmemesi
7. Doymuş yağ alımının, toplam enerji alımının %10'undan az olması
8. Yeterli sıvı/ su tüketiminin sağlanması (en az 8-10 bardak; 1,5-2 litre).

Bu önerilerin bireyin durum ve koşullarına göre güncellenebileceği, özgün öneriler haline getirilebileceği unutulmamalıdır. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı, sosyo-ekonomik düzey, olağan olmayan “yeni” durumlara göre beslenme önerileri değişebilir.

Mart 2020 döneminden bu yana pandemi olarak kabul edilen (5) Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), yaşamın her alanıyla ilgili “güncelleme” yapılması gereksinimi yaratmıştır. Bu bakış açısıyla, sağlıksız beslenmenin de içinde olduğu yaşam tarzı alışkanlıklarının COVID-19'un seyri üzerindeki etkisini dikkate almak uygun olur. Hastalığın farklı aşamalarında sağlıklı beslenmenin, bağışıklık sistemini güçlü tutmanın önemi vurgulanmaktadır; hastalığın geçirilmesinden sonraki dönemlerde de sağlıksız beslenmenin riskleri üzerinde durulmaktadır. Örneğin; sağlıksız beslenme nedeniyle görülen obezite, tip 2 diyabet gibi durumlar kişilerin COVID-19 açısından risklerini artırabilmektedir, COVID-19'un seyrini de ağırlaştırabilmektedir (6).

Yaşlılık yaşamın özel dönemleri arasındadır ve COVID-19 sürecinde bu dönem farklı riskleri öne çıkarmıştır. Yaşlılık döneminde bireylerin bağışıklık sisteminde zayıflama, birden fazla kronik hastalık varlığı, COVID-19'a yakalanma riski, hastalıkla mücadele kapasitesinde zayıflıklar öne çıkan konular arasında olmuştur. Malnütrisyon yaşlılık döneminde sık görülen bir durumdur ve pek çok ciddi sağlık sorunlarına yol açar (7). Malnütrisyonun kanser (kolon, pankreas, prostat, vb), hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, osteoporoz, tip 2 diyabet ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Malnütrisyon aynı zamanda sağlığın en önemli

belirleyicileri arasında olan sosyo-ekonomik koşullardan da etkilenir. Sağlıklı gıda seçeneklerinin ekonomik açıdan daha pahalı olması bir gıda güvencesi sorunudur ve yaşlılık döneminde bu sorun süreci karmaşık hale getirebilmektedir. Önlemlerin alınmasının riskleri azalttığı ifade edilmektedir (8). Sağlıklı gıdaya erişim hakkı olarak anlaşılabilir olan gıda güvencesi için kamusal mekanizmaların önlem almaları son derece önemli ve gereklidir. Yaşlılar yoksulluk zinciri üzerinden gıda güvencesini olumsuz etkileyen önemli bir belirleyendir (9).

Yeni Koronavirüs Hastalığı varlığında beslenme durumu da bozulmaktadır (7). Dolayısıyla bu dönemde genel beslenme önerilerinin yanı sıra bazı özel konulara da dikkat etmekte yarar bulunmaktadır. Yaşlılık döneminde beslenme önerileri “genel öneriler” ve “hastalık özelinde öneriler” olarak iki alt kategoride ele alınabilir. Bu yazı kapsamında “genel öneriler” üzerinde durulmuştur. Genel öneriler, dünyanın pek çok bölgesinde hastalıktan korunmak amacıyla özellikle “evde kalmak” durumunda olan yaşlılar için son derece önemlidir. Evde yaşamın daha ağırlıklı olarak sürdüğü dönemlere ilişkin bazı öneriler aşağıda sunulmuştur (10):

1. Beslenme alışkanlıkları ile ilgili planlı ve programlı bir yaşam sürmek
2. Taze gıdaları tüketmek
3. Evde hazırlanmış gıdaları tüketmek
4. Güvenli gıda yaklaşım ve kurallarına dikkat etmek
5. Tuz tüketimini azaltmak
6. Şeker tüketimini azaltmak
7. Yeterli miktarda lifli gıdaları tüketmek
8. Yeterli miktarda sıvı/su tüketmek

Bu öneriler sağlıklı beslenmenin genel önerileri ile de uyumludur.

Konuya daha bütünsel bakıldığında; COVID-19 sürecinde sağlıklı beslenme konusunda yaklaşımları bireysel, toplumsal, ülke düzeyinde ve küresel olmak üzere dört temel düzeyde tanımlamak yararlı olur. Düzeylere göre bazı önerilere aşağıdaki bölümde yer verilmiştir (11):

Bireysel düzeyde;

1. Yeterli ve dengeli beslenmek, beslenme alışkanlıklarının sağlıklı olmasını sağlamak
2. A, C, E, B₆, B₁₂ vitaminleri, çinko, demir içeriği zengin gıdaları tercih etmek

3. Fiziksel aktivite yapmak
 4. Tütün ve alkol kullanımından uzak durmak
 5. Beslenme ile ilgili bilgi kirliliğinin olduğunu bilmek ve bunlardan uzak durmak, yanlış bilgilerden mutlak düzeyde kaçınmak
 6. Karantina, izolasyon dönemlerinde beslenme alışkanlıkları için daha özenli ve özel yaklaşımların geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (12).
-

Toplumsal düzeyde;

1. Panik, vb duygularla “gıda satın alma” eyleminden uzak durmak için farkındalık yaratmak, duyarlılığı artırmak
 2. Özellikle yaşlı ve kronik hastalıkları olanlar başta olmak üzere toplumda sağlıksız beslenme riski olan grupları belirlemek ve bu grupları desteklemek
 3. Temel gıda maddelerine erişimi sağlamak, güvenilir ve sürdürülebilir bir sistem oluşturmak (gıdaya erişim, gıdanın varlığı, hakkaniyet temelli yaklaşım, vb),
-

Ülke düzeyinde;

1. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, ülkenin yerel tarımsal ürünlerinin kullanılmasını sağlayan ve gıda ithalatına bağımlılığı en aza indiren en düşük maliyetli beslenme koşullarını tanımlamak, finanse etmek ve topluma ulaşmasını sağlamak
 2. Gıda tedariki için kaynakları yönlendirmek, kullanmak, doğru gıda ve tarım politikalarını var etmek
 3. Temel gıdalar ve ürünler için vergilendirmeden feragat etmek
 4. Tarım ve gıda üretimini desteklemek
 5. Gıda fiyatlarını ve pazarlarını yakından izlemek ve sürekli incelemek
 6. Özel sektör, uluslararası kuruluşlar ve yerel topluluklar arasında “ağlar” kurmak
 7. Güven, destek, vb. için şeffaflığın en üst düzeyde olmasını sağlamak
-

Küresel düzeyde;

1. COVID-19 döneminde zorlanan yerel koşulları destekleyebilmek amacıyla gıda ile ilgili ticaret, ithalat, vb. süreçleri akılcı yönetmek

2. Sağlıklı gıda ile ilgili standartları koymak ve izlemek
3. Araştırma kapasitesini geliştirmek

Bireysel düzeyde önerilerin kişilerin gereksinimlerine, koşullarına göre özel olarak geliştirilebileceği de akılda tutulmalıdır. Genel yaklaşımlar çoğunlukla sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla genel topluma göre düzenlenmiş önerilerdir. Genel önerilerin yanı sıra bireylere özel önerilere de her zaman ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada, kişilere özel öneriler sağlık çalışanları tarafından belirlenebilir, birey ve sağlık çalışanları iletişim ve etkileşiminde sağlığı ve hastalığı ilgilendiren her konuda olduğu gibi sağlıklı beslenme konusunda da doğru yaklaşımlar sunulabilir, uygulanabilir. Yaşlı bireylerin bütün süreçlerinin izlenmesi de son derece gerekli bir uygulamadır. Bütünsel olan bu yaklaşımın sürekliliğinin sağlanabilmesi için güçlü ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin varlığı gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yeterli ve dengeli beslenme nedir? [Internet] Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Erişim:11.09.2020.
2. Nutrition [Internet] Available from: <https://www.who.int/health-topics/nutrition> Erişim:11.09.2020.
3. Healthy diet. Key facts [Internet] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Erişim:11.09.2020.
4. Yaşlılıkta beslenme. [Internet] Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yaslilikta-beslenme.html> Erişim:11.09.2020.
5. WHO characterizes COVID-19 as a pandemic [Internet] Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> Erişim:11.09.2020.
6. Butler MJ, Barrientos RM. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. *Brain Behav Immun* 2020;87:53-54.
7. Azzolino D, Saporiti E, Proietti M, Cesari M. Nutritional considerations in frail older patients with COVID-19. *J Nutr Health Aging* 2020;24(7):696-698.
8. Malnutrition and older persons. [Internet] Available from: <https://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index1.html> Erişim:11.09.2020.
9. Committee on food security. [Internet] Available from: http://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs1920/Chair/CFS_Chair_Statement_HLPE_COVID.pdf Erişim:11.09.2020.
10. [Internet] Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine> Erişim:15.09.2020.
11. Naja F, Hamadeh R. Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi-level framework for action. *Eur J Clin Nutr* 2020;74:1117-1121.
12. Muscogiuri G, Barrea L, Savastano S, et al. Nutritional recommendations for COVID-19 quarantine. *Eur J Clin Nutr* 2020;74:850-851.

Fiziksel inaktivite

Prof. Dr. Oya Özdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel aktivite ‘iskelet kasları tarafından gerçekleştirilen ve enerji tüketimine neden olan vücut hareketleri’ olarak tanımlanmıştır. Fiziksel aktivite terimi sıklıkla egzersiz ile karıştırılır. Oysa ki egzersiz; ‘fiziksel kondisyonu korumak veya geliştirmek amacıyla yapılan planlı, yapılandırılmış ve tekrarlı hareketleri’ ifade etmektedir ve fiziksel aktivitenin bir tipidir. Fiziksel aktivite; egzersizin yanı sıra ev işlerini, mesleki aktiviteleri, serbest zaman aktivitelerini ve ulaşım aktivitelerini de (bir yerden başka yere giderken yürüme, bisiklete binme, vs.) kapsar (1).

Fiziksel inaktivite ‘sağlıklı yaşamın sürdürülmesi ve erken ölümlerin önlenmesi için gerekli olan fiziksel aktivite düzeyinin altında kalınması’ olarak ifade edilebilir (2). Sağlıklı bir yaşam için 65 yaş üstü bireyler de dahil olmak üzere erişkinlere, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir (3). Fiziksel inaktivite oranı 18-44 yaş arası erişkinlerde %24,7 iken bu oranın 65-74 yaş grubunda %36,3’e, ≥75 yaş grubunda ise %53’e kadar yükseldiği bildirilmiştir (4).

SALGIN DÖNEMİNDE FİZİKSEL İNAKTİVİTE

Yaşamakta olduğumuz Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisini kontrol altına almak amacıyla yapılan sosyal izolasyon ve karantina uygulamaları, özellikle ileri yaş grubunda fiziksel aktivitenin daha da azalmasına neden olmuştur. Bu uygulamalarla, bir yandan en fazla risk altında olan yaşlılar enfeksiyondan korunmaya çalışılırken öte yandan hareketsiz şekilde/ oturarak gerçekleştirilen televizyon seyretme gibi sedanter davranışlar daha da artmıştır. Her ne kadar COVID-19 salgınının fiziksel aktivite üzerine etkileri tam olarak bilinmese de, bir çok ülkede %12 ile %38 arasında değişen oranlarda adım sayısında azalma olduğu bildirilmiştir (5). Sedanter yaşam tarzı ve fiziksel inaktivite; kas iskelet sistemi sorunları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve hiperlipidemi gibi metabolik bozukluklar başta olmak üzere

çeşitli hastalıklara yol açabilir. Hatta depresyon, anksiyete ve kognitif fonksiyonlarda gerileme gibi psikolojik ve mental sorunlar da ortaya çıkabilir. Ayrıca fiziksel inaktivitenin, mortalite risk faktörleri içerisinde hipertansiyonu, sigara kullanımını ve diyabeti takiben dördüncü sırada yer aldığı da bilinmektedir (6).

Sağlıklı ve fiziksel olarak aktif yaşam tarzına sahip (>10.000 adım/gün) genç erişkinlerde 14 gün boyunca günlük adım sayısının yaklaşık 1.500 adım/gün'e düşürülmesi ile insülin sensitivitesinin ve kardiyopulmoner kondisyonun azaldığı, dislipidemi geliştiği ve vücut ağırlığında değişiklik olmaksızın bacaklardaki yağsız vücut kütlesi azalırken vücuttaki yağ miktarının ise arttığı tespit edilmiştir (7). Ne yazık ki, fiziksel inaktivitenin olumsuz etkileri yaşlı bireylerde daha da belirgindir. Örneğin sağlıklı yaşlılarda 2 hafta süreyle günlük adım sayısının %75 civarında azaltılması ile insülin sensitivitesinin %43, postprandial protein sentezinin %26 azaldığı, bacaklardaki yağsız vücut kütlesinde ise %4'lük kayıp olduğu gösterilmiştir (8). Fizyolojik bir durum olan sarkopenide kas kütlesinde yılda yaklaşık %0,8'lik azalma olduğu göz önüne alındığında, bu kayıp oldukça dramatiktir. 2019 yılında yayınlanan ve 19 prospektif gözlemsel kohort çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde (toplam hasta sayısı 404.840); fiziksel inaktivite koroner arter hastalığı, serebrovasküler olay ve diyabet riskinde artışla ilişkili bulunmuştur (9). Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen fiziksel aktivite düzeyine ulaşanlarda ise diyabet, kardiyovasküler olay ve mortalite riskinde sırasıyla %26, %17 ve %23 oranında azalma olduğu belirlenmiştir (10).

Kas Kütlesinde ve Kuvvetinde Azalma

Fiziksel aktivitenin kısıtlanmasına bağlı ortaya çıkan kas atrofisi, esas olarak hareketsiz kalan ekstremite(ler)deki antigravite kaslarını etkilemektedir (11). Kas atrofisinin derecesi hastanın yaşına, fizyolojik fonksiyona, kas lifi tipine ve inaktivitenin derecesine göre değişiklik gösterir (10). Yaşlanma ile kas kütlesinde ve kuvvetinde azalma olarak tanımlanan 'sarkopeni' gelişiminde de inaktivite önemli rol oynamaktadır.

Hareketsizliğe bağlı kas atrofisi ve kuvvet kaybı, üst ekstremiyelerden çok alt ekstremite ve gövde kaslarında belirgindir. Yeniden ekstremitelere yük binmeye başlaması ile geri dönebilir. Fakat sağlıklı gençlerde genellikle tam iyileşme gözlenirken yaşlı bireylerde iyileşme daha uzun süre alır ve genellikle tam düzelme sağlanamaz (12). Bu nedenle, karantina döneminde de mümkün olduğunca fiziksel aktivitelerin sürdürülmesi yönünde gayret gösterilmeli ve kas kuvvetinin korunabilmesi için dirençli egzersizler içeren ev programları uygulanmalıdır. Dirençli egzersizlerin kas kütlesinin ve kuvvetinin yanı sıra bireyin fonksiyonelliğini de arttırdığı bilinmektedir. Egzersiz programının yanı sıra günlük protein takviyesi de yaşlı bireylerde kaslar da fiziksel inaktivite sonucu meydana gelen kayıpların giderilmesinde etkilidir (13).

Osteoporoz

Yer çekimi kuvveti ile kemikte oluşan mekanik yüklenmenin, yer tepkime kuvvetlerinin ve kas kontraksiyonları ile oluşan dinamik yüklerin azalması sonucu kemik kütlelerinde azalma meydana gelir ki bu etki yaşlılarda daha belirgin olarak ortaya çıkar. Kemik mineral yoğunluğundaki azalma da kırık riskinde artışla yakından ilişkilidir.

Kardiyovasküler Hastalıklar

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapılması, otonomik sinir sistemi aracılığıyla kardiyovasküler fonksiyonlarının düzenlenmesinde önemli rol oynar. Hareketsizlik gelişmesi durumunda kardiyovasküler sistem azalmış ihtiyaca göre yeni duruma adapte olur ve kısa süre içerisinde dekondisyon gelişir. Örneğin 3 haftalık yatak istirahati sonrası kardiyovasküler performansta %25'lik bir azalma söz konusudur. Benzer şekilde, karantina uygulaması ile fiziksel aktivitenin aniden kesilmesi de kaslarda glukoz kullanımının azalmasına ve karaciğerde lipoprotein sentezinin artmasına neden olarak aterosklerotik hastalıkları hızlandırabilir (14). Azalmış fiziksel aktivitenin kardiyovasküler mortalite ve morbidite oranını 2 kat arttırdığı bilinmektedir.

Fiziksel inaktivitenin kardiyovasküler sistemde ortaya çıkardığı değişiklikler aşağıda özetlenmiştir (11,12);

- ✓ Uzamış istirahat sürecinde, her iki günde bir istirahat kalp hızı dakikada 1 atım artar.
 - ✓ Mutlak sistolik ejeksiyon süresinin ve diyastolik dolum süresinin kısalmasıyla kalp atım hacminde azalma meydana gelir. Ayrıca, hidrostatik kan basıncının ve anti-diüretik hormon sekresyonunun azalması sonucu kan hacmi de azalır. Sonuç olarak, kardiyak debide azalma görülür.
 - ✓ Kardiyak debide azalma ile periferik oksijen kullanımının azalması maksimum oksijen tüketiminde (VO₂ maks) azalmaya yol açar.
 - ✓ Kısalmış diyastol koroner kan akımını azaltır, kalp kasına ulaşan kan miktarı azalır.
 - ✓ Sol ventriküler basınç ve ventriküler kontraksiyon basıncından türetilen 'iş kapasitesi' azalır.
 - ✓ Submaksimal egzersizler sırasında kalp hızı yanıtında anormal artışlar ortaya çıkar.
 - ✓ Artmış periferik vasküler dirence yanıt olarak sistolik kan basıncı kademili olarak artar.
-

FİZİKSEL AKTİVİTE ÖNERİLERİ

Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yararları

Salgın döneminde mümkün olduğunca aktif kalmak ve rutin fiziksel aktiviteleri devam ettirmek fiziksel ve ruhsal iyilik halini korumak için gereklidir. Düzenli fiziksel aktivitenin vücut sistemleri üzerinde oluşturduğu olumlu etkiler Tablo 1'de özetlenmiştir (1).

Tablo 1. Düzenli fiziksel aktivitenin yararları.

<p>Kas iskelet sistemi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kas kuvvetinde ve kütlesinde artma Kemik kaybında azalma Osteoporotik kırıklarda azalma Dinamik dengede artma Düşme riskinde azalma
<p>Kardiyovasküler sistem</p> <ul style="list-style-type: none"> Kalp kasılabilirliğinde ve tepe diyastolik dolumda artma Sistolik/diyastolik kan basıncında azalma Endotel fonksiyonunda düzelme Fibrinolitik aktivite artışı Aerobik kapasitede artma Koroner arter hastalığı riskinde azalma Periferik vasküler hastalık semptomlarında düzelme
<p>Metabolizma</p> <ul style="list-style-type: none"> Protein sentez hızında artma İnsulin ihtiyacında azalma, glisemik kontrolde düzelme Kan lipidlerinde azalmaw Obezite riskinde azalma Abdominal yağ dokuda azalma
<p>Sinir sistemi ve ruhsal sağlık</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresyon ve anksiyete sıklığında azalma Kognitif fonksiyonlarda düzelme Yakın hafızada güçlenme Dikkat süresinde uzama Uyku kalitesinde ve süresinde artma
<p>Diğer</p> <ul style="list-style-type: none"> İnflamasyonda azalma İmmün fonksiyonlarda düzelme Kanser riskinde azalma

YAŞLILAR İÇİN EGZERSİZ PROGRAMLARI

Fiziksel olarak inaktif bireylerde ilk yapılması gereken; düşük yoğunluktaki rutin günlük yaşam aktiviteleri (ör: yemek yapma, ev içindeki veya alışveriş sırasındaki yürüyüş) ve 10 dakikadan kısa süreli orta yoğunluktaki aktiviteler (ör: evin etrafında yürüme, park yerinden yürüme) ile aşırı sedanter davranışları azaltmaktır. Karantina nedeniyle evde daha fazla vakit geçirmek durumunda kalan yaşlı bireylere 1 saatten uzun süre oturur pozisyonda kalmamaları hatta her 30 dakikada 1 kalkıp dolaşmaları önerilmelidir. Buna alternatif olarak, her 2 saatte bir olacak şekilde en az 10 dakika süreyle aerobik egzersiz yapmaları da istenebilir (6).

Aerobik Egzersizler

Sağlıklı yaşam için erişkinlerin ideal olarak haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapması gereklidir. Aerobik egzersizler, büyük kas gruplarının belirli bir süre boyunca ritmik olarak çalışmasını gerektiren hareketlerdir. İleri yaş grubunda en çok tercih edilen aerobik egzersiz türü olan yürüyüş, açık havada ve kişiler arasında yeterli mesafe bırakılması şartıyla salgın döneminde de yapılabilir.

Kuvvetlendirme Egzersizleri

Aerobik egzersizlere ilave olarak, haftada en az 2 gün kas kuvvetini ve enduransını arttırmaya yönelik dirençli egzersizler yapması önerilmektedir. Büyük kas grupları kullanılarak toplam 8-10 egzersiz yapılmalıdır. Her bir egzersiz için 10-15 tekrar yapmaya müsaade edecek miktarda bir direnç kullanılmalı, egzersiz şiddeti orta-yüksek yoğunlukta olmalıdır (15). Direnç olarak vücut ağırlığı, elastik bantlar ve kum torbaları kullanılabilir. Kas kuvvetini arttırmak için direnç miktarı, enduransı arttırmak için ise tekrar sayısı artırılmalıdır.

Esneklik Egzersizleri

Günlük yaşam ve düzenli fiziksel aktivite için gerekli olan eklem hareket açıklığını sağlamak için yaşlılar haftada en az 2 gün, her seferinde en az 10 dakika süreyle olacak şekilde esneklik egzersizleri yapmalıdır. Her bir egzersiz için 3-4 tekrarlı, 30-60 saniye süreyle statik germe yapılması gereklidir. Hızlı balistik germelerden kaçınılmalıdır. Germe egzersizleri, aerobik ve kuvvetlendirme egzersizlerinin ısınma ve soğuma dönemlerinde yapılabilir (1).

Denge Egzersizleri

Düşme riski yüksek olanlar ise haftada en az 3 gün denge egzersizleri yapmalıdır. Önerilen egzersizler arasında; kademeli olarak destek alanının azaltılması (ör: ayakta durma, tandem duruş, tek ayak üzerinde durma), ağırlık merkezini değiştirmeye yö-

nelik dinamik hareketler (ör: tandem yürüme, dairesel dönme), postural kasları zorlama (ör: topuk üzerinde veya parmak ucunda durma) ve duyuşal girdilerin azaltılması (ör: göz kapalıyken ayakta durma) yer alır (3).

Yaşlı bireylere fiziksel aktivite programı oluştururken dikkat edilmesi gereken bazı özel noktalar mevcuttur (15);

- ✓ Fiziksel kondisyonu düşük, fonksiyonel kısıtlıkları olan veya fiziksel aktiviteyi olumsuz etkileyen kronik hastalıklara sahip yaşlılarda, programa ilk başlarken egzersizlerin yoğunluğu hafif, süresi az olmalıdır.
- ✓ Hedef, kişiye göre belirlenen minimum fiziksel aktivite düzeyine aşamalı olarak ulaşmak ve mümkünse progresyon göstererek egzersiz programına devam etmektir. Yaşlının toleransı ve tercihi göz önüne alınarak fiziksel aktivitenin progresyonu bireysel olarak planlanmalıdır. İlerleyen zamanla birlikte önerilen minimum fiziksel aktivite düzeyinin üzerine çıkılmasıyla ek yararlar elde edilmesi mümkündür.
- ✓ Eğer kronik hastalıkların varlığı, önerilen minimum düzeydeki aktiviteye ulaşılmasına engel oluyorsa, yaşlı bireyin sedanter kalmasını engellemek amacıyla en azından tolere ettiği ölçüde fiziksel aktiviteler gerçekleştirilmelidir.
- ✓ Kognitif yıkımı olan bireyler orta yoğunluktaki fiziksel aktiviteler yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir çünkü fiziksel aktivitenin kognitif fonksiyonlar üzerinde de olumlu etkileri bulunmaktadır.
- ✓ Sarkopenisi olan kırılğan yaşlılar, egzersiz programının başlangıç döneminde, aerobik egzersizleri yapabilir hale gelebilmek için önce kas kuvvetlendirme egzersizleri yapmaya ihtiyaç duyabilirler.
- ✓ Egzersiz seansları, özellikle kardiyovasküler hastalığı olanlarda, mutlaka soğuma periyodu ile sonlandırılmalıdır. Bu periyot boyunca egzersizin yoğunluğu kademeli olarak azaltılmalı ve esneme egzersizlerini de yapılmalıdır.

Son Söz

COVID-19 salgınını kontrol altına almak amacıyla yapılan bazı kısıtlamalar, başta ileri yaş grubu olmak üzere tüm bireylerde fiziksel aktivitede azalmaya neden olmaktadır. Kas iskelet sistemi ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere çok sayıda sağlık sorununa da beraberinde getiren bu durumun olumsuz etkilerinden korunmak için bireylerin ev içerisinde dahi olsa düzenli olarak egzersiz yapmaya teşvik edilmesi oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ozdemir O. İleri yaşlarda fiziksel aktivite. In: Kutsal YG, Cangöz B, Baydar T (Eds). Geriatrik Bilimler. 1. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, Turkey, 2018, pp 457-472.
2. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol* 2012; 2(2):1143-1211.
3. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39(8):1435-1445.
4. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. On behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135(10):e146-e603.
5. Roschel H, Artioli GG, Gualano B. Risk for increased physical inactivity during COVID-19 outbreak in older people: A call for actions. *J Am Geriatr Soc* 2020;68(6): 1126-1128.
6. Ricci F, Izzicupo P, Moscucci F, et al. Recommendations for physical inactivity and sedentary behavior during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Front Public Health* 2020;8:199.
7. Bowden-Davies K, Sprung VS, Norman JA, et al. Short-term decreased physical activity with increased sedentary behaviour causes metabolic derangements and altered body composition: effects in individuals with and without a first-degree relative with type 2 diabetes. *Diabetologia* 2018;61(6):1-13.
8. Breen L, Stokes KA, Churchward-Venne TA, et al. Two weeks of reduced activity decreases leg lean mass and induces 'anabolic resistance' of myofibrillar protein synthesis in healthy elderly. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98(6):2604-2612.
9. Kivimaki M, Singh-Manoux A, Pentti J, et al. Physical inactivity, cardiometabolic disease and risk of dementia: An individual-participant meta-analysis. *BMJ* 2019;365:11495.
10. Wahid A, Manek N, Nichols M, et al. Quantifying the association between physical activity and cardiovascular disease and diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2016;5:e002495.
11. Halar EM, Bell KR. Immobility and inactivity: Physiological and functional changes, prevention and treatment, In: Delisa JA (ed). *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice*. 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005, pp 1447-1467.
12. Yalman A. İmmobilizasyonun patofizyolojik sonuçları. In: Beyazova M, Kutsal YG (eds). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 3. baskı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, Turkey, 2016, pp 203-214.
13. Moro T, Paoli A. When COVID-19 affects muscle: effects of quarantine in older adults. *Eur J Transl Myol* 2020;30(2):219-222.
14. Lippi G, Henry BM, Sanchis-Gomar F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Eur J Soc Cardiol* 2020;27(9):906-908.
15. Exercise prescription for healthy populations with special considerations and environmental considerations. In: Pescatello LS, Arena R, Riebe D, Thompson PD (Eds). *ACSM's guideline for exercise testing and prescription*. 9th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2014, pp 194-235.

Yaşlılık döneminde bağışıklama çalışmaları ve COVID-19

Öğr. Gör. Dr. Meltem Şengelen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dünyada ve ülkemizde tüm nüfus içindeki payı artmakta olan 65 yaş üzeri yaşlı nüfusta kronik hastalık görülme sıklığında artışla birlikte bulaşıcı hastalıklara duyarlılık da artmakta ve “koruma tedaviden üstündür” prensibiyle aşıyla önlenebilir hastalıklara karşı aşılama büyük önem taşımaktadır. Yaşlılık döneminde yapılması önerilen 4 aşı bulunmaktadır: İnfluenza, Pnömonokok, Herpes Zoster ve Tetanoz aşısı. Bunların dışında bağışıklık sorunu bulunmayan yaşlılara, gerekli görülecek durumlarda diğer aşılarda da önerilebilmektedir: suçiçeği, meningokok, hepatit, kuduz, seyahat aşılı vs... (1).

İnfluenza Aşısı

İnfluenza ilişkili morbidite ve mortalitenin büyük çoğunluğu yaşlılarda görülmektedir. İnfluenza virüslerinin yol açtığı enfeksiyon ve ciddi komplikasyonlardan korunmanın en etkili yolu influenza aşısıdır. İnfluenza komplikasyonları açısından yüksek risk taşıyan yaşlılarda ve bu bireylerle birlikte yaşayan veya bakım veren kişilerde aşılama önemlidir (2). Yaşlılarda her yıl tek doz influenza aşısı yapılması önerilmektedir. Altmışbeş yaş üzeri bireylere canlı attenüe aşı uygulanmamalıdır (3).

Dünya Sağlık Örgütü önemli bir hastalık olan influenza aktivitesini küresel boyutta izlemekte, Kuzey ve Güney yarıküre için, önceki sezonun suşlarını değerlendirerek, yılda iki kez aşı içeriği önermektedir. Bu nedenle aşı etkinliği sezondan sezona fark gösterebilmektedir. Ancak dolaşımdaki virüslerin aşısındaki virüslerle eşleşmemesi durumunda bile aşı, sağlıklı bireylerde koruma sağlamaktadır (4). Yaşlılarda aşının hastalığı önlemedeki etkinliği azalan immün fonksiyonlar nedeniyle daha düşük olabilmekte, ancak aşılananlarda hastalık şiddeti, komplikasyon insidansı & ölümler daha az görülmektedir (5). Bakım evlerinde kalan yaşlılar üzerinde yapılmış çalışmaların meta-analizi aşılama ile influenza ve pnömöniye bağlı ölümlerde azalma olduğunu ortaya koymaktadır (6).

Pnömonokok Aşısı

Pnömonokokal hastalık insidansı ve mortalitesi 50 yaş, özellikle de 65 yaş üzerinde artış gösterir. Bu nedenle 65 yaş üzeri bireylere pnömonokok aşısı yapılması önerilmektedir. Daha önce pnömonokok aşısı yapılmamış yaşlılarda mümkünse önce konjuge aşı (PCV13) ile başlanması ve en az bir yıl sonra polisakkarid aşısının (PPSV23) uygulanması önerilmektedir. Altmış beş yaş sonrasında PPSV23 yapılmış bireylere bu aşından en az bir yıl sonra PCV13 yapılmalıdır. Altmış beş yaş öncesinde PPSV23 yapılmış bireylere bu aşından en az bir yıl sonra PCV13; bu PCV13'den en az bir, önceki PPSV23 uygulamasından en az beş yıl sonra PPSV23 uygulanmalıdır. 65 yaşından sonra tek doz PCV13 ve tek doz PPSV23 uygulanması yeterlidir, rapel dozlara gerek yoktur (1,3).

Çocuklarda PCV13 kullanımının dolaylı etkileri sonucunda 65 yaş üzeri grupta invaziv pnömonokokal hastalık (İPH) insidansında azalma görülmüştür. 2013'de Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) görülen yaklaşık 13.500 İPH vakasının %25'i PCV13 serotipleri, %38'i PPSV23 serotiplerinden kaynaklanmıştır (7).

PCV13 ya da PPSV23, ayrı bölgelere olmak kaydıyla inaktive influenza aşısı ile eş zamanlı olarak uygulanabilir.

Herpes Zoster (Zona) Aşısı

Herpes zoster ve post-herpetik nevrалji, ensefalit gibi sekellerinin riski ileri yaşta artmaktadır. İnsan diploid hücrelerinde üretilmiş canlı attenüe herpes zoster aşısı (ZVL) 2006 yılında onay almıştır. Daha önce herpes zoster öyküsü olup olmamasına bakılmaksızın herpes zoster ve post-herpetik nevrалjiden koruma amacıyla immünkompetan erişkinlere tek doz olarak önerilmektedir. Herpes zoster riskini %51, post-herpetik nevrалji riskini %67 azaltmaktadır. Ciddi immün yetmezliği olanlarda kontrendikedir. ZVL, 50 yaş üzeri için onaylı olmasına karşın 5 yıldan sonra aşının etkinliği azalıp, ne kadar sürdüğü bilinmediğinden riskin arttığı 60 yaş öncesinde aşı yapılması önerilmemektedir (1,8).

Ekim 2017'de onay alan rekombinant aşı (RZV) ülkemizde bulunmamaktadır. Rekombinant aşı, 50 yaş üzeri immünkompetan bireylere 2-6 ay ara ile 2 doz yapılır (Aşı aralığı 4 haftadan az olmamalıdır, daha az olduğu takdirde aşının tekrarı gerekir). Herpes zoster öyküsü olup olmamasına ve canlı aşı yapılmış olup olmamasına bakılmaksızın uygulanır.

Daha önce canlı aşı olmuş bireylere, canlı aşından en az 2 ay sonra, 2 doz rekombinant aşı 2-6 ay arayla uygulanmalıdır (1,9).

Altmış yaş üzeri bireylere tercihen rekombinant, mümkün olamıyorsa canlı aşı önerilmektedir.

Tetanoz Aşısı

Klinik tetanoz, bağışıklanmamış yaşlılarda daha sık görülmektedir. Çocukluk çağı aşı programında yer alan Difteri Boğmaca Tetanoz (DBT) aşısı ile bağışıklanmış erişkin ve yaşlılara her 10 yılda bir tetanoz ve difteri (Td) toksoid aşısı rapeli yapılması ve bu rapellerden birinin tetanoz, difteri, asellüler boğmaca (Tdap) olması önerilmektedir. Özellikle bir yaşından küçük bebeklerle yakın teması olan yaşlılara tetanoz ve difteri aşısı ile birlikte uygulanan asellüler boğmaca aşısı (Tdap) yapılması önerilmektedir. Tdap, Td uygulanmış bir bireye her zaman uygulanabilir, arada belirli bir süre geçmesine gerek yoktur. Önceleri Td uygulamasından sonra 2 yıl geçmesi önerilirken, şimdi beklemeye gerek görülmemektedir.

Td ile hiç aşılanmamış ya da primer aşılama şemasını tamamlamamış yaşlılarda, erişkinlerde olduğu gibi, primer aşı şemasına başlanmalı veya eksik dozlar tamamlanmalıdır (1,3).

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ve Bağışıklama Çalışmaları

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan Yeni Korona Virüs Hastalığı (COVID-19, SARS-CoV-2) kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına almış ve Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiştir (10). Vaka-fatalite oranı genç erişkinlerde %1, 60 yaş üzerinde %4, 70 yaş üzerinde %9, 80 yaş üzerinde %18'dir. Bunda yaş ilerledikçe immünitenin zayıflaması ve komorbiditelerin ortaya çıkması rol oynamaktadır. Henüz etkin bir tedavisi olmayan COVID-19 pandemisinde tüm dünyada akademi ve endüstri aşı geliştirilmesi konusunda müthiş çaba göstermektedir. Hızlandırılmış aşı çalışmalarının potansiyel tehlikelerinin yanı sıra pandemide en duyarlı grup olan yaşlı nüfusun aşından fayda görüp göremeyeceği tartışılmaktadır. Koruyucu aşılamanın amacı nötralizan antikor ve akciğerde hafıza sitotoksik T hücreleri oluşumunu uyararak enfeksiyonun ve viral replikasyonun önlenmesidir. Bunun için de antijen sunan hücrelerin, T ve B hücrelerinin varlığı ve birlikte çalışması önemlidir. Böyle bir koruma gençlerde elde edilebilirken, influenza aşısı örneğinde olduğu gibi yaşlılarda kolay değildir, böyle bir durumda aşılama yeterli antikor oluşturamaz ve enfeksiyondan koruyamaz. Yaşla birlikte immünitadaki azalma, immün senesense karşı yaşlı bireyler için geliştirilecek aşılar çok sayıda T ve B hücresi cevabı uyarmayı hedeflemelidir. COVID-19'a karşı aşıya alternatif olarak kanser tedavisinde olduğu gibi monoklonal antikor geliştirme çalışmaları da sürmektedir fakat tekrarlayan intravenöz infüzyonlar gerektirmektedir (11).

Pandemi tehdidi artarak devam etmektedir ve 2020 sonbahar-kışında influenza salgını ile birleştiğinde hem hastalar, hem sağlık sistemi açısından çok zorlayıcı olabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle influenza açısından risk grubunda olan hastaların ve yaşlıların 2020 sonbaharında influenza aşısı olmaları hem kendilerini

influenza ve komplikasyonlarından koruyacak hem de sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltacaktır. İnfluenza aşısı olması gereken bir diğer grup ise influenza ve komplikasyonlarına duyarlı olan gruba bakım veren sağlık çalışanlarıdır, pandemi döneminde bu aşılama her zaman olduğundan daha fazla önem taşımaktadır (12). ABD’de yürütülen bir ekolojik araştırmada ülke çapında 65 yaş üzeri nüfusta influenza aşısı kapsayıcılığı ve COVID-19’dan ölümler arasında negatif ilişki bulunmuştur (13). İnfluenza aşısının COVID-19’a karşı koruyucu etkisi bireysel değişkenlerin değerlendirilebileceği analitik ve deneysel çalışmalarla araştırılmalıdır.

Yeni Koronavirüs Hastalığı morbidite ve fatalitesinin BCG aşısının ulusal aşı programı dahilinde uygulandığı ülkelerde uygulanmayan ülkelere kıyasla daha düşük olduğu raporları daha önce tüberküloz dışı bazı non-spesifik hastalıklardan da koruduğu bilinen BCG aşısının COVID-19’a karşı profilaktik olarak kullanılabilirliğini tartışmaya açmıştır (14-19). BCG aşısının koruyuculuğu 50-60 yıl devam etmektedir, yaşlıların tekrar aşılması önerilmektedir. Bazı ülkelerde sağlık personeli ve yaşlılarda BCG aşısının COVID-19’da koruyucu etkisini incelemek üzere klinik araştırmalar başlatılmıştır (17, 20).

Sonuç olarak, insanlık için ciddi bir tehdide yol açan COVID-19 pandemisinde halen etkin bir tedavi ve aşı bulunamamıştır. Ancak aşı bulunsa bile muhtemelen yaşla birlikte immünitelikteki azalma -immün senesens- nedeniyle yaşlı bireylerde etkili olamayacaktır. Ancak bu aşı toplumda yaygın olarak uygulanmalı ve yaşlıları dolaylı olarak koruyacak toplumsal bağışıklık sağlanmalıdır. Tüm dünyada bugüne kadar bulaşıcı hastalıkların kontrolünde en önemli rolü oynamış olan aşılama eskiden olduğu gibi bugün de önemini korumaktadır. BCG, influenza aşısı gibi aşılardan COVID-19’a karşı da koruyucu olabileceği araştırılmaktadır. Hastalıklara duyarlılığın arttığı yaşlılık döneminde sadece pandemi döneminde değil her zaman önerilen aşılama yapılırsa, aşı ile önlenebilir hastalıklar ve komplikasyonlarından ve ek hastalık yüklerinden korunmaya özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ozdemir O. İleri yaşlarda fiziksel aktivite. In: Kutsal YG, Cangöz B, Baydar T (Eds). Geriatrik Bilimler. 1. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, Turkey, 2018, pp 457-472.
2. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol* 2012; 2(2):1143-1211.
3. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39(8):1435-1445.
4. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. On behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*

2017;135(10):e146-e603.

5. Roschel H, Artioli GG, Gualano B. Risk for increased physical inactivity during COVID-19 outbreak in older people: A call for actions. *J Am Geriatr Soc* 2020;68(6): 1126-1128.
6. Ricci F, Izzicupo P, Moscucci F, et al. Recommendations for physical inactivity and sedentary behavior during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Front Public Health* 2020;8:199.
7. Bowden-Davies K, Sprung VS, Norman JA, et al. Short-term decreased physical activity with increased sedentary behaviour causes metabolic derangements and altered body composition: effects in individuals with and without a first-degree relative with type 2 diabetes. *Diabetologia* 2018;61(6):1-13.
8. Breen L, Stokes KA, Churchward-Venne TA, et al. Two weeks of reduced activity decreases leg lean mass and induces 'anabolic resistance' of myofibrillar protein synthesis in healthy elderly. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98(6):2604-2612.
9. Kivimaki M, Singh-Manoux A, Pentti J, et al. Physical inactivity, cardiometabolic disease and risk of dementia: An individual-participant meta-analysis. *BMJ* 2019;365:11495.
10. Wahid A, Manek N, Nichols M, et al. Quantifying the association between physical activity and cardiovascular disease and diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2016;5:e002495.
11. Halar EM, Bell KR. Immobility and inactivity: Physiological and functional changes, prevention and treatment, In: Delisa JA (ed). *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice*. 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005, pp 1447-1467.
12. Yaliman A. İmmobilizasyonun patofizyolojik sonuçları. In: Beyazova M, Kutsal YG (eds). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 3. baskı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, Turkey, 2016, pp 203-214.
13. Moro T, Paoli A. When COVID-19 affects muscle: effects of quarantine in older adults. *Eur J Transl Myol* 2020;30(2):219-222.
14. Lippi G, Henry BM, Sanchis-Gomar F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Eur J Soc Cardiol* 2020;27(9):906-908.
15. Exercise prescription for healthy populations with special considerations and environmental considerations. In: Pescatello LS, Arena R, Riebe D, Thompson PD (Eds). *ACSM's guideline for exercise testing and prescription*. 9th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2014, pp 194-235.

Pandemi sürecinde kurumda yaşlanma; riskler, önlemler

Prof. Dr. Meral Saygun

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

SARS-CoV-2 enfeksiyonu salgını, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Yeni Coronavirus Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırılmış, hızla birçok ülkeye yayılmış, 4000'den fazla insanın ölümüne yol açmasıyla DSÖ tarafından 11 Mart 2020 tarihte resmen pandemi olarak ilan edilmiştir (1).

Yeni Koronavirüs Hastalığı tanısı almış, hastanede yatan hastalar ile yapılan çalışmalarda ortanca yaşın 49-56 arasında değiştiği saptanmıştır (2-4). Çin anakarasında ki verilere dayanan bir modelleme çalışmasında, COVID-19 için hastaneye yatış oranının yaşla birlikte arttığı, 20-29 yaş için %1,0, 30-39 yaş için %3,43, 40-49 yaş için %4,25, 50-59 yaş için %8,16, 60-69 yaş için %11,8, 70-79 yaş grubu için %16,6 ve 80 yaşından büyükler için %18,4 hastaneye yatış olduğu belirlenmiştir (5). Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından hazırlanan raporda genel vaka ölüm oranı %2,3 olarak belirtilmiştir, rapora göre; 9 yaş ve altındaki grupta ölüm saptanmamış, ancak 70 ila 79 yaşları arasında %8,0 ve 80 yaş ve üzerindeki vakalarda %14,8 ölüm oranı saptanmıştır (6). İtalya'daki vaka ölüm oranları; 60-69 yaş grubunda %3,5 iken, 70-79 yaş ve 80 yaş ve üstü grupta sırasıyla %12,8 ve %20,2 olarak saptanmıştır (7).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC; Centers for Disease Control and Prevention) nin şiddetli COVID-19 için tanımladığı riskli gruplar; yaşlılar, uzun süreli bakım evlerinde yaşayanlar, kronik akciğer hastalığı, diyabet, ciddi kalp hastalığı, diyaliz ihtiyacı olan kronik böbrek hastalığı ve karaciğer hastalığı olanlar, morbid obezler ve bağışıklığı zayıflamış kişilerdir (8).

SARS-CoV-2 huzurevleri, yetimhaneler ve hapishaneler gibi nispeten dar alanlarda hızla yayılabilir. Bakım evlerindeki yaşlılar, genellikle başkalarına yakın ortamlarda yaşadıkları için daha yüksek enfeksiyon riski ve olumsuz sonuçlar yaşayan savunmasız topluluklardır (9). Yeni Koronavirüs Hastalığının ölüm oranı, yaşlılarda ve kronik hastalıkları veya bağışıklık sistemi baskılanması olanlarda artmıştır. Bilgi ve uygun bakım eksikliği onları daha savunmasız hale getirebilmektedir. Bu nedenle, sakinleri, çalışanları ve ziyaretçileri korumak amacıyla, SARS-CoV-2'nin huzurev-

lerine girmesini ve tesis içinde ve dışında yayılmasını önlemek için huzurevlerinde önleme ve kontrol önlemleri alınmalıdır (9).

Arkansas'taki huzurevlerinde, 280 kişiden 51'inde COVID-19 vakaları doğrulanmış, Louisiana'da, 61 bakımevinde toplam 261 huzurevi sakininin virüs testi pozitif çıkmış ve 60'ı ölümlerle sonuçlanmıştır. Bunlar, 65 yaşın üzerindeki kişilerde, COVID-19 nedeniyle yaşamı tehdit eden komplikasyonlar gelişme riskinin daha yüksek olduğunu güçlendirici kanıtlardır (9).

İtalya da yaşlı nüfusa ağırlıklı hizmet veren 2.556 yaşam ve sağlık bakım merkezi bulunmakta ve merkezlerin %67,9'u Lombardiya, Veneto, Emilia Romagna bölgelerinde yer almaktadır (10). Vakaların büyük çoğunluğu (%37,1'i) ve en yüksek vaka fatalite hızı (VFH) Lombardiya bölgesindedir (10).

İtalya'daki trajik olay, 10.000'den fazla COVID-19'a bağlı ölüm, sebep olduğu acı ve demoralizasyon ile toplumun çoğunluğu şaşkın ve şok olmuş durumdadır. Bakımevlerinde enfeksiyon salgınının hızla gelişmesinin üzüntüsü ile çalışanlar tamamen ihmal edilirken, yaşlı ve muhtaçlar çok az korunabilmiştir. Bargemo eyaletinde 7 Mart-27 Mart 2020 tarihleri arasında 6400 bakımevi sakininden 600'ü ölmüş, benzer kayıplar Lombardiya, Veneto ve Emilia-Romagna bölgelerinde de yaşanmıştır (11). Kayıplar sonucu ölenlerin yakınlarında ciddi suçluluk duygusu oluşmuş, bu nedenle bakımevi yöneticilerine karşı saldırganlık duyguları ortaya çıkmış, bu tür duygular, kalabalık nedeni ile hastane acillerine zamanında transferin sağlanmaması veya bakımevi duvarlarının içinde neler döndüğünün bilinmemesi gibi gazete ve televizyon haberleriyle de daha da ağırlaşmıştır (11). Hükümet yalanlasa da, çoğu bakımevi doktoru virüsün ziyaretçiler tarafından taşındığını iddia etmiştir, doktorlar kendilerini şaşkın ve güçsüz hissetmiş, alınan tüm önlemlere rağmen çalışma arkadaşlarının enfekte olduğunu görmüştür. Doktorlar, durumu ciddi görünen hastaların bazıları iyileşirken, durumu iyi görünen bazıların ölümü nedeniyle iyi klinik tahmin yapamamanın sıkıntısıyla kendilerini bitkin hissetmişlerdir. Bakımevi yöneticileri, oksijen, ventilatör, maske, gözlük gibi ekipman hazırlığı yapmadıkları ve ellerinden bir şey gelmediği için kendilerini suçlu hissetmişlerdir (11).

İleri yaş ve yandaş hastalıkların varlığı, mevcut pandemide ölüm oranlarının artışı ile ilişkilidir. Fonksiyonel ve bilişsel bozulma ve davranışsal semptomların yüksek yaygınlığı, huzurevi sakinleri için ortaya çıkan riski arttırır. Ayrıca huzurevinde enfeksiyon kontrolüne engel teşkil eden ortamlar da mevcuttur (12,13). Buna ek olarak küresel sağlık uzmanları, diğer klinik uygulama alanlarına kıyasla, huzurevleri bakımında, araştırma, işe alım teşvikleri ve kalitede iyileştirmeyi ihmal etmişlerdir (14,15). Bu durum, bakımevi hemşirelerinin enfeksiyon kontrolü açısından yetersizliklerinin ve sektörde, pandemilere yönelik farklı ve genellikle yetersiz hazırlığın

kanıtı olarak yansımıştır (15).

Bu faktörlerin birleşmesi, Washington'da bir huzurevinde COVID-19'un ilk büyük etkisine yol açmış ve 18 Mart 2020 itibari ile huzurevi sakinlerinin yaklaşık üçte ikisi, %33 lük bir ölüm oranı ile üç haftalık süre içinde enfekte olmuş, bunun yanı sıra 50 personel ve 16 ziyaretçi de hastalığa yakalanmıştır (16). İspanya'da COVID-19 ile ilişkili ölümlerin önemli bir kısmının huzurevi sakinleri olduğu bildirilmiştir, ancak birçok bölgede, COVID-19 ölü sayısında huzurevi ölümlerinin dahil edilmediğine dair endişe duyulmuştur (15). Huzurevi sakinlerine göre, düşük olan personel sayıları, karantina ve kaçış nedenleri, sakinlere temel bakım sağlanmasını iyice azaltmıştır (15).

Çin'de pandemi sırasında benzeri görülmemiş katı karantina önlemlerinin uygulanması, çok sayıda insanı tecrit altında tutmuş ve insanların hayatlarının birçok yönünü etkilemiştir. Bu sürede kişilerde panik bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi çok çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmıştır (17).

Hastalanma riski yüksek kişilerin, toplu yaşadığı huzurevi ve bakımevi sakinlerinin psikolojik iyiliklerine dikkat edilmesi gereklidir. Belirsizlik ve çaresizlik hisleri, hastalanma ve ölme korkusu, güvensizlik, korunma-kullanma ihtiyacı, huzursuzluk, aşırı kaygı, depresif belirtiler, uyku ve iştah değişiklikleri, bu kurumların sakinlerinde daha çok görülmektedir (18). Yeni Koronavirüs Hastalığının getirdiği kısıtlamaların bir sonucu olarak, yaşlı yetişkinlerin yaşadığı sosyal izolasyon yoğunlaşmıştır. Huzurevlerinde sakinler odalarında gözlerden uzak tutulmuş, ortak yemek veya etkinliklere katılmamışlar, destek personeli ile son derece sınırlı temasları olmuş ve aile üyeleri ve arkadaşları tarafından ziyaret edilmemişlerdir. Bu abartılı izolasyonun- enfeksiyon tehdidine ve sevdiklerinle temasın kesilmesine ek olarak- yaşlılarda yalnızlık hissi ve bunu izleyen olumsuz sonuçlara katkıda bulunma olasılığı yüksektir (19). Giderek daha fazla işletme, sosyal mesafeyi sürdürmek ve SARS-CoV-2'nin daha fazla yayılmasını sınırlamak amacıyla, gerekli olmayan hizmetleri durdurmuş ve telekomünikasyon çalışmaları yapmıştır, demansla yaşayan, telekomünikasyon hakkında çok az bilgisi olan ve esas olarak yüz yüze desteğe bağlı olan insanlar, kendilerini yalnız ve terk edilmiş hissetmiş ve içine kapanık hale gelmişlerdir.

Yerel makamlar, bakımevlerinde yaşlı insanlar arasında enfeksiyon olasılığını azaltmak için, ziyaretçilerin huzurevlerine ve uzun süreli bakım tesislerine girmesini yasaklamıştır. Sonuç olarak, yaşlı sakinler aile üyeleriyle yüz yüze görüşme olanağını kaybetmiş, huzurevlerinde grup faaliyetleri de yasaklanmıştır. Bunların sonucunda, huzurevlerinin sakinleri sosyal olarak daha izole hale gelmiştir (20). Tüm iletişim ortamlarında zaman zaman öne çıkan "yaşlılar daha fazla ölüyor ve/veya taşıyor" haberleri de yaşlılarda ciddi bir korku ve yalnızlık hissi ortaya çıkarmıştır (18).

Kendisinin ve yakınlarının hastalanabilecek olması kaygısına ek olarak, “Huzurevleri Tanrı’nın insafına terk edildi”, “Kanada’da yaşlılar ölüme terkedildi.”, “Yedi bin yaşlı bakımevinde öldü.”, “ABD’de huzurev-leri morg gibi”, “Batı insanlık sınavını kaybetti”, “Yaşlı bakım evleri toplu mezar gibi.” gibi haber başlıkları yaşlılarda pandeminin oluşturduğu kaygı ve anksiyete durumu-nu daha arttırmaktadır (21).

Bulaşma korkusu ve huzurevi sakinlerinin durumuyla ilgili endişelerin stresi altında, huzurevlerindeki personelin kaygı düzeyinin arttığı ve tesislerin bir ay boyunca tamamen kilitlenmesinin ardından yorgunluk ve tükenmişlik belirtileri geliştirdikleri gözlemlenmiştir (20).

Çeşitli devlet kurumları ve meslek kuruluşları, COVID 19 salgını sırasında çeşitli kapsam, kalite ve vurgulara sahip, huzurevlerinde bakım sağlanmasıyla ilgili kılavuzlar ve bildirimler hazırlamıştır. Bu kaynaklar arasında DSÖ, CDC ve İngiliz Geriatri Derneği (BGS) bulunmaktadır (15,22-24).

Bu kaynaklardaki tavsiyelerin uygulanması, ABD yasalarını gerektirdiği tıbbi direktörlük rolü gibi, huzur evlerinde şu anda olduğundan daha net bir şekilde geliştirilmiş bir yönetim ve liderlik yapısı gerektirir. Vurgulanan ortak bir unsur, erken, iş birliğine dayalı gelişmiş bakım planlamasının önemidir (15).

İngiliz Geriatri Derneği tarafından hazırlanan rehber, pandemi sırasında huzurevi sakinlerini desteklemek için onlarla çalışan bakım evi personeline ve NHS (National Health Service) Ulusal Sağlık Hizmeti veren personele yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Bu belgenin 3. sürümü 2 Haziran 2020 tarihinde güncellenmiştir. Bu rehberde yer alan anahtar önermeler, maddeler halinde özetlenmiştir (24):

1. Bakım evleri, şüpheli ve doğrulanmış COVID-19 enfeksiyonu olan bireylerden, personeli ve sakinleri korumak için, uygun enfeksiyon kontrol önlemleri de dahil olmak üzere standart işletim prosedürlerine sahip olmalıdır.
2. Bakım evi personeli, olası COVID-19 enfeksiyonu belirtileri gösteren sakinlerin vücut sıcaklığını kontrol etmek için eğitilmelidir.
3. Mümkün olduğunda, bakım evi personeli kan basıncı, kalp atış hızı, bilinç düzeyi, yeni kafa karışıklığı, nabız ve solunum hızı gibi diğer yaşamsal belirtileri ölçmek için eğitilmelidir.
4. Bakım evi sakinleri ile çalışan tüm personel, COVID-19’un bu grupta sıklıkla atipik olarak ortaya çıktığını ve ayrıca asemptomatik veya pre-septomatik olabileceğini kabul etmelidir. Dikkatli planlanmış bir tecrit ve test yaklaşımı tavsiye edilir.
5. Bakım evleri, sakinlerdeki kötüleşmeyi fark etmek, yaşamsal belirtileri ölçmek ve

endişeleri sağlık uzmanlarına iletmek için aracı veya yerel sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından desteklenen diğer eşdeğer araçları kullanılmalıdır.

6. Sakinlerin, ziyaretçilerden COVID-19 alma riskleri, ziyaretin yararlarından ağır basmaktadır. Ancak, yaşamın sonuna yaklaşan, demans, otizm veya öğrenme güçlüğü gibi akıl sağlığı bozukluğu olan bazı sakinleri, birinci dereceden bir aile üyesi veya bakıcının ziyaret etmemesinin, sıkıntıya neden olacağı durumlarda, istisnalar olabilir.
7. Bakıcılar veya aile üyeleriyle yüz yüze ziyaretlerin mümkün olmadığı durumlarda, görüşmeler telefon ve/veya tablet veya video gibi diğer teknolojik araçlar kullanılarak kolaylaştırılmalıdır.
8. Ziyaretçilere izin veren bakım evleri, ziyaretçiler için geçerli olan bir enfeksiyon kontrolüne ve kişisel koruyucu donanım politikasına sahip olmalıdır.
9. Bakım evleri, bilişsel bozukluğun bir sonucu olarak, gezinen, COVID pozitif sakinleri yönetmek için standart işletim prosedürlerine sahip olmalıdır. Fiziksel kısıtlama kullanılmamalıdır. Toplum sağlığı hizmetleri, bu durumların yönetimi için klinik tavsiye ve destek sağlamalıdır. Sakinlerin güvenle dolaşabilecekleri alanlara yönlendirmek, bölgelere ayırma ve kohortlama politikalarının bir parçası olarak uygulanmalıdır.
10. Bakım evleri, bölgelere ayırma ve kohortlama ile ilgili mevcut kılavuzları gözden geçirmeli ve bunun kendi evlerinde işe yarayıp yaramayacağını değerlendirmelidir. İmar ve kohort planları herhangi bir salgından önce yazılmalı ve durumlar değiştiğinde incelemeye tabi tutulmalıdır. Bu tür yaklaşımlar, bir salgın sırasında, sakinleri geçici olarak normal odalarından uzaklaştırmayı içerebilir.
11. Bir salgın sırasında, bakım evleri, çapraz enfeksiyonu en aza indirmek için COVID pozitif ve negatif hastalarla çalışanlar için personel ekiplerini gruplandırmayı düşünmelidir.
12. Bakım evi personeli, pratisyen hekimler, toplum sağlık personeli ve toplum geriatristleri, bakım evi sakinleri ile İleri Bakım Planlarını gözden geçirmek için çalışmalıdır. Bu planlar, COVID-19'un sakinlerin kritik bir şekilde rahatsız olmasına nasıl neden olacağı ve sağlıkları kötüleşirse kendilerinin ve ailelerinin ne isteyeceği hakkında tartışmaları içermelidir.
13. COVID-19'a yerel yanıtın bir parçası olarak evde bakım temelli oksijen tedavisi, antibiyotikler ve deri altı sıvılar gibi destekleyici tedavilerin verilmesi gereken bazı durumlar vardır. Bu tür tedavilerin zararları ve yararları dikkatlice düşünülmelidir.

14. Önceden Bakım Planları, acil bir durumda çağrılan sağlık mesleği mensupları için faydalı olacak şekilde kaydedilmelidir. Bakım evi kayıtları ve tesisin mevcut durumunun, ilgili servislerle paylaşılabilir bir elektronik versiyonun basılı bir kopyası dosyalanmalıdır.
15. Hastaneden veya toplumdan COVID-19 pozitif olan veya olabilecek yeni hastaları kabul ederken, bakım evleri onları güvenli bir şekilde izole etmek için yeterli kaynağa sahip olduklarını tespit etmelidir. Teşhisin ne zaman yapıldığına ve izolasyonun ne zaman sona ermesinin beklendiğine dair yazılı onay almaları gerekir.
16. COVID-19'dan şüphelenilmeyen veya doğrulanmayan yeni kabuller, durumu doğrulamak için swab testine tabi tutulmalıdır. Sonuç ne olursa olsun 14 gün izole edilmelidir.
17. Onları izole bir şekilde yönetmek için yeterli kaynak yoksa, yeni veya geri dönen sakinler bakım evi tarafından kabul edilmemelidir.
18. Bakım evleri, palyatif bakım gereksinimlerini önceden tahmin etmelerini ve hastalık süresinin erken aşamalarında ileriye dönük ilaçlar sipariş etmelerini sağlamak için pratisyen hekimler ve yerel eczacılarla birlikte çalışmalıdır.
19. Bakım evleri, devlet mevzuatına uygun olarak ileriye dönük ilaçları kullanmak için Standart Çalışma Prosedürüne sahip olmalarını sağlamak için serbest eczacılar ve pratisyen hekimlerle birlikte çalışmalıdır.
20. Bakım evleri, sakinlerin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak için sakinler ve ailelerle birlikte çalışmalıdır.
21. Pandemi nedeniyle kendini izole ve endişeli hisseden bakım evi personeline destek sağlamak için çok profesyonel yerel veya bölgesel akran destek grupları kurulmalıdır.
22. Hastaneye acil sevkleri önlemek için, bakım evinde uygun acil tıbbi bakım sağlamak amacıyla çaba gösterilmelidir.

TC. Sağlık Bakanlığı tarafından, COVID-19 Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Alınacak Önlemler 1.05.2020 tarihinde güncellenmiştir (25). Yeni Koronavirüs Hastalığı kapsamında Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde enfeksiyon bulaşma riskini azaltmak için önerilen korunma ve kontrol ilkeleri ve uygulamalar beş başlık altında sıralanmış ve alt başlıkları özetlenmiştir (25).

- 1. Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde genel enfeksiyon bulaşma riskini azaltmak için temel enfeksiyondan korunma ve kontrol ilkeleri uygulanmalıdır.**
- 2. Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri çalışanlarına yönelik öneriler;**
 - ✓ Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri çalışan personele COVID-19 enfeksiyonu ve korunma yolları hakkında bilgilendirme yapılmalı, bireylerle sosyal mesafenin korunması, ellerin sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca uygun şekilde yıkanması, solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili standart kişisel korunma önlemlerinin alınması, çalışanların tıbbi maskeyi doğru kullanması sağlanmalıdır.
 - ✓ Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde aynı kişilerden oluşan 14 günlük vardiyalı sistem sürdürülmelidir. Yaşlıların hep aynı personelden hizmet alması sağlanmalıdır.
 - ✓ Herhangi bir solunum yolu enfeksiyonu (ateş, öksürük, solunum sıkıntısı vb.) bulgusu ve temaslı öyküsü olan personel 14 gün çalıştırılmamalıdır.
 - ✓ Vaka çıkan kurumda COVID-19 semptomu göstermeyen ve temas öyküsü olmayan bireylerin kurumda kalması sağlanmalıdır.
- 3. Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezinde COVID-19 hastalığı ile uyumlu yakınmalar (ateş, öksürük veya solunum sıkıntısı) olması durumunda yapılması gerekenler;**
 - ✓ Semptom gelişen bireyler ivedilikle izole edilmeli, tıbbi maske takılmalı, sağlık kuruluşlarıyla derhal irtibata geçilmelidir.
 - ✓ Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezinde kalan bireylerin COVID-19 için yüksek risk grubunda olmaları nedeni ile semptom ve bulguları (ateş, kan basıncı, solunum sayısı, solunum sıkıntısı, şuur durumu, genel durum bozukluğu ve oksijen satürasyonu vb.) bakım merkezi sağlık personeli tarafından yakın takip edilmelidir. Olası vakalar COVID-19 Rehberine göre yönetilmelidir.
 - ✓ COVID-19 vakası ile temas etmiş personelin 14 gün izole edilmesi gerekir ve süreç “Sağlık Bakanlığı COVID-19 Rehberi”ne göre yönetilmelidir.
 - ✓ Sağlık personeli, kişisel koruyucu ekipmanların doğru sırada takılması (önlük, maske, gözlük/göz koruyucu, eldiven) ve doğru sırayla güvenli bir şekilde çıkarılması (eldiven, gözlük/göz koruyucu, önlük, maske) için gerekli prosedürleri izlemelidir.
 - ✓ Birden fazla kişinin kaldığı odalarda COVID-19 vakası olması durumunda,

odada kalan diğer bireylerin mümkünse ayrı ayrı boş odalara geçmeleri; mümkün değilse aynı odaya (kuruluştaki diğer bireylerden ayrılarak) geçmeleri sağlanmalıdır. 14 gün bu odalarda izolasyon ve takipleri yapılmalıdır.

- ✓ COVID-19 vakasının kaldığı odanın genel temizliğinin yapılması ve havalandırılması sağlanmalıdır.

4. Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde yapılacak diğer düzenlemeler;

- ✓ Personelin merkeze girişinde maske takması, el antiseptiği kullanması ve ateş kontrolünün yapılması sağlanmalı ve semptomu olanlar bakım merkezine alınmamalıdır.
- ✓ Merkezde bulunan herkesin sosyal mesafeye dikkat etmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Merkeze yeni bir başvuru olduğunda yeni gelen bireyin 14 gün süreyle izole edilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Zorunlu haller dışında ailelerin, yakınların, merkeze gelen tüm gönüllülerin ve aciliyet oluşturmayan diğer bakım görevlilerinin (berber vb.) ziyaretleri engellenmelidir.
- ✓ Rehabilitasyon gibi hizmetler için dışardan gelen fizyoterapist, ergoterapist, vb görevliler COVID-19 semptomu olması durumunda merkeze alınmamalıdır. Semptomu olmayan görevlilerin ise bireyler ile yakın teması olacağı için kişisel koruyucu ekipman (maske, eldiven) kullanması ve her uygulamadan sonra ekipman değiştirmesi, el hijyeni sağlaması zorunludur.
- ✓ Kurye, kargo görevlisi vb. kişiler merkeze alınmamalı, teslimatlar dış kapıda yapılmalıdır.
- ✓ Merkeze dışarıdan yiyecek-içecek alınmamalıdır.
- ✓ Merkeze ulaşımda servis kullanan personel maske takmalı ve seyreltme kuralına uygun olarak oturmalıdır.

5. Personelin izolasyon kuruluşunda/evde kaldığı dönemde alması gereken önlemler;

- ✓ Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri sakinleri COVID-19 açısından en hassas grupları oluşturmaktadır. Bu nedenle merkezlerde çalışan personelin aynı kişilerden oluşan gruplar halinde 14 günlük vardiyasını takiben mümkünse İl Pandemi Kurulu tarafından belirlenen izolasyon kuruluşunda 14 gün kalması öncelikle sağlanmalıdır. İzolasyon kuruluşunun mümkün olmadığı durumlarda merkez çalışanlarına vardiya sonrasındaki 14 günlük süreci evlerinde geçirmelerine izin verilebilir bu durumda, enfeksiyon önleme kurallarına

sıkı bir şekilde uymaları hem kendi hem de bakım verdikleri bireylerin sağlığı açısından hayati önem taşımaktadır.

- ✓ Personel, Ateş, öksürük ve nefes darlığı yakınmalarından en az birisinin varlığında ALO 184 aranmalıdır.
- ✓ Soğuk algınlığı belirtileri varlığında maske takılmalı; özellikle yaşlılar ve kronik hastalığı olanlarla temas edilmemelidir.
- ✓ Personel işe dönmeden 2 gün önce İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda COVID-19'a yönelik PCR testi yapılmalıdır. PCR testi negatif çıkanlar işe geri dönebilirler.
- ✓ Türkiye Psikiyatri Derneği Yaşlılık Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanan, Huzurevi ve Bakımevi Çalışanlarına Kurumda Kalan Kişiler İçin Covid-19 Salgınına Yönelik Öneriler aşağıda özetlenmiştir (18).

Türkiye Psikiyatri Derneği Yaşlılık Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanan, Huzurevi ve Bakımevi Çalışanlarına Kurumda Kalan Kişiler İçin COVID-19 Salgınına Yönelik Öneriler aşağıda özetlenmiştir (18).

A. Kurum İşleyişine Yönelik Öneriler

- ✓ Kurum sakinlerine virüs ve salgın hakkında bilgi verilmesi, korunmanın ve sosyal mesafenin öneminin anlatılması gereklidir. Sakinler ileri yaşta ve kırılğan oldukları için, el yıkama, sosyal mesafeyi koruma gibi genel temizlik konularında verilen bilgilerin sık hatırlatılması gereklidir.
- ✓ Hastaların odalarında izole tutulması, bir süre sonra ajitasyon, huzursuzluk, uyuyamama gibi psikiyatrik sorunlara neden olabilir, bu nedenle gün içinde sakinler küçük gruplar halinde toplanmalı, 3-4 kişilik gruplar ile kısa süreli sohbet toplantıları yapılmalıdır. Hassas dönemlerde kurum içi aktivitelerin, müzik, çiçek bakımı gibi hobilerin, bina içinde egzersiz programlarının artırılması gerekebilir.
- ✓ Tüm personelin salgın hastalık, hijyen ve dezenfeksiyon hakkında bilgilendirilmesi, hijyen kurallarına uyulması, kurum sakinleri ve personelin kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacaktır.
- ✓ Sakinler ile psikolojik destek görüşmeleri yapılması önemlidir; durgunlaşan veya uyku bozukluğu, ajitasyon gibi davranış sorunları gösteren kişilere erken müdahale edilmesi gereklidir.
- ✓ Sakinlerin yakınları ile görüntülü konuşması/internet üzerinden haberleşme için imkan hazırlanması, terk edilmişlik ve yalnızlık hislerini azaltacağından önemli-

dir.

- ✓ Genel sağlık ve temizlik kurallarına uyulmalıdır. Sakinlerin yemeklerini, küçük alanlarda yemeleri, beraber yemenin şart olduğu durumda en az 2 metre ara ile oturmaları sağlanmalıdır.
- ✓ Beslenmede sebze-meyvenin artırılması, düzenli sıvı ve sıcak içecek sağlanması, kurum sakinlerinin susuz kalmamasına dikkat edilmesi gereklidir.
- ✓ Sakinler günde en az yarım saat açık havaya çıkarılmalı, yeterince temiz kıyafeti, ilacı olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- ✓ Kurum doktorları, sakinlerin sağlık durumlarını ve uygulanan tedavileri daha sık kontrol etmelidir. Kurumda, en az bir adet tek yataklı, ayrı banyosu ve penceresi olan hasta izolasyon odası bulunmalıdır.
- ✓ Mekan temizliğine önem verilmeli, ıslak zeminler günde 3 kez, odalar 2 kez dezenfektan içeren sıvılar ile temizlenmelidir. Koridorlarda el dezenfektanlarının bulunması, odaların her gün havalandırılması; sık çarşaf değişimi yapılması gereklidir.

B. Ziyaret Önerileri

- ✓ Ziyaretçilerin, yakınlarını kurumda, ziyaret etmek yerine, görüntülü görüşme, telefon, sosyal medya üzerinden mesajlaşma gibi fiziksel temas gerektirmeyen iletişim yöntemlerinin tercih edilmesi uygundur.
- ✓ Ziyaretçi azalması nedeni ile kaygı, üzüntü duyan hastalara, bu durumun geçici olduğu, ziyaret ile ilgili alınan önlemlerin, korunma önlemleri içinde yer aldığı anlatılmalıdır. Sakinlerin yakınları açısından da ziyaretlerin azaltılması veya kaldırılması, kaygılara ve güven hissinin azalmasına neden olabilir. Bu nedenle yakınlarla sakinlerin durumu hakkında sık bilgilendirme yapılmalıdır.
- ✓ Şiddetli uyum sorunları yaşayan hastalara destek, yemek gibi ihtiyaçların ancak ziyaretçi refakatinde sağlanabilmesi, davranış sorunlarının yatıştırılması için ziyaretçi desteğinin gerekli olması gibi zorunlu durumlarda, ziyaretlere devam edilebilir.
- ✓ Kurumda ziyaret gerçekleştirildiği durumlarda, enfeksiyon riskini azaltmak için gerekli önlemler alınmalıdır. Bu amaçla; Ziyaretlerin mümkün olduğunca kısa tutulması ve sadece bir kişi ile yapılması, ziyaretçilerle sakinlerin kurum bahçesinde, açık havada, en az 1 metre mesafe ile görüşmesi uygundur.
- ✓ Kurum içine girecek ziyaretçilerin galoş ve maske kullanımı zorunlu olmalıdır.

- ✓ Mümkün olduğunca hediye verilmemesi, ya da hediye paketinin temizlendikten veya önerilere uygun şekilde bekletildikten sonra verilmesi gerekir.
- ✓ Öpme, sarılma gibi fiziksel temas içeren iletişim biçimlerine izin verilmemesi gerekir.

C. COVID-19 Şüphesi Olan Hastalar ve Diğer Sakinler İçin Öneriler

- ✓ COVID-19 şüphesi olan bir hastanın varlığı, diğer sakinler arasında kaygı ve huzursuzluk yaratabilir. Bu durumda yapılması gerekenlerle ilgili önceden hazırlık yapılmış olduğunun bilinmesi kurum sakinlerini rahatlatacaktır.
- ✓ COVID-19'a özgü olmasa da, kırgınlık, halsizlik gibi hafif belirtiler gelişen kişiler, izole odaya alınmalıdır.
- ✓ Kurum sakini ile hep aynı personel ilgilenmeli, hastaya müdahale eden personel, hastanın durumuna göre güncel olarak önerilen kişisel koruyucu ekipmana sahip olmalı ve doğru kullanılmalıdır.
- ✓ Hastanın diğer hastalıklarının bakımı ihmal edilmemelidir.
- ✓ Öksürük, ateş, ishal, boğaz ağrısı, nefes darlığı gibi belirtiler gösterenler hemen ilgili sağlık kurumlarına bildirilmelidir.

D. Personele Yönelik Öneriler

Olağanüstü durumlarda, personelin kendini güvende hissetmesini sağlamak ve tükenmesini önlemek, sakinlerin ruh sağlığının korunması açısından önemlidir. Bu kapsamda:

- ✓ Personel kendisinin yeterli şekilde korunduğundan emin olmalı, kendi sağlığı açısından, hastalık hakkında yeterli ve doğru bilgiye ulaşabilmelidir. Bu konuda kurum yönetimi personelin doğru bilgiye ulaşımını kolaylaştırmalıdır.
- ✓ Takdir edilecek işler ortaya çıkaran personellerin kurumca uygun bulunan şekilde ödüllendirilmesi önemlidir. Personele vardiyaya uygun izin, prim, hediye planlanabilir.
- ✓ Personelin iş dışında geçirdikleri vakitlerde, dinlenmelerinin ve sağlıklı beslenmenin önemini vurgulanması, bu konularda önerilerde bulunulması ve destek olunması gerekir.
- ✓ Aşırı gerginlik, sinirlilik, tahammülsüzlük, aşırı halsizlik, öfke kontrolünde ve sabır göstermede zorluk gibi tükenme belirtileri gösteren personelin kurum doktoru

tarafından değerlendirilmesi gerekir.

- ✓ Personelin kendi sağlığı açısından yeterli temizlik kurallarına uyması gereklidir. Dış kıyafet ve ayakkabılarla kurum içinde dolaşılmamalı, kuruma girerken mutlaka kıyafet değiştirilmelidir.
- ✓ Personel odalarının havalandırması, oda temizliğinin sağlanması gereklidir.
- ✓ Ateşi veya üst solunum yolu enfeksiyon belirtileri olan personelin izinli sayılması ve en kısa zamanda COVID-19 açısından tıbbi değerlendirmesinin yapılması gereklidir (18).

Sakinleri, çalışanları ve halkı korumak için bu önlemlerin gerekliliği yaygın olarak kabul edilmektedir. Ancak huzurevinde grup faaliyetlerinin ve ziyaretin kısıtlanması, sakinlerin zihinsel ve fiziksel sağlığı üzerinde çok olumsuz bir etkiye sahip olabilir, bu nedenle makul bir seviyede uygulanmalıdır. Huzurevinde ihmal edilen yaşlılar, mevcut pandemi sırasında olumsuz sonuçlar ve ölüm riski en çok görülen gruptur. Personelin, fiziksel ve zihinsel sağlığının korunması da oldukça önemlidir. Pek çoğu özel gerontoloji ve sağlık bakımı eğitiminden yoksun olan personelin eğitimi gereklidir (15).

Erken, iş birliğine dayalı gelişmiş bakım planlaması, daha iyi biçimlenmiş liderlik ve yönetim ile huzurevi sakinlerinin ve personelin eğitimi şarttır. Esasen bir dizi gerontolojik uzmanlık alanından yeterli girdiye, yüksek kaliteli huzurevi bakım hizmetlerinin nasıl geliştirileceği ve temel sağlık hizmetleri kurallarına nasıl entegre edileceği konusunda radikal bir yeniden düşünmeye ihtiyaç vardır (15).

KAYNAKLAR

1. Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19). Clin Exp Pediatr 2020;63(4):119-124.
2. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 Novel Coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020;323(11):1061-1069.
3. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395:497-506.
4. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet 2020;395:507-513.
5. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infect Dis 2020;20:669-77.
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention.

- JAMA 2020;323(13):1230-1242.(Reprinted 1230
7. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. JAMA 2020;323(18):1775-1776.
 8. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). People at increased risk and other people who need to take extra precautions-2019 (COVID-19). [Internet] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html> Erişim: 18 Ağustos 2020.
 9. Wang J, Yang W, Pan L, et al. Prevention and control of COVID-19 in nursing homes, orphanages, and prisons [published online ahead of print, 2020 Jul 2]. Environ Pollut 2020;266(Pt 1):115161.
 10. Aydın S, Çöl M. İtalya'daki Covid 19 Salgınına Genel Bir Bakış. In: Memikoğlu O, Genç V (Eds). COVID 19. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 2020, pp 249-250.
 11. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. Lancet Psychiatry 2020;7:387-388.
 12. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementiacare during COVID-19. Lancet 2020, March 30 (epub ahead of print) doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30755-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8).
 13. Lansbury LE, Brown CS, Nguyen-Van-Tam JS. Influenza in long-term care facilities. Influenza Other Respir Viruses 2017;11(5):356-366.
 14. O'Neill D. Reflecting on our perceptions of the worth, status and rewards of working in nursing homes. Age Ageing 2018;47(4):502-504.
 15. Fallon A, Dukelow T, Kennelly SP, O'Neill D. COVID-19 in nursing homes. QJM 2020;113(6):391-392.
 16. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of COVID-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med 2020 May 21;382(21):2005-2011.
 17. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations General Psychiatry 2020;33:e100213.
 18. Türkiye Psikiyatri Derneği "Huzurevi ve Bakımevi Çalışanlarına Kurumda Kalan Kişiler İçin COVID-19 Salgınına Yönelik Öneriler". Hazırlayanlar (isim sırasıyla): Kulaksızoğlu Bİ, Ayhan Y. Yayına hazırlayanlar: Öncü F, Erdoğan TS, Başar K. [Internet] <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2832020155435-HuzureviCOVID.pdf>. Erişim: 9 Ağustos 2020.
 19. van Dyck LI, Wilkins KM, Ouellet J, Ouellet GM, Conroy ML. Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak Program. Am J Geriatr Psychiatry 2020;28(9):989-992.
 20. Wang H, Li T, Barbarino P, et al. Dementia care during COVID-19. Lancet 2020;395(10231):1190-1191.
 21. Altın Z. COVID-19 pandemisinde yaşlılar. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2020;30(Ek sayı):49-57.
 22. World Health Organisation. Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19. Geneva, World Health Organisation, 2020. [Internet] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf. Erişim: 19 Ağustos 2020.
 23. Centers for Disease Control. Preparing for COVID-19: Long-term Care Facilities, Nursing Homes. Atlanta, Centers for Disease Control, 2020. [Internet] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>. Erişim: 19 Ağustos 2020.
 24. British Geriatrics Society. Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. London, British Geriatrics Society, 2020. (update 2 June 2020). [Internet] <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes> Erişim: 19 Ağustos 2020.
 25. TC. Sağlık Bakanlığı, COVID 19 Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Alınacak Önlemler. Güncellenme tarihi: 1.05.2020. [Internet] <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/alinan-kararlar.html>. Erişim: 19 Ağustos 2020.

İzolasyonun ruh sağlığı açısından riskleri; önleme ve tedavi süreçleri

Dr. Öğr. Üyesi Hayriye Mihrimah Öztürk

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Karantina ve izolasyon, bulaşıcı hastalıkların bireyler ve topluluklar arasında bulaşmasını engellemek amacıyla uygulanan halk sağlığı tedbirleridir. Kavramsal olarak her ikisi de enfeksiyonu önleme amacını güder ancak uygulamada farklı anlamları vardır. Karantina bulaşıcı bir hastalığa maruz kalmış olma ihtimali olan kişilerin hasta olup olmadığını kesinleştirmek için ayrılması ve hareketlerinin kısıtlanmasını ve böylece başkalarına bulaştırma riskini azaltmayı amaçlamaktadır. İzolasyon ise hastalık tanısı almış kişilerin hasta olmayanlardan ayrılmasıdır (1-4). Karantina uygulamasında kişilerin bulaşıcı hastalığa maruz kaldığı tahmin edilmektedir ve hastalık durumları bilinmeyip bu kişilerin muhtemel taşıyıcı olduğu düşünülmektedir (1,3). Sosyal mesafe ise Yeni Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) ile hayatımıza giren bir terimdir ve temas ve maruziyetin azaltılarak mümkün olan en düşük seviyede tutulmaya çalışıldığı bir yöntemdir.

Tarihsel olarak bakıldığında karantina ilk olarak küzzam hastalığının yayılmasını önlemek için Venedik şehrinde 1127 yılında uygulanmaya başlanmıştır (3,4). Ayrıca karantina 14. yüzyıl boyunca Avrupa'da veba salgınları sırasında toplumları ve şehirleri korumak için kullanılan nadir önlemlerden biriydi (1). Daha sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde sarı humma da dahil olmak üzere çeşitli bulaşıcı hastalıkların artan yükü nedeniyle 1878 Ulusal Karantina Yasası çıkarılmıştır. Kanada ve Çin'de 2003 yılında SARS ve 2014 yılında Batı Afrika ülkelerinde Ebola virüs salgınları sırasında büyük ölçekli karantina uygulamaları yapılmıştır (3,4).

Karantina sürecinde toplumdaki bireylerin bazı hak ve özgürlükleri geçici olarak kısıtlanmaktadır. Dolayısıyla toplumsal barış ve bireysel ruh sağlığı için karantinanın geçerli sebeplerle ve mümkün olabilen en kısa sürede, özenle ve adil bir biçimde uygulanması gerekir (3). Zorunlu karantina ve izolasyon uygulamalarının yararlarını düşünürken ortaya çıkabilecek olumsuz ruhsal sonuçlarını da hesaba katmak gerekir (4).

İçinde bulunduğumuz bu dönemde COVID-19 nedeniyle tüm dünyada geniş ölçekli karantina ve izolasyonlar uygulanmaktadır. Bu pandemi toplumsal ve ekonomik düzeni derinden etkileyen, güven duygusunu sarsan, değerlerin sorgulanmasına neden olan, belirsizlik ve kaygının hakim olduğu evrensel bir varoluşsal kriz yaratmıştır. Nasıl ortaya çıktığının bilinmemesi, etkenin gözle görülememesi ve toplumun tüm bireylerinin risk altında olması salgını küresel bir travmaya dönüştürmüştür (1).

Toplum sağlığını korumak için uygulanan zorunlu karantina ve izolasyon prosedürleri genellikle kişiler için tatsız bir deneyimdir (4). Birçok kriz ve afette olduğu gibi pandemilerde de sıkıntı reaksiyonları (uykusuzluk, güven algısında azalma, kaygı), riskli davranışlar (alkol ve tütün kullanımında artış, kendini işe aşırı adama gibi iş/yaşam dengesizliği ve psikiyatrik bozukluklar gözlenebilir (5).

Sevdiklerinden ayrı kalmak, özgürlük kaybı, can sıkıntısı, hastalık durumuyla ilgili belirsizlik, kontrolü kaybetme hissi bazen dramatik durumlar yaratabilir (3,4). Evde uzun süre kalmak ve açık havaya çıkamamak da ani duygu değişimlerine sebep olabilir. Öfke kontrol sorunları, intihar düşünceleri veya girişimleri karantina sırasında gözlenebilir (3). Ayrıca bu dönemde yaşanan kayıplarda kültürel ve dini ritüellerin yerine getirilememesi, yakınlarıyla vedalaşamama, son günlerinde yanında olamama gibi sonuçlar yas sürecinin yaşanamaması, ertelenmesi ve tamamlanamamasına yol açabilmektedir (1).

Bulaşıcı hastalıkların salgın dönemlerinde karantina öyküsü olan kişiler, karantina sonrası ruh sağlığı açısından olumsuz sonuçlar bildirmişlerdir (2). Yapılan bir çalışmada Bulaşıcı hastalığa maruz kalmış çocuklar ve ailelerinde karantina veya izolasyon sonrası %30 ve %25 (sırasıyla) oranla travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kriterlerinin karşılandığı gösterilmiştir (2). Yakın bir zamanda yayınlanan ve bulaşıcı hastalık salgınlarında karantinanın ruhsal etkilerini tartışan bir derleme makalesinde bu dönemlerde en yaygın görülen ruhsal belirtiler, hastalıklar, risk faktörleri ve risk grupları değerlendirilmiştir. Virüs bulaşmış kişiyle temas sonrası karantina altına alınan bireylerde suçluluk, korku, sinirlilik ve üzüntü hislerinin sık görülen olumsuz duygular olduğu bildirilmiştir (4). Tüm bu olumsuz duygular doğal olarak kişilerin uyku düzenini de bozabilmektedir (6).

Karantinaya bağlı ruhsal sorunların ne kadar sürdüğüne dair bilgiler sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda salgından 3 yıl sonra sağlık çalışanlarında alkol kötüye kullanımını veya bağımlılık semptomlarının karantinaya alınmış olmakla ilişkili olduğu ve karantinaya alınmış olmanın TSSB gelişimi için risk faktörü olmaya devam ettiği gösterilmiştir (4). Karantinaya alınan kişilerde uzun dönemde kalabalık ortamlardan kaçma, yakın temastan kaçınma ve aşırı el yıkama/temizlik gibi davranış değişikliklerinin geliştiği ve bazı kişilerin aylarca normale dönemediği gözlenmiştir (3).

Karantina sırasında sık görülen ruhsal yakınmalar	Karantina sırasında sık görülen ruhsal bozukluklar
Konsantrasyon bozukluğu	Uyum bozuklukları
Kaygı, korku	Akut stres bozukluğu
Öfke, sinirlilik	Travma sonrası stres bozukluğu
Suçluluk duygusu	Majör depresyon
Tükenmişlik	Yaygın anksiyete bozukluğu
Yorgunluk, uyuşukluk	
Uykusuzluk	

KARANTİNANIN STRESÖRLERİ VE PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Karantina Sırasındaki Stresörler

1. İzolasyona bağlı engellenmişlik ve can sıkıntısı, kişinin olağan rutinini devam ettirememesi ve sosyal ve fiziksel çevre temasının kısıtlanması: Karantina kişilerde dünyanın geri kalanından izole edilmiş olma hissine yol açar. Bu engellenmişlik hissi temel ihtiyaçlar için alışveriş yapmak veya telefon/internet üzerinden sosyal ağ faaliyetlerine katılmak gibi olağan günlük aktivitelere katılamamakla daha da şiddetlenebilir (3-4-7).
2. Kaynaklara ve düzenli tıbbi bakıma erişimde yetersizlik, su ve gıda maddelerinin yetersizliği, giysileri sık değiştirememek, ilaç ve maske gibi tıbbi malzemelere ulaşamamak: Yetersiz kaynaklar hayal kırıklığı, kaygı ve öfkeye sebep olabilmektedir (4,7).
3. Yetersiz bilgilenme, otoritelerin salgınla ilgili yetersiz ve çelişkili bilgi vermesi, gecikmiş bilgi akışı, net olmayan yönlendirmeler yapılması, karantina nedenlerinin açıklanmaması ve hastalığın yaygınlığı ile ilgili şeffaf olunmaması
4. Daha uzun karantina süreleri (10 gün ve üzeri) ve karantina uzunluğunun genişletilmesi
5. Hastalığa yakalanma ve/veya diğerlerini enfekte etmekle ilgili korkular: Kişinin sağlığı ve fiziksel belirtilerine artan ilgi ve endişe olarak ortaya çıkabilir.

Karantina Sonrası Stresörler

1. Ekonomik kayıplar: İşe devam edememe, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve diğer beklenmeyen mali yükler özellikle düşük gelirli kişiler arasında sosyoekonomik sıkıntıya neden olabilir ve karantinadan birkaç ay sonra ruhsal hastalık belirtilerinin gelişmesi için bir risk faktörü olabilir (3,4,8).
2. Damgalanma: Bulaşıcı hastalığı olan bireylere yönelik damgalama karantina döneminde ortaya çıkmakta ancak bu durum karantina sonrasında da etkisini sürdürmektedir (3). Komşular, iş arkadaşları, arkadaşlar ve hatta aile bireyleri tarafından reddedilme ve damgalanma, kişilerin kendilerine farklı veya korku ve şüpheyle yaklaşıldığını düşünmesine yol açabilir. Boş zaman, iş yeri veya okul aktivitelerinden dışlanır veya kaçınılır (7).
3. Kişinin normal rutinine dönmesi: Normal iş ve sosyal rutinelere geri dönmek birkaç günden birkaç haftaya kadar uzayabilir ve hatta aylarca sürebilir. Rutinlere geri dönmenin zaman alacağını bilmek endişe, kaygı ve hayal kırıklığına sebep olabilir.

Karantina ve izolasyon altında yaşanan durumlarla ilişkili kaygı duymak, korkmak, endişelenmek uygun ve doğal bir ruhsal yanıttır. Kişilerin yakın gelecekle ilgili tüm planları ani bir biçimde değişir ve kendilerine yabancı bir ortamda zaman geçirmeleri gerekir. Karantinada ilişkilerden uzak kalmak veya kendilerine bağımlı kişilerin ihtiyaçlarının karşılanamaması düşüncesi kaygıları hastalık seviyesine taşıyabilir. Karantinadaki kişilerin yakınlarının hastalanması, zorlamalara tanık olmak, zor kullanılarak karantina altına alınmak, kendi yakınlarının risk altında olduğunu bilmek travma belirtilerine yol açabilir.

Çökkünlük de kaygı gibi sevenlerinden ayrılma, belirsizlik, yaşam koşullarında değişikliğe verilen doğal bir tepkidir. Çaresiz hissetmek ve belirsizlik çökkünlüğü şiddetlendirebilir.

Nöropsikiyatrik açıdan yatkınlığı olan kişilerde ve özellikle toplumun yaşlı kesiminde bu dönemde izolasyona bağlı deliryum tablosu görülebilmektedir. Uyarıcı eksikliği, duyuşal yoksunluk ve kişinin oryantasyonunu sağlayan, destekleyen ve güven veren sosyal ilişkilerin kısıtlanması da deliryuma yatkınlık yaratabilir (3). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de yaşlı popülasyonla yapılan bir çalışmada katılımcıların %37'inde anksiyete ve depresyon belirtileri saptanmıştır (9).

Karantinada ruhsal hastalıklar bakımından riski gruplar (3)

Ruhsal hastalığı bulunanlar

Sağlık çalışanları

Alkol ve madde bağımlılığı olanlar

Gebeler, postpartum dönemdeki kadınlar

Bilişsel bozukluğu olanlar

Azınlık grupları

Yaşlı bireyler

Karantinada Ruhsal Hastalıklar Bakımından Riski Gruplar (3)

- ✓ Ruhsal hastalığı bulunanlar
- ✓ Sağlık çalışanları
- ✓ Alkol ve madde bağımlılığı olanlar
- ✓ Gebeler, postpartum dönemdeki kadınlar
- ✓ Bilişsel bozukluğu olanlar
- ✓ Azınlık grupları
- ✓ Yaşlı bireyler

Karantina sürecinde ruhsal hastalıkların gidişi olumsuz etkilenebilmektedir. Tedaviyle ilgili aksaklıklar hastalık belirtilerini alevlendirebilmektedir. Sadece ilaçlara ulaşamamak değil düzenli yapılması gereken testlerin (lityum, valproik asit düzeyleri, klozapin kullananlarda tam kan sayımı gibi) karantinada uygulanamaması hastalık alevlenmelerini artırabilmektedir. Hastalık bulaşması durumunda kullanılacak ilaçların psikotropolarla etkileşimleri de dikkate alınmalıdır. Geçmişte ruhsal hastalık öyküsü bulunanların karantinayı takip eden 4-6 aylık dönemde görülen kaygı ve öfke gibi ruhsal yakınmalara daha yatkın olduğu gösterilmiştir (4).

Alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerin izolasyonu yoksunluk, deliryum veya nöbet riskine sebep olabilmektedir. Bu nedenle bu kişilerin detoksifikasyon sürecine alınmaları gerekmektedir.

Özellikle demans ve zeka geriliği gibi bilişsel bozukluğu olan bireylerin alınan

tedbirleri algılamakta ve uyum sağlamakta güçlük çekeceği öngörülmelidir. Bu bireylerin öz bakım kapasiteleri kısıtlı olduğu için kendi ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilecekleri ve karantina koşullarına uyamayacakları öngörülerek kurumlarda kendilerine benzer durumdaki kişilerle birlikte izole edilmeleri sağlanabilmektedir.

Gebeler, bebeklerinin sağlığı ve virüsün bebek üzerindeki olumsuz etkileriyle ilgili kaygı duyabilirler. İzolasyon veya karantina koşullarında doğum yapan kadınlar ruhsal hastalık riskinin artışı bakımından daha dikkatli izlenmelidir.

Karantina Ve İzolasyonun Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerini Azaltmaya Yönelik Öneriler

Toplum sağlığını korumak için uygulanan karantina ve izolasyon dönemlerinde oluşan ruhsal etkilerin geçici olabilmesi için erken müdahale edilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırmaya yönelik yeterli önlemlerin zamanında alınması gerekmektedir.

Karantina döneminde psikolojik iyilik halinin devamı için yapılabilecek bazı uygulamaları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. İletişimin müdahale aracı olarak geliştirilmesi: Açık, anlaşılır ve pratik bir iletişim olumsuz psikolojik tepkileri azaltabilir ve davranışsal bağlılığı geliştirebilir. Hastalığın doğal süreci, karantina nedenleri ve diğer temel bilgiler hakkında hızlı, tekrarlanabilen ve kültürel açıdan uygun iletişim sağlanmalıdır (7). Ayrıca halk sağlığı çalışanlarının herhangi bir semptomla karşılaştıklarında ne yapacakları konusunda kişilerle açık iletişim hatları oluşturmaları da önemlidir. Karantinada olan kişiler için özel olarak oluşturulmuş çevrimiçi hizmet, hastalık semptomlarının gelişmesi durumunda ne yapılacağına dair bilgiler verebilecek sağlık çalışanlarının görevlendirilmesi kişilere güvence vermeye ve unutulmadıklarını hissetmelerine yardımcı olabilmektedir (4). Evde karantinaya alınan kişiler için destek gruplarının da yararlı olabileceği gösterilmiştir. Aynı durumda olan başka insanlarla iletişimde olmak kişileri güçlendirebilmekte ve karantina kurallarına uyum konusunda motivasyonlarını artırabilmektedir (3).
2. Yakınlarıyla iletişimin kolaylaştırılması: Yakınlarının koşullarının bilinmesi karantinadaki bireylerin duygusal sağlığı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabilir ve karantinaya devamı kolaylaştırabilir. Yakınlarının sağlıklı oldukları ve iyi bakıldıkları bilgisi stresi azaltırken, bilgi eksikliği veya endişe verici haberler stresi artırabilir. Karantinadan önce sevdikleriyle vedalaşmak ve düzenlemeler yapmak için bireylere yeterli zaman verilmelidir. Karantina süresince sevilenlerle iletişim kurmak için teknoloji kullanımını kolaylaştırmak gerekir (7). Kişinin dahil olduğu sosyal ağların içinde kalması hem kaygısının azalmasında hem de uzun vadeli ruhsal sorunların azalmasında katkıda bulunabilir (3). Kablosuz internet bağlan-

tısının ve telefon iletişiminin sağlandığı karantina ortamlarında kişilerin yakınlarıyla iletişim halinde olmaları, görüntülü konuşmaları mevcut panik halinin ve stresin azalmasına yardımcı olabilir.

3. Can sıkıntısının ve izolasyonun azaltılması: Can sıkıntısı ve izolasyon sıkıntısına yol açabilir. Karantinadaki kişilere can sıkıntısından kurtulmak için yapılabilecekler hakkında, başa çıkma ve stres azaltma teknikleri konusunda bilgi verilmelidir. Karantina boyunca aktiviteler için plan yapmak can sıkıntısını azaltmaya yardımcı olabilir ve yakınlardan soyutlanma hissi ve belirtilerine odaklanmayı azaltabilir. İnternet ve sosyal medya kullanımını kolaylaştırmak iletişimi sürdürmek için önemlidir. Ancak çok fazla medyaya ve güvenilmez kaynaklara maruz kalmanın stresi arttırabileceği akılda tutulmalıdır.
 4. Karantınayı olabildiğince kısa tutmak: Uzun süreli karantina uygulamaları daha yaygın ve şiddetli ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Bilimsel olarak makul bir uzunlukta sınırlamak ve aşırı ihtiyatlı olmamaya çalışmak ruhsal etkileri en aza indirecektir. Mümkün olduğunca karantina süresi uzatılmamalı fakat mecbur kalırsa en kısa sürede kişilere güncel bilgiler sağlanmalıdır. Karantina süresinin uzatılması kişilerde engellenme, mahrumiyet ve hayal kırıklığı duygularını arttırmaktadır (3,4,7).
 5. Herkes için ulaşılabilir, anlaşılabilir ve doğru bilgi verilmesi: Karantinadaki kişiler hasta olmaktan ve hastalığı bulaştırmaktan kaygı duymaktadırlar. Ayrıca karantina boyunca deneyimlenen herhangi bir fiziksel semptomu felaketleştirmektedirler. Sağlık çalışanlarından aldıkları yetersiz bilgiler maruz kaldıkları bulaşıcı hastalık ile birleşince bireylerin yaşadıkları korku daha da artmaktadır. Bu nedenle karantinadaki kişilerin hastalık özellikleri ve karantinaya alınma sebepleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmeleri gerekmektedir (3,4).
 6. Yeterli malzeme temini: Daha önce de belirtildiği gibi ihtiyaçların karşılanmaması, ilaç, maske, su ve gıda maddelerine geç veya yetersiz ulaşım kaygı düzeyini arttırmaktadır. Karantinadaki kişilerin temel ihtiyaçlarının mümkün olduğunca hızlı sağlanması gerekmektedir. Kaynakları sağlamak kadar tükenmemesi için de koruma ve yeniden tahsis planları oluşturmak önemlidir.
 7. Risk gruplarına özel önlemlerin alınması: Yüksek riskli gruplar, daha önceden ruhsal hastalığı olanlar, gebe ve postpartum dönemde olan kadınlar, bilişsel kapasitesi kısıtlı olan kişiler ve sağlık çalışanlarına özel önlemler alınmalıdır. Özel destek gruplarının bu dönemde kaygıyı azaltmada yardımcı olabileceği unutulmamalıdır.
-

Karantina veya izolasyon altındakilerin kişisel bazı kararları vermesinin desteklenmesi, günlük rutin oluşturmasının sağlanması ve sağlıklı savunma düzeneklerinin (mizah gibi) kullanılmasına olanak verilmesi ruh sağlığını korumada yardımcı olabilecek düzenlemelerdir.

KAYNAKLAR

1. Bozkurt Y, Zeybek Z, Aşkın R. (2019) COVID-19 Pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2019;19(37):304-318.
2. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. Available at SSRN 3561265.
3. Türkiye Psikiyatri Derneği. (2019) Karantinanın ruhsal etkileri ve koruyucu önlemler. <https://www.psikiyatri.org.tr> Erişim:2.9.2020.
4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet March 14, 2020;395(10227):P912-920. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext) Erişim:2.9.2020.
5. Mental Health and Behavioral Guidelines for Preparedness and Response to Coronavirus and other Emerging Infectious Outbreaks. Available at <https://www.cstsonline.org/assets/media/documents> Erişim:2.9.2020.
6. Xiao H, Zhang Y, Kong D, et al. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research 2020;26:e923921-1.
7. Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Healthcare Providers Need to Know Available at <https://www.cstsonline.org/assets/media/documents>. Erişim:2.9.2020.
8. Kaya B. Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri, Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:123-124.
9. Meng H, Xu Y, Dai J, et al. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. Psychiatry research 2020;289:112983.

Yeni Koronavirüs hastalığı (COVID-19) sürecinde “yaş” ayrımcılığı; toplumsal boyutu ve önlemeye yönelik öneriler

Prof. Dr. Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) dünyada pek çok kavramın yeniden tartışılmasına neden olmuştur. Hastalık, yüzyılın pandemisi olarak kabul edilmektedir (1). Dolayısıyla, çok farklı konularda sürdürülen “yeni” tartışmalar bugünden yarına taşınacak, süreçte alınan derslerden yola çıkarak “yeni” bilimsel birikimler elde edilecektir.

Yeni Koronavirüs Hastalığına neden olan virüs SARS-CoV-2 (2) herkes için bulaşma ve hastalanma riski taşımaktadır. Bununla birlikte, hastalığın seyrinin bazı kişilerde daha ağır olduğu bilinmektedir. Risk gruplarının birisi 65 yaş ve üzeri kişilerdir. COVID-19’un 65 yaş ve üzeri bireyler açısından risk taşıdığı, hastalığın daha ağır seyrettiği, ölüm hızlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bilimsel verilerle ortaya konmuştur (3). Dolayısıyla, COVID-19 açısından yaşlılık dönemine özel önlemlere ihtiyaç bulunmaktadır.

Yaşlılık döneminde diğer yaş gruplarına göre bazı sağlık, sosyal, ekonomik, vb. koşullar daha farklı seyretilmektedir. Bu döneme özgü olumsuz tutum ve davranışların sağlık ve diğer hizmetlere erişimin önünde engel olduğu da bilinmektedir. Yaşlılara yönelik ayrımcı tutum ve yaklaşımların bu konuda önemli ve önlenmesi gereken bir durum olduğu ifade edilmektedir.

“Yaş” nedeniyle yapılan her türlü ayrımcılık olarak bilinen “yaş ayrımcılığı” İngilizce “ageism” sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmaktadır (4). Yaş ayrımcılığı her yaş grubu için yapılsa da yaşlılık döneminde daha fazla görülmektedir. Bu durum bireylerin sağlık ve iyilik hallerini, sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyebilmektedir (5), uluslararası önem kazanan bir konudur (6). Olağanüstü koşullarda yaş ayrımcılığı gibi olumsuz durumların yaratacağı etkilerin artması muhtemeldir.

Bu yazı içeriğinde pandemi sürecinde yaş ayrımcılığının bireysel etkilerinin yanı sıra toplumsal etkilerinin açıklanması, dikkat edilecek konuların belirtilmesi ve önle-

meye yönelik bazı önerilerin sunulması amaçlanmıştır.

Pandemi sürecinde yaş ayrımcılığı ile ilgili bilimsel literatür bilgileri her geçen gün artmaktadır (7). Yeni Koronavirüs Hastalığı süreci, ileri yaş grubuna ayrımcılık yapılabilen bir dönemdir ve medyanın da bu konuda etkisi olabileceği (7) üzerinde durulmaktadır. Pandemi sürecinde yaşlıların hastalığı daha ciddi seyirli geçirmeleri ve bu yaş döneminde ölümlerin daha fazla olması pandeminin “kaçınılmaz ve “normal” bir sonucu olarak algılanmaktadır (8).

Yeni Koronavirüs Hastalığı mücadelesinde sadece yaş üzerinden bir değerlendirme yaparak politika ve uygulamaları belirlemek eksik bir yaklaşım olabilir. Hastalığın verilere yansıyan yüzünde yaşlılık döneminin bir risk olarak tanımlandığı görülmektedir, ancak bu değerlendirmenin sadece yaş üzerinden yapılmaması öneriler arasında yer almaktadır (9).

Yaş ayrımcılığı mesajları, toplumun her düzeyinde ve çok farklı kurum ya da birey(ler) tarafından farkında olarak ya da olmayarak yapılabilir. Hükümet, kurumlar, medya, işletmeler, kuruluşlar, yerel topluluklar, kültürler, dinler ve aile gruplarının yanı sıra otorite konumundaki kişiler, aile üyeleri, arkadaşlar, vb. ayrımcılığın kaynağına ilişkin verilebilecek örnekler arasındadır (10).

Yaşlanma ve etkileri mevcut kronik hastalıkların, sağlığın sosyal belirleyicilerinin etkilerinden bağımsız olarak değerlendirilmemelidir. Aksi takdirde, yaşlanma nedeniyle oluşabilecek durumların kendisi ayrımcılığa neden olabilir (11). Uygulamalarda, söylemlerde sadece kronolojik yaşın temel alınmasının kendisinin bir ayrımcılık örneği olduğu görüşünü savunan bilim insanları da bulunmaktadır (10).

Sağlık iletişiminde kullanılan dil her zaman önem kazanmıştır. Hiç kimseye karşı ayrımcı dil kullanılmaması gerekir. Bu noktada gündelik hayatta sık kullanılan ve aslında ayrımcılığı destekleyen bazı uygulamalar ve söylemler aşağıda yer almıştır (12):

- ✓ Siyah balonların ve krep kağıdının yer aldığı doğum günü partileri, yaşlanmayı eğlenceli hale getiren kartlar, yaşlanmayla ilgili şaka hediyeler.
- ✓ “Yaşlanmayı geciktirici” adı ile satılan ürünler ve hizmetler
- ✓ Yaşlıları gençlerle karşılaştırarak övmek
- ✓ “*Bu yaşına rağmen, halenyapabiliyorsun*” gibi söylemler
- ✓ “*Bunları yapmak için çok yaşlısın*” gibi söylemler
- ✓ Ufak bir unutkanlığı “yaşlılık anı” olarak tanımlamak
- ✓ “*Büyükbaba, kirli yaşlı adam, küçük yaşlı kadın, vb.*” bazı damgalayıcı sıfat, isim kullanmak

- ✓ Olumsuz algılamalardan çekinildiği için yaşın söylenmesinde çekinik davranmak, olduğu yaşı söylememek

Yaş ayrımcılığı olağan koşullarda bile pek çok sağlık sorununa neden olmaktadır. Bu sorunlar arasında fizyolojik sorunların olduğu bilinmektedir. Kalp ve damar hastalıkları, inme, diabetes mellitus, obezite, hipertansiyon, kanser, artrit gibi kronik hastalıkların yaş ayrımcılığı ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Stres de bu nedenle artabilir. Yaş ayrımcılığı algılanan sağlığın daha kötü olması, yaşam kalitesinin kötülüğü ile sonuçlanabilmektedir (13,14). Bu genel bilgilere ek olarak, COVID-19 döneminde “yeni” ve öngörülemeyen durumların ortaya çıkması muhtemeldir. Dolayısıyla konunun, yaratacağı ek sorunların çok dikkatli incelenmesi ve önlemleri alınması gerekmektedir. Pandemi sürecinde yaşanan sorunlar arasında hastalığın atipik seyri, semptomlardaki farklılıklar, immün sistemin verdiği yanıtlardaki değişimler, test stratejileri, tedavi uygulamaları, olası ilaç etkileşimleri, yaşa bağlı ayrımcılık yer almaktadır (15).

Sağlık çalışanları ötekileştirici dilden uzak durarak ve önleme, tanı, tedavi, vb. süreçlerinde eşit ve hakkaniyet temelli yaklaşımları benimseyerek pandemi koşullarında da yaş ayrımcılığı ve neden olabileceği sorunları önleyebilmektedirler. Bununla birlikte, toplumsal düzeyde önlemler alınmadığı zaman yaşlı bireylerin ayrımcılık nedeniyle karşılaşabilecekleri sorunlara çözüm üretebilmek kolay olmamaktadır. Bu noktada doğru yaklaşımların uygulanmasının her zamankinden daha fazla önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Ehni ve Wahl (2020) aşağıdaki altı temel yaklaşımın benimsenmesini önermektedir (16):

1. Yaşlılık döneminde bireyler heterojen özelliklere sahiptirler. Bu dönem diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında en “heterojen” dönem olarak da bilinir. Yaşlıların sağlıkları, fonksiyon ve kapasiteleri olumsuz önyargıların öne sürdüğü klişelerden daha iyi durumdadır.
2. Yoğun bakım ve diğer tıbbi bakım biçimleri için yaş sınırları uygun değildir ve etik değildir.
3. Yaşlılığa ilişkin eksik bakış açıları yaşlı bireyler ve genel olarak toplumlar için tehlikelidir; kuşaklar arası dayanışma güçlendirilmelidir. Olumsuz yaş yaklaşımları nedeniyle yaşlı bireyler, tıbbi kaynakların olası yetersizliği ile de ilişkili olarak tıbbi bakımı reddetme baskısı hissedebilirler.
4. Krizde yaşlı yetişkinlere yönelik ataerkil tutumu benimsemek doğru olmaz.
5. COVID-19 pandemisi, yaşlı yetişkinler arasında modern bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını teşvik etmeyi gerektirmektedir.

6. Yeni Koronavirüs Hastalığı, geriatri biliminin yanı sıra gerontoloji konusunda da yeterli donanıma sahip olmayı gerektirir.

Bireysel düzeyde sağlık ve hastalık ilişkisi odaklı COVID-19 ve yaşa bağlı ayrımcılığın yanı sıra bu durumun toplumsal boyutları da önemlidir. Yaşlı bireyler bu nedenle toplumdan dışlanabilmektedirler. Damgalama, etiketleme gibi istenmeyen durumlar toplumsal düzeyde görülebilmektedir. Birleşmiş Milletler Mayıs 2020 döneminde yayınladığı bir Rapor içeriğinde bu konuya yer vermiştir ve önlemenin anahtarını “dayanışma” üzerinden tanımlamıştır (17). Bu ve benzeri önerileri yerine getirirken durumu iyi anlayabilmek için COVID-19 sürecinde yaşlılık dönemine özel bazı bilgi ve yaklaşımların hatırlanmasında yarar bulunmaktadır (18):

1. İletişimde kullanılan dile dikkat edilmelidir. Güven duygusu, sağlanması gereken önemli bir adımdır.
2. Sosyal açıdan ilişkileri sürdürmek gerekir. Bu gibi kriz dönemlerinde yaşlı bireylerin karar verme süreçlerine katılmaları sağlanmalıdır.
3. Duygusal açıdan destek mekanizmalarının güçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireyler için bu adımın önemi büyüktür.
4. Sağlık hizmetlerinin sunumu için farklı yöntemler bu gibi kriz dönemlerinde kullanılabilir.
5. Yaşlı bireylerin dijital ortamları kullanma kapasitelerini geliştirmeye çalışmak uygun olur. Bu sayede doğru bilgi kaynaklarına erişim de sağlanabilir.
6. Özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara yönelik dikkatli olmak gerekir. İhmal, istismar, ayrımcılık, şiddet gibi istenmeyen durumların önlenmesi için mutlaka önlemler alınmalıdır. Bu konuda tespitlerin yapılması için hekimlerin ve sağlık çalışanlarının dikkatli ve duyarlı olmaları gerekmektedir.
7. Yaşlılık döneminde gereksinim duyulan sağlık hizmetlerine erişimin engelleri olmamalıdır. Kriz durumlarında ortaya çıkan “yeni” gereksinimlere yönelik de mekanizmaların kurulması gerekir.
8. “Yaşlı dostu” hizmet modelleri geliştirilmelidir.
9. Yaşlı bireylere bakım veren kişilerin de ihtiyaçlarının karşılanması uygun olur. Örneğin; depresyon, anksiyete, vb. durumlar yaşlılara bakım veren kişilerde kriz dönemlerinde artma eğilimi içinde olabilir. Dolayısıyla, bu gibi durumlara hazırlıklı olmak gerekir.
10. Bireylerin yaşlarından bağımsız olarak; her koşulda “saygı”, “onurlu yaşam” gibi

temel insan haklarının gerektirdiği kavramlar korunmalıdır.

Sonuç olarak, COVID-19 mücadelesinde 65 yaş ve üzeri grubun karşılaştıkları yaşa bağlı ayrımcılık düşünülmeli ve önlenmelidir. Bu konuda hekimler ve sağlık çalışanları tıbbi açıdan önlemlerini almalıdırlar. Ayrımcılığın toplumsal etkilerinin önlenmesi için ise toplum düzeyinde önleyici mekanizmaların kurulmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Gates B. Responding to Covid-19-A Once-in-a-Century Pandemic? N Engl J Med 2020;382:1677-1679.
2. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) Erişim:20.08.2020.
3. Estimating mortality from COVID-19. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19> Erişim:20.08.2020.
4. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health 2019;109(8):e1-e9.
5. Officer A, Schneiders ML, Wu D, Nash P, Thiyagarajan JA, Beard JR. Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism. Bull World Health Organ 2016;94(10):710-710A.
6. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. Psychol Bull 2015;141(5):993-1021.
7. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. J Am Med Dir Assoc 2020;21(5):576-577.
8. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, et al. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? [published online ahead of print, 2020 May 6]. Age Ageing 2020;afaa097.
9. Ageism and COVID-19. [Internet]. Available from: <https://www.apa.org/topics/covid-19/research-ageism> Erişim:19.08.2020.
10. Previtali F, Allen LD, Varlamova M. Not Only Virus Spread: The Diffusion of Ageism during the Outbreak of COVID-19. J Aging Soc Policy 2020;32(4-5):506-514.
11. Reynolds L. The COVID-19 pandemic exposes limited understanding of ageism. J Aging Soc Policy 2020;32(4-5):499-505.
12. Ageism. [Internet]. Available from: <https://www.ecumen.org/blog/you-look-good-your-age-and-other-everyday-ageist-expressions-avoid/> Erişim:20.08.2020.
13. Allen JO. Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. Gerontologist 2016;56(4):610-614.
14. Jackson SE, Hackett RA, Steptoe A. Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. The Lancet Public Health April 2019;4(4):E200-E208.
15. Isik AT. Covid-19 Infection in Older Adults: A Geriatrician's Perspective. Clin Interv Aging 2020;15:1067-1069. Published 2020 Jul 6. doi:10.2147/CIA.S260972.
16. Ehni HJ, Wahl HW. Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic. J Aging Soc Policy 2020;32(4-5):515-525.
17. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older

Persons. [Internet]. Available from: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>. Erişim:20.08.2020.

18. Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102154.

Klinik perspektiften gelecekteki Tele-Tıp uygulamalarının yaşlılık boyutu

Uzm. Dr. Çağla Uyanusta Küçük

Acıbadem Ankara Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Tele-tıp, tele-sağlığın bir alt dalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tele-tıp; bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi; sağlık personelinin sürekli eğitimi ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak, uzaktan ve geçerli bilgi iletişim yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık merkezlerine uzak olan hastalar tele-tıp sayesinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Böylece hastalığın tanı ve tedavi sürecinde bölgesel farklılıkların ortadan kalkması sağlanmaktadır (1).

Tele-sağlık ise, sağlıkla ilgili hizmetlerin başka yerde oturan kişi veya hastalara kurulmuş ağlar yardımıyla aktarılması demektir, klinik (koruyucu, destekleyici ve iyileştirici uygulamaların tümü) veya klinik dışı (eğitim, uygulamadaki kuralların düzenlenmesi, sistemlerin entegrasyonu, hasta kayıtları ve elektronik sevk işlemleri gibi) olabilir. Tele-tıp yöntemleri ise tele-sağlık hizmetlerinin klinik uygulamalarını ve daha çok tedavi ve hasta takibinde kullanımını içerir (2).

Akut ve kronik belli başlı durumlar, tele-tıp yöntemleri, özellikle videolu görüşme temelli iletişim yollarıyla yönetilebilir. Yaşam bulgularının ölçümünü sağlayan cihazlar (kan basıncı, oksijen saturasyonu, termometre ve kilo ölçümü ile kan glikoz, elektrokardiyogram (EKG), elektromiyogram (EMG), elektroensefalogram (EEG) izlemi, dijital oftalmoskop, dijital stetoskop, dijital ultrasonografi gibi) tele-tıp uygulamasında yardımcı yöntemlerdir, bu aparatlar bilgisayara veri aktaracak şekilde düzenlenebilir ve sağlık kuruluşuna ya da video-konferans yöntemiyle sağlıkçıya aktarılabilir. Elbise, kemer, aksesuar, saat, gözlük şeklinde giyilebilir şekilde veya vücut içine yerleştirilebilen cihazlar kullanılarak hastanın izlenmesi mümkündür. Sanal ortam ayrıca aşılama, sigarayı bırakma, diyet ve fiziksel sağlık gibi önleyici sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilerin paylaşılması ve destek olunması ile ilgili uygun bir fırsat yaratabilir (1-3). Tele-radyolojik uygulamalar ise hali hazırda yaygın olarak kullanılmaktadır.

Tele-tıp uygulamalarının, sağlık merkezine ulaşmaları zor olan kırsal kesimde ya-

şayan özellikle yaşlı, engelli hastalar için kolaylık sağlayabileceği, hastaneye başvuru ve yatışları azaltabileceği, daha az kaynakla daha çok iş yapılabilceği, sağlıkçıların iş yükünü azaltabileceği, maliyetlerin azalacağı, evde bakım hizmetlerinin iyileştirilebileceği, hastaların daha yakın takip edileceği ve kayıtlarının düzgün tutulabileceği düşünülmektedir. Ancak tüm bu sistem ve uygulamalar sağlık sistemi desteklese de, normal vizitlerin ve muayenenin yerini dolduramayacağı, sadece destek ve yardımcı olacağı unutulmamalıdır (2).

Shraddha ve arkadaşları 2000-2016 yılları arasında konuyla ilgili çalışmalardan oluşan derlemelerinde tele-tıp ile yüksek hasta memnuniyetinin %31,25 olduğunu, bu uygulamanın tıbbi konsültasyon yöntemi olarak yüksek düzeyde kabul edildiğini belirtmişlerdir. Çalışmalarda bakım koordinasyonu, tele-tıpta gizlilik ve güvenilirliğin önemi, kişisel ziyaretlere kıyasla kolaylık artışına dem vurulduğu vurgulanırken, tele-tıp sistem tasarımcılarının, tele-tıp uygulamalarını tasarlarırken geriatrik hastaların biliş, algı, davranış ve yaşla ilgili sorunları dikkate almaları gerektiğini belirtmişlerdir (4).

Liu ve arkadaşlarının geriatrik yaş grubuna yönelik çalışmalardan derledikleri yazılarında, akıllı evler ve sağlığı monitorize etmek için teknolojiye hazırlık seviyesinin hala düşük olduğunu, karmaşık ihtiyaçları olan yaşlı erişkinlerde günlük yaşam aktivitelerini, özellikle bilişsel gerileme, akıl sağlığını ve kalp rahatsızlıklarını izlemede kullanılmak üzere ev sağlığı teknolojilerini destekleyen bir çalışmada kanıt seviyesinin yüksek olduğunu, fakat sakatlanma, düşmeler, hayat kalitesini kolaylıkla tahmin edemediğini, kronik obstrüktif akciğer hastalığını takipte ise çatışan bulgular olduğunu belirtmişlerdir (5).

Türkiye’de tele-tıp uygulamaları 2006 yılında, 2006-2010 dönemini kapsayan “Bilgi Toplumu Stratejisi” ile “Bilgi Toplumu Stratejisi Eylem Planı”nın kabulüyle resmi gazetede yayımlanarak uygulamaya konmuş, ülke genelinde ulusal sağlık bilgi sistemi ve veri tabanı oluşturulması kararı alınmıştır. Halka yönelik temel sağlık hizmetlerinin (randevu, kişisel kayıtlara erişim, sağlık raporu, sağlık hizmeti ödemeleri vb.) çevrimiçi sunumu sağlanması, tele-tıp uygulamaları ile vatandaşlara danışmanlık ve yönlendirme yapılması, sağlık kurumlarına ileri teknolojiler ile teşhis ve tedavi desteği sağlanması kararlarının yansması olarak merkezi hastane randevu sistemi, e-reçete, elektronik sevk sistemi, aile hekimliği bilgi sistemi uygulamaya konmuştur (6).

Birleşmiş Milletler verilerine göre 2019 yılında %9 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının 2050 yılında %16’ya yükselmesi beklenmektedir. Ülkemizde de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2019 yılı itibarıyla %9,1 olmuştur (7). “Türkiye’de nüfusun yaşlanması, yaşlanma anlamında bölgesel farklılıklar

içerirken (Batı Karadeniz’de ortalama yaş 39 iken bu Güneydoğu Anadolu’da 19’a düşmektedir) 60 yaş üstü 100 erkeğe karşı 77 kadın düşmesi, nüfusun yaşlanmakla birlikte “kadınlaştığını” da göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı verilerine göre kırsalda yoksulluk çizgisinin altında yaşayan nüfusun yüzdesi (%16,5) kent yoksulunun üstünde (%13,8). Kırsal yaşlı kadınların yaşadığı sorunların başında yalnızlık ve kısmi yoksulluk geliyor. Gıda yoksunluğunun yanı sıra sağlık hizmetlerine erişememe en fazla dile getirilen sorunların başında gelmektedir (8).”

Türkiye Emekliler Derneği tarafından ortalama yaşı 60,8 olan 3400 emekli ile yürütülen “Türkiye Emekli Profili” (2012) araştırmasında bireylerin en çok merdiven çıkma (%23,1) ve doktora gitme (%15,4) konularında zorlandıkları ve yardım aldıkları belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan emekli bireylerin büyük çoğunluğu (%90,6) yürümeye yardımcı araç kullanmaktadır. İşitme cihazı kullananların yüzdesi 87,4 dür. Araştırma kapsamına alınan 40-64 yaş grubunda yalnız yaşayanların yüzdesi 10,08 iken, 65 ve daha büyük yaşta yalnız yaşayanların yüzdesi 17,41’e yükselmektedir. Sosyal yardımlardan “yararlanmayanların” oranı 65 yaş üstü grupta %72,69 olup, bu yüzde kadınlarda daha fazladır. Evde sağlık hizmetinden haberi olmayanların yüzdesi 49,57 iken, ihtiyaç olduğunda ambulans numarası bilmeyenlerin oranı %15,05 olarak belirlenmiştir. Bu yaş grubunda en sık beyan edilen hastalıklar diyabet (%33), kas eklem sorunları-artrit (%32), göğüs hastalıkları (%17,2), astım (%14,2), kalp hastalıkları (%12,5) işitme (%17,2) ve görme kaybının (%20,5) az olmadığı gözlenmiştir. Bu yaş grubundaki katılımcıların dörtte birinden fazlasının (%26,5) sigara içtikleri, %9,9’unun alkollü bir içecek içtikleri bulunmuştur. Bu yaş grubunda olup hipertansiyon teşhisi bulunanların yüzdesi 35,1’dir. Obez olduğunu beyan edenlerin yüzdesi 6,8’dir (9,10).

Tüm bu veriler tele-tıp uygulamalarının bu yaş grubuna katkıda bulunabileceği, ancak bilme, talep etme, kullanma konusunda güçlükler yaşanacağını düşündürmektedir. Sosyal yardımlardan yararlanmayanların sıklığının yüksek oluşu, tele-tıp uygulamalarının sosyal yardım kapsamında yer alması halinde dahi büyük bir gruba ulaşılması konusunda güçlükler yaşanacağını düşündürmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması 2020 sonuçlarına göre 65-74 yaş grubunda internet kullanımı oranı ise toplamda %27,1 (erkeklerde %34,9, kadınlarda %20,4) olarak bildirilmiştir. Bilgisayar kullanımında en son TÜİK verileri ise 2018 yılına aittir. 65-74 yaş arası grupta toplam bilgisayar kullanımı %8,5 (erkeklerde %11,5, kadınlarda %5,9) olarak rapor edilmiştir. Bunun yanı sıra internet kullanım oranlarının bölgeden bölgeye de ciddi bir şekilde değişkenlik gösterdiği fark ediliyor. TÜİK’in verilerine göre internet kullanımı, %88,7 ile en çok İstanbul’da yaygın olup, internet kullanım oranı en düşük bölgenin, %63,8 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi olduğu görülmektedir (11).

Fransa'da 2017 yılında yapılan bir araştırmada 60 yaş ve üzeri 300 bin kişinin hiç kimseyle ilişki kurmadığı ve bu anlamda sosyal ölü olduğu ve bu grubun %31'inin hiçbir zaman internet kullanmadığı saptanmıştır. İnternet kullanmama 75 yaş üzerinde %47'ye 85 yaş üzerinde %68'e ulaşmaktadır (12,13).

Tüm bu verilerden tele-tıp uygulamalarının hedefine ulaşması için tüm bu sosyal sorunların, yoksulluğun, yoksunluğun, din, dil, ırk farklılıklarının, mülteci olmanın, kırılğanlığın, bölgesel yetersizlikler ve farkların, toplumsal cinsiyet kimliklerinin getirdiği zorlukların, gerekli imkanlara ulaşmanın imkansızlığının, sosyal yardımlara ulaşma ve bunlardan yararlanmanın önündeki engellerin birer birer ortadan kaldırılması gerekmektedir. Yaşlılıkta yaşanan en belli başlı sağlık sorunlarının nedeni olan tütün bağımlılığı, obezite, çevre sağlığı, yanlış ve yetersiz beslenme, egzersiz alışkanlığının olmayışı, temiz su ve havaya ulaşma ve iklim değişiklikleriyle ilgili radikal ve hızlı önlemler alınmadıkça hastalıkları önlemek yerine, oluşan hastalıklarla mücadele yolları aramaya çalışmak kuşkusuz çok daha güç olacaktır. İnternete, bilgisayara, cep telefonuna ulaşmayı bırakın, geriatrik yaş grubunda işitme ve görme sorunlarının artmış olması bile, bu hizmetten yararlanmanın mümkün olduğu koşulların oluşmuş olması ihtimalinde dahi tele-tıp hizmetlerinin yapılmasını güçleştirebilecektir.

Son söz niyetine tele-tıp uygulamalarında uyulması gerekenler temel başlıkları şu şekilde sıralanabilir (3,14):

1. Yasal düzenlemeler ve lisans: Hizmet sağlayıcıların konuyla eğitim ve sertifikasyonları için yasal düzenlenmelerin yapılması ve bunlara titizlikle uyulması gerekmektedir.
2. Hastanın konuyla ilgili bilgilendirilmesi ve eğitimi: Hizmet sağlayıcı ve hastanın karşılıklı yazılı veya sözlü olarak bilgilendirilmesi, hizmetin şekli, kayıt tutma, planlama, kişisel verilerin gizlilik ve güvenliği, potansiyel riskler, zorunlu raporlama, uzaktaki site sağlayıcısının kimlik bilgileri ve fatura düzenlemeleri hakkında bilgilendirmenin yapılması ve onam formlarının hazırlanması ; görüşmenin sonlandırılması , sevk veya iletişimin devamı, takip koşulları ve reçeteleme hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir.
3. Fiziksel çevrenin görüşmeye uygun olarak düzenlenmesi: Kişisel verilerin gizliliğine, yapılan işe uygun, dikkati dağıtmayacak arka plan ve ışıkla; gürültünün olmadığı bir ortamda, göz kontağı kurulabilen, iki taraflı rahat görünür ve rahat duyulur iletişimi sağlayan dengeli kamera ve ses düzenlemelerinin sağlandığı fiziksel ortam sağlanmalıdır (özellikle video tabanlı görüşmeler için).
4. Acil durum ve yönlendirme planlarının önceden yapılmış olması: Hizmet sağlayıcısının görüşme öncesinde acil durum, beklenmedik durum, sevk ve transfer yapabilmesi için plan yapması ve hasta (danışanla) bunu paylaşması önemlidir.

5. Kültürel uyum ve yeterlilik: Hastanın yaşı, cinsiyeti, engellilik durumu, coğrafi konumu, sosyoekonomik durumu hakkında bilgi sahibi olunmalı; etnik kökeni, dil, cinsel kimliği ve cinsel yönelim, din konusunda önyargıdan uzak bir görüşme sağlanmalıdır. Hastanın görme, işitme kaybı varsa ve çevirmen gerekiyorsa, bu konularda destek alınmalıdır.
6. Etik kuralların uygulanması ve sorunların çözülmesi.

Dayanışmanın özellikle yaşlılar gibi kırılgan gruplar için hayati hale geldiği böyle bir dönemde, sağlığın sosyal bileşenleri ve tek sağlık kavramlarının, konudan bağımsız düşünülmemeyeceği ortadadır. Özellikle geriatri yaş grubunda yer alan bireylere destek olmaya katkısı olacaksa üzerinde çalışmaya ve geliştirmeye değer olduğu aşıkardır.

KAYNAKLAR

1. Kalender N, Özdemir L. Yaşlılara sağlık hizmeti sunumunda tele-tıp kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(1):50-58.
2. Ertek S. Endokrinolojide tele-sağlık ve tele-tıp uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Temmuz 2011;2(3):126-30.
3. Gough F, Budhrani S, Cohn E, ATA Practice Guidelines for live, on-demand primary and urgent care. Telemedicine and E-Health 2015;21(3):233-42.
4. Shraddha N, Matadhil KC, Agnisarman S, et al, Designing telemedicine systems for geriatric patients: a review of the usability studies. Review Telemed J E Health 2017 Jun;23(6):459-472.
5. Liu L, Straoulia E, Nikolaidis I, Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: A systematic review Int J Med Inform Review 2016 Jul;91:44-59.
6. Resmi Gazete (11/07/2006 tarih ve 2006/38 sayılı) Bilgi Toplumu Stratejisi [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060728-7.htm>. Erişim: 04.09.2020
7. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2019 [Internet] <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33705> Erişim: 05.09.2020.
8. Hoşgör AG. Kırsal yaşlılık. Yaşlılara bir yer var mı? Birikim Haziran Temmuz 2019;362-363:117-22.
9. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması Ankara, 2016 [Internet] <http://yasam.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/259/2019/05/T%C3%9CRK%C4%B0YE-AKT%C4%B0F-VE-SA%C4%9ELIKLI-YA%C5%9ELANMA-ARA%C5%9ETIRMASI-kitap.pdf> Erişim: 06.09.2020.
10. Türkiye Emekli Profili Araştırması, 2012. Türkiye Emekliler Derneği Genel Merkezi, Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara.
11. Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2020 [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33679> Erişim: 06.09.2020.
12. Alliance Vita, "Social Death" for the Elderly: Survey by the "Little Brothers of the Poor" [Internet] <https://www.alliancevita.org/en/2017/10/social-death-for-the-elderly-survey-by-the-little-brothers-of-the-poor/> Erişim : 06.09.2020.

13. Elbek O. Her yaştan yaşlanma, yaşlılara bir yer var mı? Birikim Haziran Temmuz 2019;362-363:67-80.
14. Elliott T. How to conduct a professional telemedicine visit using good webside manner [Internet] <https://www.youtube.com/watch?v=8bMFL56Zflc> Erişim: 06.09.2020.



2020 - Ankara
turkgeriatri.org