

Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi

M. Akif Karan

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

Özet

Geriatrik değerlendirme yaşlı hastalara klinik yaklaşımı tanımlayan bir kavram olup, standart tıbbi muayeneden farklılıkları vurgulamak amacını güder. Kapsamlı bir değerlendirmede uygun hastaların seçilmesi önemlidir. Bu değerlendirmeden en fazla yararlanacak olanlar fonksiyonel yetersizlik ve bu nedenle bakım evine yerleşme gerekliliği açısından en yüksek risk altında olan kırılgan yaşlılardır. Geriatrik değerlendirme fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal ve ekonomik durum, fonksiyonel durum ve çevresel durumun değerlendirmesinden oluşur.

Anahtar kelimeler: Geriatrik değerlendirme, kırılganlık

Abstract

Geriatric Assessment

Geriatric assessment is a term that is used to describe a clinical approach to older patients, which emphasizes differences from that of the standart medical evaluation. Selection of the appropriate candidates for comprehensive assessment is important. The frail older individuals will benefit from this evaluation, because this group are at risk for functional compromise and nursing home placement. Elements of geriatric assessment include domains of physical health, mental health, social and economic status, functional status and enviromental states.

Keywords: Geriatric assessment, frailty

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi standart anamnez alma ve fizik muayeneden bazı farklılıklar göstermektedir. Yaşlılarda bazı hastalıklar gözden kaçabilmektedir, sık rastlanan birçok hastalık atipik olarak karşımıza çıkmaktadır ve yaşlılar iyatrojenik tıbbi sorunlara karşı oldukça duyarlıdırlar. Bu nedenle, yaşlı hastaların sağlık durumlarını gözden geçirirken uygulanacak klinik yaklaşımı tanımlamak üzere "geriatrik değerlendirme" kavramı kullanıma girmiştir. İlgi alanı özel olarak geriatri olmayan hekimler bile giderek daha fazla sayıda 65 yaşın üzerinde hasta ile muhatap olduklarından, kapsamlı bir geriatrik değerlendirme tüm branşlarda tıbbi pratiğin önemli bir parçası olmak zorundadır. Yaşlının karmaşık ve birbirini etkileyen sorunları nedeniyle, geriatrik değerlendirme yoğun bir interdisi-

sipliner süreç olup çok miktarda verinin birikimi ile sonuçlanacaktır (1-4).

Fonksiyonel değerlendirme kişinin yetenek ve kısıtlılıklarının tanımlanması yöntemidir. Yaşlılarda yaşla ilişkili değişiklikler, sosyal faktörler ve hastalıklar gibi birçok potansiyel nedenden ötürü fonksiyonel kısıtlılıklara çok sık rastlanır. Altmış beş yaşın üzerindeki bireylerin yaklaşık %25'i günlük yaşamındaki olağan (banyo yapmak, yemek yemek gibi) faaliyetlerini gerçekleştirebilmek için bir başka kişinin yardımına ihtiyaç duyarlar. Bu oran 85 yaşın üzerinde %50'yi bulur. Yaşlıyı değerlendirirken mutlaka fonksiyonel bilgiler elde edilmelidir (2). Fonksiyonel değerlendirme kişinin yetenek ve kısıtlılıklarının tanımlanması yöntemidir. Veriler gerekli yete-

neklerin ne derecede kullanıldığını, görevlerin ne derecede yerine getirildiğini ve sosyal rol beklentilerinin ne ölçüde karşılandığını değerlendirmede kullanılır. Bu amaçla kullanılan ölçüm yönteminin amaç ve kapsamı iyi tanımlanmış olmalı, değerlendirilecek boyutlar açık olup hedef kitle tanımlanmalı, yöntem geçerli, güvenilir, özgül, duyarlı, prediktif ve uygulanabilirliği iyi olmalıdır (5).

Ayrıntılı bir geriatrik değerlendirme ile mevcut hastalıklar ortaya çıkarılabilir, ilaçlar ve tedaviler ile ilişkili istenmeyen etkiler azaltılabilir, afektif ve kognitif fonksiyonlar düzeltilebilir, fonksiyonel bağımsızlık ve yaşam kalitesi artırılabilir, hastaneye başvuru ve hastanede yatış süresi azaltılabilir, bakımevlerinde kalış ihtiyacı azaltılabilir, sağlık ve bakım maliyetleri azaltılabilir, mortalite azaltılarak sağkalım süresi uzatılabilir (1,6).

Değerlendirme sürecinde riskli popülasyon ayrılmalı, gerekli tıbbi ekip üyeleri ve konsültanlar belirlenmeli, fiziksel ve mental sağlık değerlendirilmeli, fonksiyonel, sosyal ve ekonomik durum ortaya konulmalı, çevresel özellikler belirlenmeli, gerekli bulgu ve verilerin toplanması ve gerekli planlanmanın geliştirilmesi koordine edilmeli, planların yapılması sağlanmalı ve gelişmeler izlenmelidir (1).

Hedef kitle

Yaşlının değerlendirme süreci multidisipliner ve interdisipliner olmalıdır: yani sağlık ekibi üyeleri bağımsız olarak gerekli verileri toplarlar, ancak bu bilgileri paylaşırlar; aynı zamanda koordineli bir şekilde ve karşılıklı etkileşim içinde birbirine bağımlı bir ekip olarak çalışırlar (1). Bu da hem geniş bir sağlık ekibi hem de uzun bir zaman ve maddi yük gerektirecektir. Özellikle birinci basamak hekimlik görevinde her zaman böyle bir çalışmaya fırsat bulunamaz. Yaşlı ve fakat kuvvetli yapıdaki bazı bireyler kırılğan yaşlılara yönelik programlardan aynı derecede yarar görmeyeceklerdir. Bu nedenle çalışmalardan en

fazla yarar görecektir olan hedef kitle belirlenmeli, maddi ve manevi imkânlar bu kitleye yöneltilecek en etkin sonuçlar alınmaya çalışılmalıdır. Fonksiyonel eksiklikler açısından daha riskli olan ve bakımevlerine yerleştirme adayı olan kırılğan yaşlılar için kapsamlı bir değerlendirme sonucunda daha fazla yarar elde edilecektir. İstemsiz kilo kaybı, bitkinlik-tükenmişlik hissi, kas güçsüzlüğü, yavaş yürüme ve fiziksel aktivitede azalma gibi 5 özelliğin 3'ünün varlığı yaşlının "kırılğan" olduğunu gösterir. Kırılğan yaşlının yedek kapasitesi çok sınırlı olup hızla azalarak disfonksiyonlar ortaya çıkabilir ve yaşlı bağımsızlığını kaybedebilir. Birlikte bulunan problemlerin sayısı, kullandığı ilaçların sayısı ve fonksiyonel kısıtlılıkların sayısı hastaneye yatma ihtiyacındaki artışları öngördüren parametrelerdir. Sık sık hastaneye yatırılma riski yüksek olan kırılğan yaşlılar hastanelerde ve bakımevlerinde daha uzun süre kalırlar, bu hastalar dikkatle değerlendirilmesi en uygun adaylardır. Fonksiyonel kısıtlılıkların prevalansı yaşla birlikte artmaktadır, bundan ötürü 75 yaş ve üzerindeki yaşlılar periyodik fonksiyonel değerlendirmeden daha fazla yarar görebilirler (1,6).

Değerlendirmenin unsurları

Fonksiyonel durum fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyoekonomik durum ve çevresel karakteristikler ile karşılıklı etkileşim içindedir; bunlar da kapsamlı bir değerlendirmenin 5 alanını oluştururlar. Bu unsurların herhangi birindeki bir azalma diğer alanlarla etkileşim içinde, fonksiyonel durum ve sonuç olarak genel iyilik halini etkiler. Yaşlılarda optimum sağlık durumu elde etmek için tüm bu alanlar aynı anda değerlendirilmeli ve sorunlar birlikte giderilmelidir (1).

Fiziksel sağlık

Yaşlı kişiler hastalıklara karşı çok duyarlıdır. Sık rastlanan hastalıklar genellikle atipik olarak ortaya çıkar ve gözden kaçabilir veya doğru tanı konamayabilir. Yeterli bir anamnez almak çok önemlidir, bunun için çoğunlukla bakıcıla-

rından bilgi alınması gerekir. Sigara ve alkol kullanımı, egzersiz, aşılama ve kullandığı ilaçlar üzerinde ayrıntılı olarak durulmalıdır. Sıklıkla üzerinde durulmayan seksüel fonksiyonlar sorgulanmalıdır; çünkü yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir, yaşlıların çoğunda seksüel aktivitelere yeterli bir ilgi düzeyi devam etmektedir. Tedavi edilebilir hastalıklar için tarama testleri hastanın genel durumuna ve prognozuna göre her birey için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonuçlarına göre primer, sekonder ve tersiyer koruma girişimleri ele alınmalıdır.

Fizik muayenede öncelikle hastanın başvurusuna neden olan şikâyetlerle ilgili noktalara ve diğer sık rastlanan hastalıklara önem verilmelidir. Bu son durumdan görme, işitme, yürüme ve denge, beslenme durumu ve kontinans kastedilmektedir. Yaşlılarda iyatrojenik problemler çok sıktır, birçok şikâyet polifarmasiye bağlıdır. Tıbbi muayene standart fizik muayene ile muhtemel geriatrik sendromları da kapsamalıdır (1,4).

Görme

Görme bozuklukları yaşlılarda sakatlık, düşmeler ve sonunda fonksiyonel bozukluğa yol açan ve sık rastlanan sorunlardandır. Görme keskinliğinin azalması, aydınlanma düzeyi ve parlak ışıklardan etkilenme, karanlığa uyum sağlama gibi fonksiyonlardaki bozulma yaşla artar. Yaşlıların %90'ından fazlası gözlük kullanır, 85 yaşın üzerindeki grubun beşte biri gözlükle de görmekte güçlük çekmektedir. En sık rastlanan sorunlar presbiyopi, katarakt, glokom, diyabetik retinopati ve maküler dejenerasyondur. Genel olarak 65 yaşından sonra düzenli görme muayenelerinin yapılması önerilir.

Snellen görme kartları ile görme keskinliğinin muayenesi kolay bir tarama testidir. Hastalar yeterli düzeyde okuyamazlarsa oftalmoloğa sevk etmek gerekir. *Diabetes mellitus*, ailede glokom varlığı, hipertansiyon, miyopi, steroid tedavisi görmüş olmak görme bozuklukları için risk faktörleridir (1,3,7).

İşitme

İleri yaşlardaki bireylerde işitme sorunları oldukça sık olup, 65 yaşın üzerinde genel prevalans %23-48'dir. İşitme bozukluğunun en sık nedeni presbiakuzi olup yüksek frekanslı seslere karşı, progresif, bilateral işitme kaybıdır. Bu hastalar genellikle işitme bozukluğundan şikâyetçi olmazlar, daha çok konuşmaları anlamakta güçlük çektiklerini ifade ederler. İşitme bozuklukları kişinin özsaygısını azaltır, duygusal incinmeler, iritabilite, sosyal izolasyon, depresyon ve kognitif bozukluklara yol açar. İşitme bozuklukları taramasının yeterince yapılmadığı görülmektedir, birinci basamak sağlık hizmetinde rutin olarak ancak beşte bir oranında uygulanmaktadır. Hastalar da maalesef böyle bir konuda yardım istemeleri gerektiğini düşünmemektedir.

İşitme için birçok tarama testi mevcuttur; fısıltı testi en basiti olup doktor görme alanı dışında ve hastanın ilgili kulağına 30 cm kadar uzakta durur, hastanın fısıltı ile söylenen kelimelerin en az %50'sini tekrarlaması beklenir. Tarama testi olarak altın standart odyometrik ölçümdür; 1000 veya 2000 Hz frekanstaki sesleri bir veya iki kulağı ile duymuyorsa KBB uzmanına sevk etmek gerekir. İşitme fonksiyonunun her yıl kontrol edilmesi önerilir. Ototoksik ilaç kullanımına dikkat edilmelidir. İşitme cihazları kullanımı hem fonksiyonel durumu düzeltir, hem de yaşam kalitesini iyileştirir (1-3).

Yürüme, denge ve düşme

Yürüme ve denge sorunları yaşlılarda sık olup genel olarak toplumdaki yaşlıların %20'sini etkileyerek düşmeye eğilimli kılar. Düşmeler sonucunda yumuşak doku yaralanmaları, kırıklar, tekrar düşme korkusu ve fonksiyonel durumda bir gerileme ortaya çıkar. Artrit başta olmak üzere muskuloskeletal hastalıklar, vasküler ve/veya nörodejeneratif hastalıklar gibi yaşlılarda sık rastlanan bozukluklar yürüme ve denge sorunlarını artırır.

Tarama ve ayrıntılı değerlendirme ile düşme riski taşıyanlar ayrılmalı ve riski azaltan tedbirler

alınmalıdır. Bir hasta odamıza girdiğinde yürüyüşünü gözlemek oldukça iyi bir uygulamadır. Parkinsonian yürüyüş gibi spesifik bir yürüme bozukluğu tanı için ip ucu sağlar. Yürüme ve denge testleri yapılması kolay işlemlerdir. Ellerini göğsünde çapraz yaparak bir sandalyeden ayağa kalkmasını istemek kuadriseps gücü hakkında fikir verir. Tandem yürüyüşü denge sorunlarını gösterir. Romberg testi proprioseptif bozukluğu değerlendirmede yararlıdır. Uzatarak bir cisme ulaşabilmesi yaşlının fonksiyonel açıdan iyi olduğunun bir göstergedir. “Kalk ve yürü” testinde, koltuktan kalkarak 2-3 m kadar yürümesi, geri dönmesi ve tekrar oturması istenir, bu test ile postüral stabilite, adım atma, yürüme fonksiyonları değerlendirilir. Bu işlem 20 saniyeden fazla sürüyorsa daha ileri değerlendirme gerektiği anlaşılır (1-3,6-9).

Beslenme

Malnütrisyon aşırı beslenme ile yetersiz beslenme arasında değişen bir durumdur. Geriatrik popülasyonda prevalansı hastaların yaşadığı kurum ve topluma göre değişmek üzere %1-60 arasında bildirilmektedir. Obezite de yaşlılarda artık çok seyrek rastlanan bir sorun değildir. Malnütrisyon immün fonksiyonlarda bozulma, enfeksiyonlara eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, osteoporoz ve komorbidite ile ilişkilidir. Protein-enerji malnütrisyonu, bazı vitaminlerin (B12 vitamini, folat, D vitamini) eksiklikleri sıktır. Kalşiyum alımı çoğunlukla yetersizdir.

Hastaların ağırlıkları izlenmeli ve son 6 ay içinde istemeden vücut ağırlığının %10’undan fazlasının kaybedilip kaybedilmediği araştırılmalıdır. İstem dışı kilo kaybı saptanırsa ileri inceleme gerekir. “Mini Nütrisyon Değerlendirme” (Mini Nutritional Assessment) antropometrik, genel, diyet ve kendini değerlendirme alanlarından oluşan bir tarama testidir. Maksimum skor 30 olup 17-23.5 arası malnütrisyon riskini gösterir, 17’nin altındaki skorlar ise aşikâr malnütrisyonu düşündürür. Değerlendirmede tam kan sayımı, total lenfosit sayımı, total serum

proteini, albumin ve kolesterol düzeyleri bakılır. 130 mg/dL altındaki kolesterol düzeyleri kötü prognozu gösterir. Serum albumini normal yaşlanma ile değişmez. Albuminin yarı ömrü 2-3 haftadır, yarı ömrü 2-3 gün olan prealbumin düzeyindeki değişme beslenme durumundaki akut değişikliklerin izlenmesinde daha yararlıdır (1,3,6,10).

Kontinans

Yaşlılar üriner inkontinans sorunlarını pek bildirmezler, bundan utanırlar veya yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak kabul ederler. Toplumda yaşayan kadınların üçte birinde herhangi bir düzeyde inkontinans mevcuttur. Erkeklerde 80 yaşına kadar prevalans düşük iken, benign prostat hipertrofinin yaşla sıklaşması ile birlikte erkekler de aynı düzeyde etkilenmeye başlarlar. Üriner inkontinans üriner sistem infeksiyonları, düşmeler, uyku bozuklukları, sosyal çekingenlik ve depresyon ile ilişkili olup yaşam kalitesini etkiler. Hatta bakımevlerine yerleşmenin ana nedenlerindedir. Fekal inkontinans daha seyrek olmakla birlikte nadir değildir. Üriner inkontinans değerlendirilirken kognitif fonksiyonlar, sıvı alımı, mobilite, kullanılan ilaçlar, geçirilen ürolojik ve jinekolojik ameliyatlar göz önüne alınmalıdır. Tüm yaşlılarda üriner inkontinans taraması yapılmalıdır, çünkü tedavi ile tam olarak veya önemli oranda düzelme mümkündür.

Basit bir tarama testi olarak “Son bir yıl içinde hiç idrarınızı kaçırdınız mı veya altınızı ıslattınız mı?” ve “En az 5 ayrı durumda idrarınızı kaçırdınız mı?” soruları sorulmalı ve olumlu cevap veriyorsa hasta daha ileri değerlendirmeye alınmalıdır (1,2,3).

Kullanılan ilaçlar

Yaşlandıkça komorbidite sıklığı arttığından yaşlılara çok sayıda ilaç tavsiye edilmektedir. Yaşlıların çoğunluğu herhangi bir zamanda ortalama 3 veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. Polifarmasi drog-drog, drog-hastalık, drog-nutrient ilişkisindeki riski artırır, farmakokinetik ve far-

makodinamikteki yaşla ilişkili değişikliklere katkıda bulunur. Bu nedenle yaşlılar istenmeyen ilaç etkilerine daha eğilimlidirler. Düşme, inkontinans, deliryum ve kognitif disfonksiyon yaşlılardaki istenmeyen ilaç etkilerinin bazılarıdır. Periyodik olarak gözden geçirip aldığı ilaç rejimini düzenleyerek, istenmeyen ilaç etkileri azaltılabilir. Hastaların her vizite kendilerine önerilen veya kendiliklerinden kullandıkları ilaçları, vitaminleri ve bitkisel ilaçları getirmeleri istenmelidir; her bir ilacın kullanılmasına devam edilip edilmeyeceğine karar verilmelidir (1-4,6-8).

Tarama testleri

Bireyin genel sağlık durumu ve yaşam beklentisine bağlı olarak, tarama testleri hastalar ve bakıcıları ile tartışılarak kişilere göre belirlenmelidir. Kadınlar ve erkekler arasında 60 yaşın üzerinde hipertansiyon oldukça sıktır. Hipertansiyon tedavisinin 60-80 yaşlarındaki hastalarda da yararlı olduğu gösterilmiştir. JNC'nin (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; Hipertansiyon Tanı, Değerlendirme ve Tedavisi için Ulusal Birleşik Komite) 2003 yılında yayınlanan 7. raporuna göre, kan basıncı için üst sınır olarak önerilen 140/90 mmHg değeri yaşlılar için geçerlidir. Seksen yaşın üzerindeki hastalarda hipertansiyon tedavisinin mortaliteyi azaltıcı etkisi konusunda ise yeterli kanıt yoktur, hatta ileri yaşlı erkeklerde (85 yaş üstü) yüksek kan basıncının düşük kan basıncından daha iyi olduğunu düşündüren bazı gözlemler de bildirilmiştir (11). İleri yaşlılarda, özellikle multipl komorbidite söz konusuysa, ortostatik hipotansiyon ve düşme gibi komplikasyonlardan kaçınmak için antihipertansif tedavide çok dikkatli olunmalıdır. Bununla birlikte, tüm yaşlıların aktif antihipertansif tedavi adayları olduğu ve bu nedenle hipertansiyon açısından periyodik olarak muayene edilmeleri gerektiği unutulmamalıdır. Periyodik muayene aralıkları için optimal süre henüz belirlenememişse de, şimdilik 1-2 yılda bir hipertansiyon açısından kontrol uygundur (2).

Bilinen koroner hastalığı olanlarda **hiperlipidemi** tedavisi gençlerdeki gibi etkilidir. Koroner arter hastalığı bulunmayan 65 yaş üzeri bireylerde hiperlipideminin taranması ve tedavisinin yarar ve dezavantajları konusunda veriler sınırlıdır. Bununla birlikte, en az 5 yıl yaşam beklentisi olan ve sigara içimi, hipertansiyon, diyabet gibi risk faktörleri olan 65 yaşın üzerindeki bireylerde de hiperlipidemi taramaları önerilmektedir. İleri yaşlarda ise hastanın yaşam beklentisi ve hiperlipidemi tedavisinin riskleri değerlendirilerek karar verilmelidir. Statinler genel olarak iyi tolere edilen ilaçlardır. Rabdomiyoliz gibi ciddi yan etkileri ise doğrudan ilaca bir cevap olmaktan çok ilaç etkileşimleri ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle polifarmasinin sık olduğu yaşlı hastalarda statin kullanırken çok dikkatli olunmalıdır (2,12).

Tiroid disfonksiyonlarının sıklığı yaşlı popülasyonda çok artmıştır. Hipertiroidi ve hipotiroidi sıklıkla klasik belirti ve bulguları olmaksızın ortaya çıkar ve tanısız kalır. Yaşlılarda 2 yılda bir TSH tayini yapılması önerilmektedir (1,4). B12 vitamini eksikliği yaşlılarda %3-40 arasında bildirildiğinden yine taranması gerekir (13).

Diyabetin komplikasyonları ve kan şekerinin sıkı kontrolünün önemi bilinmesine rağmen, yaşlılarda erken tanısının yararları konusunda doğrudan kanıtlar yeterli değildir. Amerikan Diabet Birliği (ADA) 45 yaşından sonra 3 yılda bir açlık kan şekeri kontrolünü önermektedir. USPSTF (United States Preventive Services Task Force; Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü) ise hipertansiyon ve hiperlipidemisi olanlarda diyabet taramasını önermektedir (1,2).

Yaşlılarda kanser taraması konusundaki görüşler oldukça çelişkilidir, çünkü 65 yaş üzerindeki bireyler hakkındaki veriler iyi tanımlanmamıştır, halbuki vakaların %60'ı bu yaş grubunda ortaya çıkmaktadır. Elli yaş üzerinde **kolorektal kanser** taramasının yararlı olduğu konusunda görüş birliği mevcuttur. Maliyet, fayda ve risk açı-

sından en uygun tarama testinin hangisi olduğu konusundaki veriler yetersizdir. Amerikan Kanser Derneği (ACS) ortalama risk taşıyan bir hastada 10 yılda bir lavman opaklı kolon grafisi veya kolonoskopi, 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi ve her yıl dışkıda gizli kan tayini önermektedir. USPSTF ise yıllık dışkıda gizli kan tayini, periyodik sigmoidoskopik tetkik veya bunların kombinasyonunu önermektedir (2, 14).

Prostat kanseri konusunda ise ortak bir kabul henüz söz konusu değildir. USPSTF rutin prostat kanseri taramalarını tavsiye etmek için yeterli bilgi olmadığını düşünmektedir. Buna karşılık ACS dijital rektal muayene ve PSA testleri ile birlikte periyodik taramayı önermektedir, yaşam beklentisi 10 yılın altında olan yaşlılarda ise taramanın sonlandırabileceğini bildirmekteydiler (1,2,15).

Meme kanserinden ölüm oranı yaşlılarda artmaya devam etmektedir. Bu nedenle yaşlılarda da meme kanseri taramaları yapılmalıdır. Meme kanseri taraması amacıyla, 20 yaşından sonra her ay kendini muayene, 20-40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl profesyonel muayene önerilir; 40-49 yaş arasında 1-2 yılda bir, 50 yaşından sonra her yıl mamografi çektilmelidir. Meme kanseri için risk faktörleri taşıyan kadınlarda 75-80 yaşından sonra da taramalar sürdürülmelidir (2).

Serviks kanseri taraması için 40 yaşından sonra her yıl pelvik muayene, 18 yaşından sonra her yıl, 2 ardışık test normalse 3 yılda bir Pap smir testi önerilir. Altmış beş yaşından sonra serviks kanserinden ölümler azaldığı için, monogamöz veya tek eşli olan, Pap smirleri normal olan kadınlarda taramalar sonlandırılabilir (2).

Yıllık muayenelerde deri, mukozalar, testisler, overler, tiroid, lenf düğümleri dikkatle gözden geçirilmelidir (16).

USPSTF 65 yaş üzeri kadınlarda **osteoporoz** taramasının rutin olmasını, osteoporotik kırık riski olanlarda tarama çalışmasının 60 yaşında başlamasını önermektedir (1,2,17).

Tıbbi danışmanlık

Yaşlılara egzersizler konusunda danışmanlık yapmak gerekebilir. Egzersizlerin hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve diğer bazı hastalıklar üzerine yararlı etkileri gösterilmiştir. USPSTF meyve, sebze ve tahıl tüketimini artırmayı, yağ alımını ise azaltmayı önermektedir. Bir kontrendikasyon yok ise, günde 100-1500 mg kalsiyum ve 400-800 IU D vitamini verilmelidir. Sigara içimi bırakılmalıdır. Alkolün zararları anlatılmalı, tüketimi sınırlandırılmalıdır. Kazalardan korunma konusunda tedbirler alınmalıdır. Yaşlı sürücüler fiziksel ve kognitif bozukluklar nedeniyle risk altındadır (1-4).

Mental sağlık

Kognitif, davranışsal ve emosyonel durumun değerlendirilmesi yaşlıda değerlendirmenin en önemli unsurlarındandır. Yaşlandıkça demans, deliryum ve depresyon prevalansı artmaktadır.

Alzheimer hastalığı sıklığı 85 yaş üzerinde %50'lere ulaşmaktadır. Tarama testleri olarak "Sat Çizme Testi", "Kısa Mental Durum Sorgulaması; Short Portable Mental Status Questionnaire", "Bilgi, Hafıza Konsantrasyon Mental Durum Testi; The Information-Memory-Concentration Mental Status Test" ve en sık olarak da "Mini Mental Durum Testi (MMT); Mini-Mental State Examination (MMSE)" kullanılır. MMT kısa ve uygulanması kolay bir testtir; oryantasyon, kayıt, dikkat, hesaplama yeteneği, hafıza, dil ve basit emirleri yerine getirebilme yetenekleri değerlendirilir. Yaş, eğitim durumu, dil bilgisi, hastanın duysal bozuklukları MMT (Mini-Mental State Examination)'deki performans ve skorları etkileyebilir, skorları yorumlamadan önce bu faktörler bilinmelidir. Maksimum 30 üzerinden, 24 ve daha düşük skorlar kognitif bozukluğu gösterir, ancak demans tanısı için şart değildir; 24'ün üzerinde bir skor da demans dışlamaz, bu nedenle normale yakın skorlar demansın erken tanısına engel olabilir (1, 6).

Yaşlılarda depresyon oldukça sıktır. Risk faktörleri olarak kronik hastalıklar, fonksiyonel veya kognitif bozukluklar, yakınıni kaybetmek ve

sosyoekonomik faktörler sayılabilir. Basit bir tarama testi olarak “Geçen ay içinde, kendinizi sık sık üzgün, mutsuz, umutsuz hissettiniz mi?” ve “Geçen ay içinde, sık sık yaptığınız işlere karşı ilgisizlik duyduunuz mu veya yaptıklarınızdan zevk alıyor musunuz?” soruları sorulabilir. Bunlara verilecek olumlu cevaplar daha ileri değerlendirme gerektiğini gösterir. Geriatrik depresyon skalası 5, 15 ve 30 sorulu versiyonları ile tarama testi olarak geçerli, güvenilir ve uygulaması kolay bir testtir. Hamilton depresyon skalası depresyonun ciddiyetini ölçebilir (1,2,6).

Fonksiyonel sağlık

Fonksiyonel durum fiziksel sağlık, kognitif ve yeterli sosyal ve çevresel desteğe bağlıdır. Muskuloskeletal hastalıklar, diyabet, inme, inkontinans ve duysal bozukluklar gibi kronik hastalıklar fonksiyonel kısıtlamanın başlayacağını önemli göstergeleridir. Risk faktörlerini erkenden tanımak ve düzeltici girişimler fonksiyonlardaki azalmayı önleyebilir. Fonksiyonel durum hakkındaki bilgiler hastayı doğrudan gözleyerek veya bakıcı ve ailesinden alınabilir. Günlük yaşam aktiviteleri ölçülmesi ile fonksiyonlar değerlendirilebilir. Bunun için günlük yaşam aktiviteleri (GYA), aletli günlük yaşam aktiviteleri (AGYA) ve ileri günlük yaşam aktiviteleri (İGYA) incelenir (Tablo 1). (1,18)

Hasta temel GYA'yı yerine getiremiyorsa genellikle yalnız yaşayamayacak demektir, evde yardıma ihtiyacı olacaktır veya gözetim altında bir çevrede yaşaması gerekecektir. AGYA daha yüksek düzeylerde kognitif fonksiyonlar ve karar verme yetisi gerektiren davranışlar ve sosyal aktivitelerdir. İGYA ise daha kompleks, aile ve toplum için tam bir sorumluluk gerektiren yaratıcı ve mesleki faaliyetleri içerir. Günlük yaşam aktiviteleri ölçümünde Barthel indeksi altın standart olarak kabul edilir. Barsak bakımı, mesane bakımı, kendine bakım, tuvalet kullanımı, beslenme, tekerlekli sandalye/yatak transferi, mobilite, merdiven inip çıkma ve yıkanma başlıkları altında hastalar değerlendirilir (5).

Tablo 1. Günlük yaşam aktiviteleri (GYA,) aletli günlük yaşam aktiviteleri (AGYA) ve ileri günlük yaşam aktiviteleri (İGYA)

GYA <ul style="list-style-type: none">• Banyo yapma• Giyinme• Tuvalet• Kontinans• Seyahat• Beslenme
AGYA <ul style="list-style-type: none">• Telefon kullanma• Toplu taşıma araçları ile seyahat• Alışveriş yapma• Yemek yapma• Ev işleri yapma• Kişisel temizliğini yapma• İlaçlarını alma• Parasını kullanabilme
İGYA <ul style="list-style-type: none">• Boş zamanlarını değerlendirme• Seyahat edebilme• Gönüllü faaliyetler• Yaratıcı aktiviteler• Toplumsal hizmetler• Organize olaylar

Sosyal ve ekonomik durum

Sosyal destek durumunun değerlendirilmesi yaşlılar için çok önemlidir; çünkü 75 ve üzerindeki yaşlılarda sosyal izolasyon sıktır. GYA veya AGYA'daki bozulma veya bağımlılık toplumda yaşayan kişilerin bir bakıcı yardımına ihtiyaç duymalarıyla sonuçlanır. Gerektiğinde hastaların bakımları ile ilgilenebilecek mevcut veya potansiyel bakıcılar araştırılmalıdır. Aile üyesi olan veya ücretli olarak bu işi yapan ve özellikle kadın olan bakıcılar bazen fiziksel ve emosyonel nedenlerle stres altına girerler. Destek gruplarından yardım istenmesi yararlı olabilir. Hastanın ekonomik durumu ortaya konmalı, ihtiyaçları belirlenmelidir. Bireyin kültürel, etnik ve dinsel değerlerine önem verilmelidir (1,6).

Çevresel karakteristikler

Düşme riski fazla olan kırılğan yaşlılar için, ev ortamı muhtemel tehlikeler açısından değerlendirilmelidir. Banyo barları, tuvaletlerde yüksek klozetler, zeminin kaygan olmaması, halı gibi ayağa takılması muhtemel cisimlerin kaldırılması, kişinin düşmemek için tutunabileceği eşyaların tespit edilmiş olması yararlı olabilir (1,4,6).

Veri toplanmasını koordine etmek ve bir plan geliştirmek

Ekip üyeleri ve konsültan hekimler tarafından veriler toplandıktan sonra, sorunlar belirlenir, hedefler saptanır ve tedavi planı oluşturulur. Zaman kısıtlılığından ötürü kronik hastalıklar ve geriatrik sendromların (demans, düşme, inkontinans vb.) değerlendirilmesini genellikle ertelemeye bir eğilim gözlenmektedir. Tüm sonuçları ve yaşam kalitesini düzeltmek amacıyla, öneriler fiziksel, mental, fonksiyonel, sosyal ve çevresel sorunlara yönelik olmalıdır (1).

Kaynaklar

1. Dharmarajan TS, Ahmed S, Adapa SR. *Comprehensive geriatric assessment*. In: Dharmarajan TS, Norman RA, editors. *Clinical Geriatrics*. London: The Parthenon Publishing Group, 2003:23-35.
2. Johnston B. *Geriatric assessment*. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnsten B, Lyons WL, editors. *Current Geriatric Diagnosis and Treatment*. London: McGraw-Hill, 2003:99-110.
3. Reuben DB. *Principles of geriatric assessment*. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. London: McGraw-Hill, 2004:16-20.
4. Karan MA. *Geriatrik Tıp*. In: Sencer E, editor. *Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları (Geriatri ilave-si ile)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd., 2001:825-42.

5. Peker Ö. *Fonksiyonel değerlendirme*. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, editors. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000:642-56.
6. Palmer RM. *Geriatric assessment*. *Med Clin North Am* 1999, November 83 (6):1503-23.
7. Moore AA, Siu AL. *Screening for common problems in ambulatory elderly: Clinical confirmation of a screening instrument*. *Am J Med* 1996, April 100 (4):438-42.
8. Bloom HG. *Preventive medicine, when to screen for disease in older patients*. *Geriatrics* 2001, April 56 (4):41-5.
9. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. *The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health*. *Am Fam Physician* 2000, February 61 (4):1089-104.
10. Hensrud DD. *Nutrition screening and assessment*. *Med Clin North Am* 1999, November 83 (6):1525-46.
11. Satish S, Freeman DH Jr, Ray L, Goodwin JS. *The relationship between blood pressure and mortality in the oldest old*. *J Am Geriatr Soc* 2001, April 49 (4):367-74.
12. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. *Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *JAMA* 1999 December 282 (24):2340-6.
13. Dharmarajan TS, Norkus EP. *Approaches to vitamin B12 deficiency. Early treatment may prevent devastating complications*. *Postgrad Med* 2001, July 110 (1):99-106.
14. Berg AO, Allan JD, Frame PS, et al. *Screening for colorectal cancer: recommendation and rationale*. *US Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med* 2002, July 137 (2):129-31.
15. Smith RA. *American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: Update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers*. *CA Cancer J Clin* 2001, January-February 51 (1):38-75.
16. Erdinçler DS. *Geroprofilaksi*. In: Beğler T, editor. *Geriatrik Hasta ve Sorunları*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, Yayın no: 9. İstanbul: Deonta Güncel Tıp Yayınları, 1998:99-108.
17. Berg AO, Allan JD, Frame PS, et al. *Screening for osteoporosis in post menopausal women: recommendation and rationale*. *Ann Intern Med* 2002, September 137 (6):526-8.
18. Koretz BK, Moore AA. *Assessment of the geriatric patient: a practical approach*. *J Clin Outcome Manage* 2001, 8:35-40.