

Aile Hekimliği Uygulamasında Yaşlı Hasta Değerlendirmesi

Doç. Dr. Güzel DişciGİL

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

Özet

Yaşlıya yönelik bireysel koruyucu hekimlik, yaşlıya özgü muayene, fonksiyonel yeterliliğin değerlendirilmesi, yaşlılık dönemine özgü tıbbi durumlar ve hastalıklar aile hekiminin günlük pratiğinde sıklıkla yer alan uygulamalardır. Bu yazıda yaşlının aile hekimliği uygulamasında değerlendirilmesi ele alınmıştır. Yaşlıdan öykü alma süreci, görüşme odasındaki değerlendirme, fizik bakıda gözden kaçırılmaması gerekenler ve genişletilmiş geriatrik değerlendirme uygulanan ölçeklerle birlikte özetlenmiştir.

Anahtar kelimeler: yaşlı, öykü alma, genişletilmiş geriatrik değerlendirme, geriatrik ölçekler

Assessment of the elderly patient in family practice

Summary

Preventive care and examination of elderly, assessment of functional ability, care of specific medical conditions are common conditions in daily practice of family physicians. Assessment of elderly in family practice is evaluated in this article. History taking, assessment in the office, important key points in physical examination of the elderly and comprehensive geriatric assesment with commonly used geriatric scales are summarized.

Key words: elderly, history taking, comprehensive geriatric assessment, geriatric scales

Giriş

Yaşlılık, insan hayatında kendine özgü özellikleri olan bir dönemdir. Yaşlılık döneminde baş edilmesi gereken sorunlar sadece tıbbi değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal sorunlardır. Tıbbi sağlığı geliştirmek ruhsal ve sosyal iyilik halini sağlamadan mümkün olmamaktadır. Bu nedenle yaşlı hastanın değerlendirilmesinde aile hekimliği uygulamasının temel ilkelerinden biri olan bütüncül yaklaşım ön plandadır. Ayrıca yaşlanmayla birlikte görülen fizyolojik ve patolojik değişiklikler uzun yıllar içinde gelişmiştir ve çok çeşitli şekillerde karşımıza çıkmaktadırlar. Bu nedenle değerlendirmeyi bireyselleştirmek ve esneklik yaşlı değerlendirmesinde büyük öneme sahiptir.

Her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılıkta da sağlık hizmetlerini planlarken o yaş grubunda en sık görülen ölüm nedenleri, ölüme neden olmasa da en sık karşılaşılan sağlık sorunları ve dönemin özelliklerini bilmek gerekmektedir. Bu konuda ülkemizde yapılan geniş çaplı bir çalışma mevcuttur. Ulusal hastalık yükü çalışmasına

göre 65 yaş üzerinde en sık görülen ölüm nedenleri sırasıyla kalp hastalıkları, kanserler ve serebrovasküler hastalıklardır. Yine aynı çalışmada sağlıklı yaşamdan en fazla kayba neden olan (DALY) ilk on hastalık arasında demans, osteoartrit ve işitme kaybı yer almaktadır.¹ Bu nedenle yaşlıya yönelik sağlık hizmetlerini planlarken ölüme yol açan hastalıklarla birlikte yaşam kalitesini bozan, işlev kaybına yol açan bu hastalıklar da göz önüne alınmalıdır. Ayrıca yaşlılık döneminde yaşam kalitesini korumanın sadece sağlık hizmetlerine değil sosyal hizmetler, davranışsal özellikler, ekonomik gelişmişlik, olumlu sosyal ve fizik çevreye de bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Yaşlı hastadan öykü alma

Öykü alma süreci hasta- hekim arasında güven ilişkisinin geliştiği bir zaman dilimidir. Bakımın sürekliliğini sağlamak için bu süre verimli kullanılmalı ve uygun koşullarda yer alması için çaba gösterilmelidir. Bu amaca yönelik olarak yaşlının görüşme ve muayene odasında değerlendirilmesi sırasında bazı düzenlemeler yapmakta yarar vardır. Odanın fiziki koşullarının fonksiyon yetersizliği olan yaşlıya göre düzenlenmesi, tekerlekli sandalye, yürüteç gibi yardımcı araçların hazır bulundurulması, bakan kişinin sürece aktif olarak dahil edilmesi bu düzenlemelerden bazılarıdır. Öyküyü sadece yaşlıdan değil bakan kişiden de almak basit düzenlemelerle çözülebilecek sorunların erken fark edilmesine yardımcı olabilir.² Örneğin yetersiz, yanlış veya çoklu ilaç kullanımı yaşlılık döneminin önemli bir sorundur.^{3,4}

Bitkisel olanlar dahil kullanılan tüm ilaçlar yaşlıya ve bakan kişiye sorulmalı, doğru kullanımı sağlayacak öneriler geliştirilmeli ve bunlar hem yaşlıya hem de bakan kişiyle paylaşılmalıdır. Ayrıca yaşlıya, fonksiyonel, bilişsel ve ruhsal durumunu ifade edebilecek zaman verilmelidir. Buna rağmen her zaman sağlıklı öykü alınamayabilir. Bu durumda genişletilmiş geriatrik değerlendirme, fizik muayene, bakan kişiden alınan öykü karar vermede yol gösterici olur.

Genişletilmiş geriatrik değerlendirme

Günlük işlevlerin sürdürülebilmesi yaşlılık döneminin öncelikli sorunudur. Pek çok hastalık veya fizyolojik değişiklik günlük işlevlerin kaybı ile kendini gösterebilir. Bunun yanı sıra ilerleyen hastalıklar nedeniyle de günlük işlevlerde kayıplar söz konusu olabilir. Bu nedenle yakınma olmasına bakılmaksızın yaşlı öykü ve muayenesinde günlük işlevler mutlaka değerlendirilmelidir.

Genişletilmiş geriatik değerlendirmede temel günlük işlevleri değerlendiren ölçekler kullanılır.^{5,6} Amaç yaşlılık döneminde sık karşılaşılan sorunları taramak ve tanımdır. Kullanılan ölçekler çok çeşitli olmakla birlikte temelde hepsi yaşının temel günlük işlemlerindeki bağımlılığını, düşme riskini, ruhsal durumunu ve bilişsel fonksiyonlarını değerlendirmeye yöneliktir. Bu ölçeklere örnek olarak; temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren Katz ADL, aletli günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren Lawton IADL, denge yürüme durumunu değerlendiren Tinetti denge- yürüme, bilişsel fonksiyonları değerlendiren Folstein MMSE ve ruhsal durumu değerlendiren Yasevage geriatik depresyon ölçeği verilebilir.⁷⁻¹¹ Bu ölçeklere örnekler Tablo 1-4'te yer almaktadır. Bu ölçekler riskli hastaları ayırt etmek için uygulanabileceği gibi izlem amacıyla da kullanılabilirler.

Yaşlının fizik bakışı

Temelde uygulanan fizik bakı akışı içinde yaşlıya özgü bazı durumların gözden kaçmaması için bazı sistem ve organlara özellikle vurgu yapılmasında yarar vardır. Bunların başlıcaları duyu organları, eklemler, dişler, kardiyovasküler ve nörolojik sistemdir.

Görme ile ilgili sorunlar yaşlılıkta sıktır ve günlük işlevlerin bozulmasına neden olur. Presbiyopi, katarakt gibi sık karşılaşılan sorunlar öyküyle birlikte fizik bakı sırasında aile hekiminin fark edebileceği sorunlardır.¹² İşitme duyusu için aile hekimi otoskopi ve "fısıltı testi" ile kolayca değerlendirmesini yapabilir. Fısıltı testi basit bir sorunun hastanın hekimin yüzünü görmeyeceği bir şekilde fısıldayarak sorulması ile yapılır.¹³ Cildi değerlendirirken ise açıklanamayan ekimozlar istismar açısından göz ardı edilmemelidir.

Ağız-dış sağlığı ile ilgili sorunlar beslenme bozukluklarına yol açabileceği için muayene sırasında özellikle dikkat edilmelidir. Ayrıca yaşlılık döneminde sık karşılaşılan ve demans benzeri semptomlardan inkontinansa kadar pek çok soruna yol açan B12 eksikliğinde papillaları silinmiş,

ağrılı bir dil görülebileceği hatırlanmalıdır.¹⁴

Kas iskelet sistemi ve eklemler sorunları çok çeşitli olmakla birlikte en sık osteoartrit görülmektedir. Eklemlerde krepitasyon, interfalanjiyal eklemlerde kemik çıkıntıları osteoartrit açısından değerlendirilmelidir. Eklemlerin aktif ve pasif hareketleri, kas gücü değerlendirmesi de ihmal edilmemelidir.¹⁵

Ölüm nedenleri arasında ilk sırada olan kardiyovasküler hastalıklar tipik semptom vermeyebilirler hatta asemptomatik olabilirler.¹⁶ Örneğin diyabet veya yaşlılık döneminde patolojik stresörlere yanıtın azalması nedeniyle sessiz iskemi, karşılaşılabilen bir durumdur. Yaşlılık döneminde semptomların silik olabileceği akılda tutulmalıdır.

Yaşlının nörolojik değerlendirmesi odaya girdiği andan itibaren başlar. Muayene odasında hareket ederken denge, koordinasyon hakkında fikir edinilebilir. Derin tendon reflekslerinde yaşlanmaya bağlı bir değişiklik görülmez ancak postural reflekslerin yaşlanmadan etkilenebileceği ve düşmeler açısından önemli olduğu bilinmelidir.¹⁷ Zaman sınırlı da olsa bir kaç soruyla yakın belleğin değerlendirilmesi gerekir. Bilişsel fonksiyon kayıplarını yakalamak açısından sadece oryantasyonu değerlendirmek yeterli olmayabilir.¹⁸

Yaşlı izleminde interdisipliner ekip

Yaşlının değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkabilecek pek çok sağlık veya sosyal sorun interdisipliner bir ekip tarafından çözüme ulaştırılabilir. Aile hekimi bu noktada sadece tedavi edici değil koordinasyonu sağlayıcı bir rol de üstlenmelidir. Toplum içinde yaşayan yaşlılar genellikle ilk olarak aile hekimi tarafından görülmekte, bakımevlerindeki sağlık hizmetleri de aile hekimleri tarafından yürütülebilmektedir. Bu nedenle aile hekiminin koordinasyonu sağlayıcı rol üstlenmesi hizmetin hızlı ve sağlıklı verilebilmesi için kolaylaştırıcı olabilmektedir. İnterdisipliner ekipte, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanının yanı sıra eczacı, fizyoterapistler, uğraş terapistleri, psikologlar ve diyetisyen de yer almalıdır.¹⁹

Tablo 1: Günlük yaşam aktiviteleri

Temel günlük aktiviteler	Açıklamalar	Evet	Hayır
Banyo yapma	Yardıma ihtiyaç duymaz veya sadece vücudunun bir bölümü için ihtiyaç duyar		
Giyinme	Yardıma ihtiyaç duymaz veya sadece ayakkabı bağlarken yardıma ihtiyaç duyar.		
Tuvalete gitme	Yardıma ihtiyaç duymaz (yardımcı yürüme aleti veya gece pet kullanabilir)		
Hareket	Yatağından kalkmak veya sandalyeye oturmak için yardıma ihtiyaç duymaz.		
Kontinans	Mesane ve bağırsaklarını tamamen kendi kontrol edebilir		
Beslenme	Yardımsız yemeğini yiyebilir (et kesmek veya ekmeğine yağ sürmek için yardım alabilir)		
Toplam puan	Her "evet" yanıtı 1 puandır		

Not: 1-2 puan ciddi fonksiyon kaybını, 3-4 puan orta derecede fonksiyon kaybını, 5-6 puan ise tam fonksiyonu gösterir.

Tablo 2: Aletli günlük yaşam aktiviteleri

Instrumental günlük aktiviteler	Açıklamalar	Puan
1-Telefonu kullanabiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç kullanamıyor	3 2 1
2-Yürüme mesafesi dışındaki yerlere gidebiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Özel organizasyon gerekiyor	3 2 1
3-Markete alış-verişe gidebiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç yapamıyor	3 2 1
4-Kendi yemeğini hazırlayabiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç hazırlayamıyor	3 2 1
5-Kendi ev işini yapabiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç yapamıyor	3 2 1
6-Ufak düzenleme ve tamiratları yapabiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç yapamıyor	3 2 1
7-Çamaşırını yıkayabiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç yıkayamıyor	3 2 1
8-İlacını kendi alabiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç alamıyor	3 2 1
9-Parasını idare edebiliyor mu?	Yardımsız Biraz yardımla Hiç yapamıyor	3 2 1
Toplam puan	27 puan tam fonksiyonu gösterir, puan düştükçe bağımlılığın arttığı öngörülür. 4-7. sorular cinsiyete bağlı olarak yanıtı değişebilecek sorulardır, hekim tarafından modifiye edilmelidir.	

Tablo 4: Kısa mental durum değerlendirmesi

Açıklama	Puan
Oryantasyon	
Zaman	5
Mekan	5
Kayıt hafızası	
3 kelime söyleyin ve siz bitirdikten sonra tekrarlamasını isteyin	3
Dikkat ve hesap	
Hastanın haftanın günlerini geriye doğru veya 7'nin katlarını saymasını isteyin. (5 basamak gitmesi yeterlidir)	5
Hatırlama (yakın bellek)	
Kayıt hafızası basamağında tekrarlamasını istediğiniz 3 kelimenin neler olduğunu sorun. (Sırası önemli değildir)	3
Lisan ve yazma	
- Çevrede gördüğünüz 2 cismin adını söylemesini isteyin	2
- Sizin söyleyeceğiniz "eğer ve fakat" cümlesini sizden sonra tekrarlamasını isteyin	2
- "Masada duran kağıdı sağ/sol elinize alın, ikiye katlayın ve yere koyun" komutunu yapmasını söyleyin (Her basamak için 1 puan verin)	3
- Bir kağıda "gözlerini kapat" yazın, hastanın kağıtta okuduğunu yapmasını isteyin	1
- Öznesi yüklemi olan bir cümle yazmasını isteyin	1
- Bir köşesinden içi içe geçmiş iki eşkenar dörtgen çizin, hastadan çizmesini isteyin	1
Toplam puan	30

Tablo 3: Denge ve yürüme değerlendirmesi

Denge	Açıklama	Puan	Toplam puan
1. Oturma dengesi	Sandalyeye yaslanır veya kaykılır Dik ve güvenli oturur	0 1	
2. Doğrulma	Yardımsız yapamıyor Kollarından yardım alır Kollarını kullanmadan doğrulabilir	0 1 2	
3. Doğrulma girişi	Yardımsız yapamıyor Birden fazla girişim sonrası yapabiliyor Hemen doğrulabiliyor	0 1	
4. Ayağa kalkış dengesi (ilk 5 sn.)	Dengesiz Dengeli ancak yardımcı alet kullanıyor Yardımcı alet kullanmadan kalkıyor	2 0 1	
5. Ayakta durma dengesi	Dengesiz Dengeli ancak yardımcı alet kullanıyor veya topukları 8-10 cm. den daha aralıklı Topukları 8-10 cm. den daha kapalı ayakta durabiliyor	2 0 1 2	
6. Hasta ayaklar bitişik durumdayken sternum üzerinden hafifçe itilir	Düşmeye başlar Sendeler ancak dengesini sağlar Dik durabilir	0 1 2	
7. Basamak 6 gözler kapalıyken tekrarlanır	Dengesiz Dengeli	0 1	
8. 360° kendi etrafında döner	Devamlı adımlar Devamsız adımlar Tutunur, sendeler Dengeli	0 1 0 1	
9. Oturma	Güvensiz Kollarından yardım alır Güvenli, dengeli	0 1 2	
Denge puanı		16	16
YÜRÜME			
10. Yürümeye başlama	Kararsız veya birden çok girişim gerekir Kararlı	0 1	
11. Adım uzunluğu ve yüksekliği	Adım atan sağ ayağı; Sol ayağı geçemez Sol ayağı geçer Sağ ayak yerden tam kalkamaz Sağ ayak yerden tam kalkar Adım atan sol ayağı; Sağ ayağı geçemez Sağ ayağı geçer Sol ayak yerden tam kalkamaz Sol ayak yerden tam kalkar	0 1 0 1 0 1 0 1	
12. Adım simetrisi	Sağ ve sol adım eşit görünmüyor Sağ ve sol adım eşit		
13. Adım devamlılığı	Adımlar arasında durma veya devamsızlık Adımlar devamlıdır	0 1	
14. Düz doğrultuda yürüme	Belirgin sapma Hafif veya orta derecede sapma veya yardımcı alet kullanımı		
15. Gövde	Belirgin yalpalar var veya yardımcı alet kullanır Yalpalamaz ancak yürürken sırtını, dizlerini bükerek veya kollarını açar Yalpalamaz, sırtını, dizlerini bükmez, kollarını açmaz, yardımcı alet kullanmaz	0 1 2	
16. Yürüme duruşu	Topuklar ayrı Topuklar birbirine yakın	0 1	
Yürüme puanı		12	12
Toplam puan	<19 puan düşme riskini düşündürür		28

Kaynaklar

- 1.Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi 2004
http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf
adresinden 30.05.2010 tarihinde erişilmiştir
- 2.Basics of geriatric care. In "Merck Manual of Geriatrics". (eds) Beers MH, Berkow R. USA, Merck & Co, Inc. 2000;74-86.
- 3.Kutsal YG. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı Türk Geriatri Dergisi 2006;(9);Özel Sayı:37-44.
- 4.Dişçigil G, Tekin N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(3):117-121.
- 5.A Problem-Oriented Approach. In "Merck Manuel of Geriatrics".USA, Merck & Co,Inc. (eds) Beers MH, Berkow R 1995;11-86.
- 6.Mc Clane KS. Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. 2006 Jul-Aug;20(4):201-207.
- 7.Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986;34(2):119-126.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. 1975 Nov;12(3):189-198.
- 9.Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 1997;33(2):62-71.
- 10.Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. JAMA 1963;185:94-99.
- 11.Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186.
- 12.İRkeç M, Kocaman MC. Yaşlıda görme ile ilgili problemler. "Geriatri ve Gerontoloji" içinde. (ed) Arıoğul S. 1. baskı. Ankara, MN Medikal&Nobel. 2006;1029-1037.
- 13.Problem-Oriented Approach. In "Merck Manuel of Geriatrics". (eds) Beers MH, Berkow R USA, Merck&Co,Inc. 1995;11-86.
- 14.Metabolic and endocrine disorders. In "Merck Manuel of Geriatrics". (eds) Beers MH, Berkow R USA, Merck&Co,Inc. 2000;588-595.
- 15.Çakar M, Cankurtaran M. Geriatrik Populasyonda kas-iskelet sistemindeki fizyolojik değişimler. "Geriatri ve Gerontoloji" içinde. (ed) Arıoğul S. 1. Baskı. Ankara, MN Medikal&Nobel. 2006;645-654.
- 16.Anderson RN, Smith BL. Deaths: leading causes for 2002. National Vital Statistics Reports March 7 2005;53(17).
- 17.Fuller G F. Falls in the elderly. Am Fam Physician 2000;61:2159-2168, 2173-2174.
- 18.Santacruz K, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. Am Fam Physician 2001;63(4):703-717.
- 19.G. Dişçigil, N. Tekin. Geriatrik Değerlendirme ve Interdisipliner Ekip. "Aile Hekimleri için Geriatri El Kitabı" içinde. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları No:24; 2007;10.