

Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesinde İletişim

Communication in the Evaluation of an Elderly Patient

Naciye Şahin Irmak*

*Koyulhisar Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Sivas

İLETİŞİM

Naciye IRMAK

Koyulhisar Devlet Hastanesi, Sivas.

e-posta: drnaciyeirmak@hotmail.com, naciyeirmak@hotmail.com

Yaşlı hastanın Değerlendirilmesinde İletişim **Communication in the Evaluation of an Elderly Patient**

ÖZET

Dünya nüfusu giderek yaşlanmakta iken yaşlılığa özgü problemlere karşı hekim yeterli donanıma sahip olmalıdır. Bu problemlerden biri de yaşlı hastayla iletişimidir. Hekim yaşlı hastayla iyi bir iletişim kuramadığı takdirde hastaya doğru tanı koyması ve tedavi vermesi güç olacaktır. Olgumuz üçüncü basamak sağlık kurumunda görülen, kendinden ve kızından alınan tamamen farklı iki anamneze sahip yaşlı bir hastayı konu almaktadır. Birinci basamak hekim gözüyle yaşlı hastayla doğru iletişim tekniklerini tekrar gözden geçirmeyi amaçladık.

Anahtar sözcükler: yaşlı, yaşlı bakımı, iletişim

ABSTRACT

While the world population is aging, physician must have adequate equipment against age-specific problems. One of these problems is communication with an elderly patient. If the physician cannot communicate well with elderly patient, it will be difficult to give the correct diagnosis and treatment. Our case seen in tertiary health institution, and had completely different medical history told by the patient himself and his daughter. We aimed to revise elderly patient communication techniques by primary care physician's perspective.

Key words: elderly, elderly care, communication

Yaşlı hastanın Değerlendirilmesinde İletişim Communication in the Evaluation of an Elderly Patient

Olgu

Bacaklarda şişme yakınmasıyla Marmara Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran 73 yaşında erkek hasta.

İlk görüşmede kendisinden tıbbi öykü alınan hastanın tıbbi özgeçmişi ve aile öyküsü sorgulandı. Hasta tıbbi özgeçmişinde bilinen kronik bir hastalığının ve sürekli kullandığı bir ilacın bulunmadığını, bacaklarındaki şişliğe eşlik eden başkaca bir yakınması olmadığını belirtti. Hasta hayatı boyunca hiç sigara kullanmadığını ifade etti. Aile öyküsünde ise özellik yoktu. Anamnez sırasında hastanın sorulan sorulara yanıt vermekte zorlandığı fark edilerek yakını olup olmadığı soruldu. Muayene sırasında hastanın yanında bulunamayan kızı daha sonra görüşmeye katıldı.

Genel durumu iyi olan hastanın, duyu durumu ötimik, duygulanımı künt idi. Konuşma akışı yavaşlamış, hareket kabiliyeti kısıtlıydı. Anamnez alımı sırasında sorulara geç cevap veriyordu. TA:140/70 mmHg, periferik oksijen satürasyonu (SaO₂): %91, dinlemekle her iki akciğerde yaygın krepitan raller, her iki bacakta pretibial, gode bırakan (++) ödem saptandı. Hastanın muayeneden sonra görüşmeye katılan kızının beraberinde getirdiği bir epikriz formundan elde edilen bilgilerden; hastanın bilinen konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı tanımlarının olduğu, 50 paket/yıl sigara öyküsünün bulunduğu öğrenildi.

Hastanın 1 ay öncesinde pulmoner emboli tanısı ile yoğun bakım servisine yatırıldığı ve entübasyon ihtiyacı olduğu; entübasyon ihtiyacının kalkmasının ardından acil dahiliye servisinde takip edildiği, mevcut emboli tanısı ile düşük molekül ağırlıklı heparin alan hastaya pnömoninin de eşlik ettiği düşünülerek moksifloksasin

400mgx1/gün başlandığı; takibinde genel durumu düzelen ve oksijen ihtiyacı ortadan kalkan hastanın, hepato-rine devam edilerek, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji poliklinikleri tarafından izlenmek üzere taburcu edilmiş olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede ve akciğer grafisinde konjesyonu destekleyen bulgular ve kardiyomegali saptandı. Biyokimya sonuçlarında hemoglobin: 8,5gr/dL, glukoz: 381mg/dL, BUN:76mg/dL, kreatinin: 3,3mg/dL, AST: 33 U/L, ALT: 99 U/L, proBNP: 35000 pg/dL, prokalsitonin: 1,1 pg/dL, 2 troponin: 0,5 ng/dL, CRP:27,5 mg/dL olan hasta konjestif kalp yetersizliği tanısı ile tedavisi düzenlenerek bir ay sonra kontrole çağrıldı. Kontrolde hastanın bilişsel fonksiyonlarını test etmek için Mini Mental Test'in¹ uygulanması planlandı.

Tartışma

Dünya nüfusu gün geçtikçe yaşlanmakta iken tüm dünyada doğum oranındaki düşüş, hayat standartlarının iyileşmesi ve buna bağlı olarak insan ömrünün uzaması yaşlı nüfusu giderek artırmaktadır.² Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2010 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus dünya nüfusunun %8'i iken (524 milyon), bu oranın 2050 yılında %16'ya çıkacağı (1,5 milyar) tahmin edilmektedir.³

Türkiye İstatistik Kurumunun yayımladığı (TÜİK) 2013 sonuçlarına göre ülkemizde yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken; nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı 2013 yılında %13,7 iken yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı fazla olup

Yaşlı hastanın Değerlendirilmesinde İletişim Communication in the Evaluation of an Elderly Patient

% 36,2'dir.⁴ Nüfus ve Konut Araştırması (NKA 2011) sonuçlarına göre 2011 yılında, hanesinde en az bir yaşlı hane halkı üyesi bulunan hanelerin oranı %21,7'dir.⁵ TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması³ sonuçlarına göre genel sağlık durumunu değerlendiren 65 yaş ve üzeri bireylerin %17,8'i sağlık durumlarını iyi, %39,1'i ne iyi ne kötü, %35,7'si kötü, %6,8'i ise çok kötü olarak değerlendirmiştir.⁴

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi

Geriyatrik değerlendirmenin hedefleri; hastanın yaşadığı ortam ve sosyal çevresini de göz önüne alarak, özgeçmişini, akut ve kronik problemlerini belirlemek, doğru tanıyı koymak, gizli hastalıkları tespit etmek, uygun tedaviyi düzenlemek, fonksiyonel durumu iyileştirmek, hayat kalitesini korumak, uzun dönem bakım planlarını hasta ve yakınlarının da katkısıyla yapmak, gereksiz harcamalardan kaçınarak maliyet etkin bir bakım vermektir.⁶

Advance Care Planning (ACP); ileriye yönelik bakım planı, özellikle ciddi bir hastalığı olan veya yaşamının sonuna yaklaşmış yaşlılar içindir. Böyle bir plan sayesinde hastalar sevdikleri, memnun kaldıkları, akıllarına yatan, değerlerine ve deneyimlerine uygun, bireyselleştirilmiş bir tıbbi bakım alabilirler.⁷

Yaşlı hastada öykü alma ve fizik muayene

Yaşlılık hayatın özel bir dönemidir. Yaşla birlikte görülen fizyolojik değişiklikler, zaman içinde gelişmekte ve her bireyde farklı birleşenlerle karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanmayla birlikte fizyolojik birikimlerde ve patofizyolojik stresörlere yanıt kabiliyetinde azalma, beklenen bir durumdur. Bireye göre farklılaşan birçok durum olduğundan, genel tıbbin kaidelerince değerlendirilmeyi bireyselleştirmek ve esneklik şarttır.

Yaşlı hastayı değerlendirirken anamnez ve fizik muayenede bir takım düzenlemeler yapılmalıdır. Yalnız yaşayan ve sağlıklı öykü veremeyen bir yaşlıda tamamen fizik muayene ile karar verilmesi veya bitkin bir yaşlının fizik muayenesinin öykü alımının hemen ardından yapılmayıp dinlenmesi için biraz zaman tanınması gerekir. Yaşlının bakımı birisi tarafından üstlenildi ise hastanın öyküsünde bakım verenin de görüşlerine yer verilmelidir. Bu sebeple görüşmeye birlikte gelmeleri önerilmelidir.⁸

Yaşlı hasta ve kognitif fonksiyonlar

Altmış yaş üzerindeki birinci basamak sağlık hizmeti alan hastalardaki kognitif yıkım oranı %15,7 olarak bulunmuştur. 75 yaş ve üzerindeki birinci basamak hastalarında ise bu oran % 43'e çıkmaktadır.⁹ Bununla birlikte demans hastalarının üçte ikisine, erken dönem demansların ise %91'ine birinci basamakta tanı konulamamaktadır.¹⁰

Kognitif şikayetleri olan hastanın yönetiminde hastanın fonksiyonlarını, hayat kalitesini korumak ve bakım verenin desteğiyle hastaya ileriye yönelik bir bakım planı yapmak çok önemlidir. Yaşlı hastalarda bilişsel bozukluk genellikle birçok faktörle ilişkili olabilir. İlaçlar, depresyon, deliryum, alkol kullanımı ve diğer komorbid durumların potansiyel rolleri dikkate alınmalıdır.¹¹ Bellek sorunları ve bilişsel fonksiyonları etkileyen hastalıklar nedeniyle hasta bize öz geçmiş ve soy geçmiş bilgilerini tam veremeyebilir. Olgumuzda olduğu gibi yılda 50 paket sigara içme öyküsü olan yaşlı hasta size hayatında hiç sigara içmediğini söyleyebilir. Yakın bellek kaybının tespiti için hastaya birkaç soru sormak bilişsel fonksiyon kaybını yakalamak açısından değer-

Yaşlı hastanın Değerlendirilmesinde İletişim Communication in the Evaluation of an Elderly Patient

lidir. Yakın bellek kaybı şüphesi olursa bilişsel fonksiyonları taramak için “mini mental test”¹ yapılabilir. Mini Mental Test, kısa bir eğitim almış hekim, hemşire ve psikologlarca 10 dakika gibi bir süre içinde, poliklinik koşullarında ya da yatak başında uygulanabilir. Uygulama esnasında hasta ve hekim açısından rahatsız edici veya güçlük verici bir yanı yoktur. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve dil olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir.¹

Yaşlı bireyle görüşmede ipuçları

Yaşlıyla iletişim kurmadan önce yaşlılığa özgü iletişimi engelleyebilecek işitme, görme ve bilişsel fonksiyonlar değerlendirilmelidir.

Hekim daima güler yüzlü olmalı ve yaşlı bireyle görüşmesinde sabırlı olmalıdır. Empati her yaşta bireyle görüşmede olduğu gibi, yaşlı bireylerle görüşmede de iletişimin olmazsa olmaz şartıdır. Bireyin sorununu ve bu sorunun arka planında yatan nedenleri anlamak için açık ve kapalı uçlu sorular sorulmalı, yanıtlar beklenirken bireye zaman tanınmalıdır. Yaşlı bireylerin tıbbi sorunlarını daha yavaş ve kapsamlı ifade ettikleri ve kronik hastalıkların ve tıbbi öz geçmişin de yüklü olacağı göz önüne alındığında, yaşlı hastalara diğer hastalardan daha uzun bir süre ayrılmalıdır.

Yüz yüze ve aynı düzeyde olacak şekilde oturmak işitme engeli olan yaşlı bireylerin söylenenleri dudaktan okumasına imkan tanıyacağı için, unutulmamalıdır. Hastayla daima güler yüzle ve aynı seviyede yavaş ve anlaşılır ifadelerle konuşulmalıdır. Göz teması kurulmalı, hasta konuşurken dinlendiğini hissedebileceği jest ve mimiklerle karşılık verilmelidir. Konuşma arala-

rında hastanın söylediklerinin hekim tarafından aynen ya da kendi benzer ifadeleriyle tekrar edilmesi yaşlıya anlaşıldığı ve önemsendiği izlenimi verecektir. Olumlu sonuçlar vurgulanmalı, zayıf yönler desteklenmelidir. Hiçbir zaman eleştirel ve suçlayıcı olunmamalıdır. İyi bir iletişim için yaşlının ve yakınlarının korkuları, kaygıları, beklentileri paylaşılmalıdır. Hasta; hastalığı, yapılacak tetkikler ve önerilen tedavi hakkında bilgilendirilmelidir. Hastanın anlatılanları anlayıp anlamadığı sorgulanmalı, anlaşılmayan hususlar yeniden anlatılmalıdır. Unutulmamalıdır ki yanlış anlaşılan bir tedavinin hastaya faydası olmayacağı gibi zararı da olabilir. Reçete mutlaka hastanın eline verilmeli, üzerinde de ilaçların kullanımını ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Görüşme sonucunda önemli noktalar özetlenerek, yaşlıya soru sorabilmesi için fırsat verilmelidir.⁸

Kişî merkezli yaklaşım

Kişî merkezli bakım tıbbın her alanında farklı şekilde uygulanır. Aile hekimleri her türlü sorunla ilgilendikleri için hastanın başvuru nedeniyle ilgili varsayımda bulunmazlar. İlk yakınma ana sorun olmayabilir. Bu sebeple aile hekimleri görüşmeye başlarken hastanın başvuru nedeni ve beklentileri üzerine hipotezler oluşturur, sonra bu hipotezler hastanın ifadeleri, vücut diliyle verdiği ipuçları ve hastanın geçmişine yönelik bilgilerle şekillenir. Kişî merkezli yaklaşımın önemli prensiplerinden biri de hekimin, görüşmenin akışının belirlenmesinde hastaya izin vermesi gerektiğidir.¹²

- Kişî merkezli yaklaşım yaşlılar için çok önemlidir. Her yaşlı kendi özelinde, tek özel bir birey olarak değerlendirilmelidir. Yaşlının hastalıkları ile dile getirebildiği rahatsızlık çok farklı olabilir.
- Yaşlı, ailesi, yaşadığı ortam sahip olduğu sos-

Yaşlı hastanın Değerlendirilmesinde İletişim
Communication in the Evaluation of an Elderly Patient

yokültürel değerler ve inançları ile birlikte, bir bütün olarak olduğu gibi anlaşılmaya çalışılmalıdır.⁸

- Empati görüşmenin esasını oluşturur. Kişi merkezli yaklaşımın farkı hastanın/bireyin karar verme süreçlerine katılımının sağlanmasıdır.
- Hastalık algısının değerlendirilmesi, yani yaşının sağlığı ile ilgili durumları nasıl değerlendirdiği, örneğin hastalığının kendisine ne ifade ettiği, hastalığı hakkında ne düşündüğü ve hissettiği, hekimden sağlığı ile ilgili beklentileri mutlaka sorulmalıdır. Çünkü bunlar hastanın herhangi bir sağlık durumu için önerilecek tetkik ve tedaviye uyumunu ve bu kararlara katılımını sağlayacaktır.
- Yaşlı hastayla görüşme esnasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir.¹³

Hasta sirkülasyonunun oldukça hızlı ve hastaya ayrılan vaktin çok kısıtlı olduğu üçüncü basamak sağlık kurumlarında yaşlı hastanın kapsamlı olarak değer-

lendirilebilmesi çok zordur. Yaşlı hasta, sağlığıyla ilgili tüm izlemleri için mutlaka birinci basamak hekimi tarafından, yaşlılığının gerektirdiği uygun koşullarda (evde bakım hizmetleri, geriyatrik hastaya uygun poliklinik şartları vb.) takip edilmelidir. Gerekli hallerde üst basamağa başvurusunda aile hekiminin kendilerine verdiği gerekli tıbbi bilgileri içeren bir konsültasyon formunu da beraberinde götürmesi, gereken tıbbi yardıma kolay ulaşmasını sağlayacaktır.

Sonuç

Olgumuza benzer bireylerin başvuruları ile sıkça karşılaşılan birinci basamak hekimlerinin “yaşlı hastaya yaklaşım” konusunda ustalaşmaları önemlidir. Yaşlı hastanın fizyolojik özelliklerinin, yaşlılarda sık karşılaşılan sağlık sorunlarının bilinmesi ve uygun iletişim koşulları sağlanarak yaşlı hastanın yönetimi birinci basamak hekiminin yeterlik alanlarından biri olmalıdır.

Yaşlı hastanın Değerlendirilmesinde İletişim
Communication in the Evaluation of an Elderly Patient

KAYNAKLAR

1. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:280-281.
2. Beğen T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim* 2012;25:1-3.
3. National Institute on Aging National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. *Global Health and Aging*. WHO 2010:2-4.
4. TÜİK. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16083> 2013 sayfasından 03.11.2015 tarihinde erişilmiştir.
5. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi. Nüfus ve konut araştırması. <http://www.eyh.gov.tr/uygulamalar/arge-ve-istatistik/nufus-ve-konut-arastirmasi-2011> sayfasından 23.11.2015 tarihinde erişilmiştir.
6. Yavuz BB. Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi* 2007;14:5-17.
7. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance Care Planning in the Elderly. *The Medical clinics of North America* 2015;99(2):391-403.
8. Çifçili S. Yaşlıya Özgü Öykü Alma ve Fizik Muayene. "Birinci Basamakta Yaşlı Bireyin Kapsamlı Değerlendirilmesi" içinde. Birinci baskı. İstanbul, Deomed Yayıncılık. 2011: 95-108.
9. Yıldırım KÖ. Diyabetik ve non diyabetik hastalarda demansı etkileyen faktörlerle birlikte Mini Mental Test skorlarının karşılaştırılması [Uzmanlık Tezi]. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, 2007.
10. Parmar J, Dobbs B, McKay R, et al. Diagnosis and management of dementia in primary care: exploratory study. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2014;60(5):457-65.
11. Hildreth KL, Church S. Evaluation and Management of the Elderly Patient Presenting with Cognitive Complaints. *The Medical clinics of North America*. 2015;99(2):311-35.
12. Mc Whinney IR, Freeman T. "Aile Hekimliği" içinde. (çev.ed) Güldal D. *Türkçe Birinci Baskı*. İstanbul, Medikal Akademi. 2012;158-9.
13. Erdem R, Atilla G, Oksay A. Hekim-Hasta iletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 2012;43:23-37.