

Dr. Yeşim UNCU¹
Dr. Alis

YAŞLI HASTAYA BİRİNCİ BASAMAKTA YAKLAŐIM

GENERAL APPROACH TO THE GERIATRIC PATIENTS IN PRIMARY CARE

ÖZET

Bugün dünyada yaşayan her 10 kişiden biri yaşlı, yani 65 yaş üzerindedir ve son otuz yılda yaşlı nüfusu %63 oranında artış göstermiştir. 1980 yılında dünyamızda, 65 yaş üstü nüfus 260 milyon civarındayken, yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %5,8 idi. 2000 yılında ise yaşlı nüfus 400 milyona ulaşırken, yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %6,4 olmuştur. Benzer artış Türkiye'de de gözlenmekte ve önümüzdeki 30 yılda yaşlı nüfus oranının 2-3 kat artacağı öngörülmektedir. Nüfusumuzun değişen yaş özellikleri göz önünde bulundurularak, geleceğe yönelik sağlık hedeflerimizin ve ihtiyaçlarımızın belirlenmesinde yaşlı sağlığına gereken önem verilmelidir. Yaşlılık dönemi, tıpkı çocukluk dönemi gibi kendine has özellikleri olan bir dönemdir. Yaşlılıkta görülen başlıca sağlık sorunları kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler ise yaşlıların morbidite ve mortalitesinde en önde gelen nedenlerdir. Bu hastalıklar bakımında sürekliliği ve çok yönlü yaklaşımı gerektiren sorunlardır. Yaşlılık dönemi problemleri genellikle beklenen tabloları ile ortaya çıkmazlar ve gerek metabolik gerekse hastalıkların birden fazlasının bir arada bulunması nedeni ile tedavi yaklaşımları da farklı olabilmektedir. Bu nedenle yaşlı hastaya yaklaşım, diğer hastalara olan yaklaşımlardan farklı olmalıdır. Geriatrik hasta tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri içeren, bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Dünya Sağlık Teşkilatının tüm dünya için önerdiği "Sağlıklı Yaşlanma" hedefinin, Türkiye için de gerçekteşebilmesi yaşlı sağlığına birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda gereken önemin verilmesi ve bu konudaki çalışmaların artırılarak devam ettirilmesi ile mümkün olabileceği düşünceindedyiz.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı hasta, birinci basamak, genel yaklaşım

ABSTRACT

Today one out of every 10 people is considered elderly, i.e. over 65 years old, and elderly population has increased by %6.3 within the last 30 years. In 1980, while the population over 65 years was around 260 millions, the ratio of the elderly people to the overall population was 5,8%. Whereas in the year 2000, the elderly population has reached to almost 400 million while the ratio of elderly people to the overall population has become %6,4. A similar increase was observed in Turkey too, and elderly population is being predicted to be 2-3 times larger in the forthcoming 30 years. Considering the varying aging characteristics of our population, the medical care for the elderly people becomes very important while designating the health-related targets and the necessities towards the future. Advanced ages is a life period with its unique properties just like childhood. Chronic and degenerative diseases are the major health problems faced in the elder ages. Cardiovascular diseases and cancer in elderly people are the major reasons of their morbidity and mortality rates. Such diseases require continuous care and multi-aspect approach. The problems of elder ages usually do not appear by the expected scenes, they are usually metabolic, more than one disease can happen at the same time and the rapy approaches can be various. Thus the approach in treating elderly patients should be different from other patients. Geriatric patients require a multi-disciplinary and integrated approach covering medical, social, psychological and ethical items. We believe that achieving the target of "Healthy Aging Worldwide" proposed by the World Health Organisation also for Turkey can be possible only by giving the required importance and priority to the elderly population in the first time of health services and by continuing and improving the related studies.

Key Words: Geriatric patients, primary care, general approach

Geliş: 09.09.2002

Kabul: 08.01.2003

¹Uzman Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliđi AD. BURSA.

İletişim: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliđi AD. 16059

Görükle/BURSA

Tel : 0 (224) 442 84 00 (iç hat: 1562)

Fax : 0 224 442 8767

e-mil: yesimuncu @ uludağ.edu.tr

GİRİŞ

Yaşlılık; insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, ölümden önce yaşanan ve kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği dönemdir. Genellikle kronolojik bir kavram olarak kullanılmaktadır. Yasaların ve Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği yaşlılık sınırı 65 olmakla birlikte, kişinin bağımlılığa geçişi çoğunlukla 75 yaş civarında olmaktadır (7. 9. 16).

Klasik kitaplarda yaşlanma süreci 5 aşamada incelenmektedir (10).

1. Moleküler yaşlanma: Kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra-intermoleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastisitesinde azalmaya yol açması ile olmaktadır.
2. Hücresel yaşlanma: Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir.
3. Doku ve organ yaşlanması: Bir çok organda, yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır.
4. Bireysel yaşlanma: Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte, giderek ölümlü sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının bozulmasıdır.
5. Toplumsal yaşlanma: Bir toplumdaki 64 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir.

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından 4 gruba ayrılmaktadır (10).

- Genç Toplumlar: Bu toplumlarda nüfusun %4'ünden azı 64 yaşın üzerindedir. Az gelişmiş ülkelerin çoğunda nüfus genç toplum özelliğindedir.
- Erişkin Toplumlar: 64 yaş üzeri nüfus %4-7 arasındadır. Çin dahil Batı Asya ve ılıman Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptadır.
- Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı %7'nin üzerinde ve %10'un altında olan toplumlardır. Kanada, Avustralya, Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.
- Çok Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı %10'un üzerindedir. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş Avrupa Ülkeleri genellikle bu gruptadır.

Son 30 yılda dünyadaki 65 ve daha yukarı yaşlıların sayısı %63 oranında artış göstermiştir. Doğumda beklenen yaşam umudunun 2005 yılı için kadında 72.7 ve erkekte 68 olacağı düşünülürken, 2010 yılında bu rakamların kadında 73.8, erkekte ise 69'a ulaşacağı düşünülmektedir (10).

Türkiye'de de yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Ülkemizde 1990 yılında toplam nüfusun %4,5 i 65 yaş üzerinde iken, 1998 yılında toplam nüfusun %5,9 u 65 yaş üzerinde idi. 2025 yılında ise toplam nüfusun %9 unun 65 yaş üstü olması beklenmektedir. Diğer bir deyişle her 10 kişiden 1 inin 65 yaşın üstünde olacağı düşünülmektedir (6,7,11).

Son 10 yılda gelişen tıp ve yaşlanan dünyamız geriatrinin ayrı bir tıp disiplini olarak ortaya çıkması ihtiyacını doğururken, yaşlı hastalar birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda da gittikçe artan oranda yer tutmaya başlamıştır. Yaşlı hastaya yaklaşımın,

diğer yaş gruplarındaki hastalara göre farklılıklar göstermesi nedeni ile bu yazıda, birinci basamakta yaşlı hastaya yaklaşımın genel prensipleri gözden geçirilmeye çalışılmıştır.

Hastanın Değerlendirilmesi: Gelişen teknoloji ve tıbbın sayesinde mortalitenin azalması ve yaşam süresinin uzamasına rağmen kronik hastalıklar, yaşlı hastaların en büyük problemi olmaya devam etmektedir. Yaşlı bakımevlerinde yapılan çeşitli çalışmalarda artrit, hipertansiyon, işitme bozukluğu, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların tüm hastalıkların %60'ını teşkil ettiği gösterilmiştir (3). Kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve stroke ise yaşlıların ölüm sebeplerinin yaklaşık %80'ini teşkil ettiği bildirilmektedir (3). Bu nedenle 21. yüzyılın birinci basamak hekimleri daha uzun yaşayan ancak bağımlı, disfonksiyonel ve multiple hastalıkları olan bir yaşlı popülasyonu ile karşı karşıya olduklarını bilmelidirler.

Geriatrik hastanın değerlendirmesinde, öncelikle hastanın fonksiyonelliğine oryantasyon gerekir. Hastanın neler yapabildiği, kendi işlerinin ne kadarını yarımsız yapabildiği anlaşılmalıdır. Geriatrik hastanın değerlendirilmesinde bu özellik çok önemlidir, çünkü yaşlıların çoğu, özellikle ilk değerlendirmede kendilerini çok rahat hissetmediklerinden normal fonksiyonel durumlarından daha aşağıda bir durum gösterirler. Bazıları semptomlarını minimize etmeye meyillidirler. Hastalıklarından kaynaklanan semptomları yaşlılığın göstergeleri olarak kabul ederler ve gündeme getirmezler. Tam tersi tutumda oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. İlerleyen yaşla ortaya çıkan fonksiyonel kayıplarının, doktorun ağzından çıkacak bir ilaçla tedavi olabileceğini düşündüklerinden, tüm yakınmalarını semptom olarak doktorlarına getirirler. Bu ise çoğunlukla polifarmasiye neden olmaktadır.

65 yaş üstü hastalarda ortalama 4-6 hastalık olduğu ve yatan hastaların günde ortalama 8-10, poliklinik hastalarının ise ortalama 3-8 ayrı ilaç kullandıkları epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir (2). Kognitif fonksiyonlardaki kayıp ilerleyen yaşla birlikte artmakta, sonuç olarak yanlış ilaç kullanımından doğan yan etkiler ya da ilaç intoksikasyonu geriatrik yaş grubu hastalarda önemli sağlık problemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle hastanın ilk görülmeye gelirken kullanmakta olduğu veya kullanmadığı halde evde bulundurulmuş tüm ilaçları getirmesi istenmelidir.

Muayene odası bakıcı, tekerlekli sandalye, koltuk değneği vs. ile rahat hareket etmeye olanak sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca hastanın muayene esnasında soyduğunda, üşümemesi için sıcaklık ayarlanmış olmalıdır. Yaşlı hastaların büyük çoğunluğunda görme ve işitme problemi olduğundan, odanın ışıklandırması yeterli olmalı, hasta ile iletişim kurarken yüksek tonda, yavaş ve tane tane konuşmaya özen gösterilmelidir.

Hasta ile görüşmede, başlangıçta hasta ile yalnız olmak çok faydalıdır. Böylece hastanın kendisine göre özel olan problemlerini paylaşabilmesi için şans verilmiş olur. Ailenin diğer bireyleri sorulan soruları daha iyi anladıklarından hemen yanıtlama eğilimindedirler ve bu nedenle yaşlının kendini ifade etmesini engelleyebilmektedirler.

Hasta ile başlangıçta medikal olmayan güven verici bir ilişki kurmak çok önemlidir. "Bana kendinizden bahsedin..." güzel bir başlangıç olabilir.

Anamnez almada ilk kaynak, hastanın kendisi olmalı ancak, mutlaka aile bireyleri, bakıcı ve hastaya ait diğer tıbbi kayıtlardan

da bilgi edinilmelidir. Çünkü çoğu zaman unutkanlık, algılama bozukluğu, ifade yetersizliği gibi nedenlerle yaşlının kendinden alınan anamnez yeterli olamayabilir.

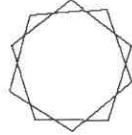
"Hastalıkların atipik ortaya çıkıdı yaşlılar için tipiktir" sözü yaşlı hastalardan anamnez alırken daima hatırlanmalıdır. Miyokard infarktüsü, pnömoni, sepsis gibi birçok hastalık nöropati gibi nedenlerle, tipik bulguları olmaksızın (örn; sessiz myocard infarktüsü, afebril pnömoni) ortaya çıkabilmektedir (13). Yaşlılarda tabloyu karıştıran bir diğer özellik ise birçok hastalığın özellikle de kronik hastalıkların bir arada bulunabilmesidir. Halsizlik, yorgunluk ya da kırgınlık gibi nonspesifik bulgular çoğu zaman potansiyel ciddi bir hastalığın semptomu olarak karşımıza çıkabilir (13).

Kapsamlı bir sosyal anamnez de, yaşlının ileride karşılaşılabileceği sorunları anlamada doktora yardımcı olacaktır. Aile bireyleri ile olan ilişkileri, arkadaşları ile ilişkileri, bakıcısı varsa bakıcıya ait özellikler, ev içinde yaşam koşulları, evde beslenen hayvan varsa ona ait bilgiler, yaşlının kendisinin araba kullanıp kullanmadığı, geçimini nasıl sağladığı gibi konular mutlaka öğrenilmelidir.

Hastanın beslenmesi ve aşlarına yönelik bilgiler de mutlaka edinilmelidir.

Standart anamnez alınmasından sonra, hastaya ilave bazı sorular sorularak, kognitif, psikolojik ve fiziksel fonksiyonları değerlendirilebilir. Bu amaçla en sık "Folstein Mini Mental Durum Değerlendirme Skalası", "Geriatrik Depresyon Skalası" ve "Günlük Yaşam Aktivite-Ensrütmental Aktivite Skalaları" kullanılmaktadır (Tablo 1, 2, 3, 4) (4, 13). Diğer tüm testlerde olduğu gibi bu testlerinde bazı kısıtlamaları vardır. Örneğin, Folstein Mini Mental Testinin %39,4 gibi bir yalancı pozitiflik oranı vardır. Yani hasta tamamen normal olsa bile yorgun, tedirgin veya zorlanmışsa yaklaşık %40 gibi bir oranda testte yetersiz olabilir (13). Yine bu testler için bir diğer olumsuz özellik ise hastanın okuma-yazma bilmediği durumlarda sonucun yanıltıcı olabileceğidir. Ancak başlangıçta değerlendirmenin standart olması ve uzun doneni takiplerde ortaya çıkan pozitif bulguların yorumlanması açısından, uygun şartlar altında yapılan bu tür testler çok faydalıdır.

Tablo 1. Folstein Mini-Mental Durum Değerlendirmesi

Oryantasyon (maksimum puan 10)	Puan	Dil (maksimum puan 9) Puan
"Bugün ayın kaçtı?"	(1)	İsim
"Hangi aydayız?"	(1)	"Bu ne?" diye sorularak nesnelere gösterilir isimleri bilmesi istenir
"Günlerden ne?"	(1)	"Kol saati" (1)
"Hangi mevsimdeyiz?"	(1)	"Kuşun kalem" (1)
"Hangi yıldayız?"	(1)	Tekrar
"Bu hastanenin/sağlık kurumunun adı ne?"	(1)	"O ona artık ödünç para vermedi" cümlesini tekrarlaması istenir
"Hangi kattayız?"	(1)	Doğru ise (1)
"Hangi semtteyiz?"	(1)	3-Aşamalı emire uyma
"Hangi şehirdeyiz?"	(1)	"Ortasından katla" (1)
"Hangi ülkedeyiz?"	(1)	"Yere koy" (1)
"Bir kağıdı sağ eline al"	(1)	Talimatı okuma ve yapma
Bellek (maksimum puan 3)	Puan	Bir kağıda büyük harfler ile "Gözlerini kapat" yazılarak verilir ve yazılanı yapması istenir (1)
Üç kelimenin tane tane söylenmesinin ardından hastanın tekrar etmesi istenir		Yazma
"Otomobil"	(1)	Kağıda 1 cümle yazması istenir
"Çiçek"	(1)	Özne, yüklem ve nesne varsa anlamlı kabul edilir (1)
"Mum"	(1)	Şekli kopyalama
Dikkat ve hesap yeteneği (maksimum puan 5)	Puan	Yapılan şekli kopyalaması istenir
Hastanın 100'den 7 şer geriye doğru sayması istenir her saymada 1 puan alır		
"93"	(1)	Toplam puan
"86"	(1)	30 puan üzerinden 23 veya aşağı puan alınması orta veya bozuk kognitif fonksiyonları gösterir
"79"	(1)	Puan
(1)		
"72"	(1)	
"65"	(1)	
Hasta hesap yapamıyor ise "radyo" kelimesini Tersten hecelemesi istenir her bir harf 1 puan		
"o"	(1)	
"y"	(1)	
"d"	(1)	
"a"	(1)	
"r"	(1)	
Hatırlama (maksimum puan 3)		
Daha önce tekrarlanan 3 kelimenin hatırlanması istenir		
"Otomobil"	(1)	
"Çiçek"	(1)	
"Mum"	(1)	

Tablo 2. Geriatrik Depresyon Skalası:

1. Yaşantınızdan memnun musunuz? H = 1
2. Herhangi bir ilgi ya da uğraşınızdan vazgeçtiğiniz oldu mu? E = 1
3. Yaşantınızın boş olduğunu düşündüğünüz oluyor mu? E=1
4. Sıklıkla can sıkıntısı hisseder misiniz? E = 1
5. Gelecek hakkında umutlu musunuz? H = 1
6. Aklınızdan uzaklaştıramadığınız düşüncelerden dolayı rahatsızlık duyuyor musunuz? E=1
7. Çoğunlukla ruhi haliniz iyi midir? H = 1
8. Bazen size kötü bir şey olacağından korktuğunuz oluyor mu? E=1
9. Çoğunlukla mutlu musunuzdur? H = 1
10. Sık sık kendinizi çaresiz hisseder misiniz? E = 1
11. Sıklıkla huzursuz ve bitkin olduğunuzu hisseder misiniz? E = 1
12. Dışarı çıkıp değişik birşeyler yapmaktansa, evde oturmayı tercih eder misiniz? E = 1
13. Sıklıkla gelecekte endişe duyar mısınız? E = 1
14. Hafızanızla ilgili her zamankinden daha fazla problem olduğunu düşünüyor musunuz? E = 1
15. Şu anda yaşıyor olmanın harika olduğunu düşünüyor musunuz? H = 1
16. Sıklıkla kendinizi moraliniz bozuk ve mahzun hisseder misiniz? E = 1
17. Kendinizi şu anda işe yaramaz ve değersiz hissediyor musunuz? E = 1
18. Geçmişini düşünerek üzüntü duyuyor musunuz? E = 1
19. Yaşamı heyecanlı buluyor musunuz? H = 1
20. Sizin için yeni projelere başlamak zor mu? E = 1
21. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz? H = 1
22. Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz? E = 1
23. İnsanların çoğunun sizden daha iyi olduğunu düşünüyor musunuz? E = 1
24. Sıklıkla küçük nedenlerden dolayı üzüntüye kapılır mısınız? E = 1
25. Sıklıkla ağlama hissi duyar mısınız? E = 1
26. Konsantrasyonda probleminiz var mı? E = 1
27. Sabah uyanmak size mutluluk veriyor mu? H = 1
28. Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınıyor musunuz? E = 1
29. Sizin için karar vermek kolay mıdır? H = 1
30. Zihniniz hep olduğu gibi net mi? H = 1

11 ve üstü puan depresyon tanısı için pozitif kabul edilir.

Fizik Muayene: Fizik muayeneye hastanın öz bakımı ve ruh halinin kaydedilmesi ile başlanmalıdır. Hastanın muayene bölümüne geçerken, kalkıp yürümesinin gözlenmesi, fonksiyonelliğinin saptanması açısından faydalı olur.

İlk muayenede, boy ve kilo mutlaka not edilmelidir. Kilo takibi, beslenme bozukluğu, sıvı yüklenmesi veya aşırı diürezin saptanması açısından daha sonraki kontrollerde de yapılmalıdır.

Tablo 3. Günlük Yaşam Aktivite Skalası (GYA)

GYA	Bağımsız	Bağımlı
Banyo	1	0
Giyinme	1	0
Öz bakım	1	0
Ulaşım	1	0
Inkontinans	1	0
Beslenme	1	0

GYA Skor: _____ (:6)

Yaşlının vital bulguları değerlendirilirken, postural hipotansiyon mutlaka değerlendirilmenin bir parçası olmalıdır. Postural hipotansiyon, sağlıklı yaşlıların yaklaşık %10'unda görülen bir durumdur ancak hastanın volüm değişikliklerinin, ilaç yan etkilerinin bir bulgusu olarak da karşımıza çıkabilir. Yaşlılık döneminin önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan düşmelerin etyolojisinde, sıkça yer almaktadır (8).

Tansiyon arteriyel ölçümü yapılırken, pseudohipertansiyon

Tablo 4. Günlük Yaşamın Enstrümental Aktivitesi (GYEA)

GYEA	Bağımsız	Kısmen Bağımlı	Bağımlı
Telefon	3	2	1
Seyahat	3	2	1
Alışveriş	3	2	1
Yemek Hazırlama	3	2	1
Ev işi	3	2	1
Evde tamirat işleri	3	2	1
Çamaşır yıkama	3	2	1
İlaçları kullanma	3	2	1
Para kullanma	3	2	1

GYEA Skor: _____ (:27)

olabileceği hatırlanmalıdır. Ateroskleroz nedeni ile aşırı sertleşmiş damarlardan ölçüm yapıldığında, intraarteriyel ölçüm değerleri normal olsa bile, yüksek kan basıncı saptanabilir. Bu gibi durumlardan şüphelenildiğinde Osler Manevrası yapılmalıdır. Bu amaçla tansiyon aletinin manşonu I. Krotkoff sesinin üstü bir dereceye dek şişirilmeli ve bu durumda radial veya brakial arter halen kollabe olmuyor ve palpe edilebiliyorsa, hipertansiyonu taklit eden rigid arterlerin göstergesi olarak kabul edilmelidir. Bu manevra çok uzun dönemden beri hipertansiyonu olmasına rağmen hiçbir retinal veya kardiyak bulgusu olmayan hastalarda oldukça faydalı bir tanı yöntemidir (13).

İlerleyen yaşla birlikte katarakt, glokom, maküler dejenerasyon ve kırma kusurlarının prevalansı artmaktadır. Bu nedenle görme keskinliğinin değerlendirilmesi gerekir ve bu amaçla Snel-

len Şeması kullanılması uygundur. Görme alanının değerlendirilmesi ile glokom, serebrovasküler olaylardan veya kafa içi yer kaplayan kitlelerden kaynaklanan görme alam kayıpları tanınabilir. Yine göz muayenesi esnasında ektropion, entropion olabileceği gibi arcus senilis denilen ve ilerleyen yaşla birlikte normal olarak görülebilen irisin depigmentasyonu da sık rastlanılan bulgulardır. Dilate fundoskopik muayene ile diabetes mellitus veya hipertansiyona bağlı retinopati değerlendirilmelidir (14).

İlerleyen yaşla birlikte en sık rastlanan problemlerden birisi de işitme kaybıdır (15). Bu nedenle yaşlı hastanın değerlendirmesinde, fisiltı testi veya diapozon testi gibi basit yöntemler kullanarak işitme muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Dış kulak yolu serumen birikimi açısından değerlendirilmelidir.

Ağız sağlığının bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Tıp doktorları, özellikle de birinci basamak hekimler, yaşlı hastaları diş hekimlerinden daim sık muayene etmektedirler. Bu nedenle yaşlı hastaların periyodik muayeneleri esnasında diş ve diş etlerini değerlendirmeleri koruyucu ağız sağlığı açısından çok önemlidir (5).

Boyun muayenesi esnasında boyun hareket kapasitesinin değerlendirilmesi, araba kullananlarda ve vertebrobaziller yetmezlik düşünülen hastalarda önemlidir (13).

İlerleyen yaşla birlikte meme kanseri insidansı da artmaktadır. Bu nedenle yaşlı kadınların yıllık meme muayeneleri yapılmalıdır. Kıvrım yerleri dermatit veya fungal enfeksiyon açısından incelenmelidir (14).

Göğüs muayenesinde kifoz, skolyoz araştırılmalı ve vertebral çıkıntılıların hassasiyeti olup olmadığı palpasyonla incelenmelidir. Bunun dışında göğüs muayenesinde genç hastalardan farklı bir özellik yoktur (13).

Kardiyak muayenede, en sık karşılaşılan bulgu sistolik üfürümlerdir ve 65 yaş ve üzeri popülasyonda %30 ila %80 arasında görülebilmektedir. Sağlıklı yaşlılarda sık görülen bir diğer bulgu da S₄ sesidir ve ventriküler kompliansın azalmasına bağlı olarak görülür. Diastolik üfürümler ise hiçbir zaman normal olarak kabul edilmemelidir (13).

Abdominal muayenede, inspeksiyonla hastanın geçirmiş olduğu ama unuttuğu veya dile getirmediği operasyon skarları olup olmadığına bakılmalıdır. Karında 3 cm. den büyük pulsatil ve sıklıkla üfürümün eşlik ettiği kitle aortik anevrizma lehine düşünülmelidir.

Eğer anamnezde üriner retansiyon düşündürülen bir durum varsa mesane palpe edilmelidir. Herni açısından inguinal kanallar ve femoral üçgenler muayene edilmelidir. Rektal tuşe yaşlılarda periyodik olarak yılda 1 kez yapılmalıdır (14). Hasta sol lateral yatar pozisyonda iken rahatlıkla yapılabilir. Rektal tuşe prostat nodüllerinin, hiperplazinin, fekaloidlerin, rektal kitlelerin ve gaitada gizli kanın tespiti açısından yol göstericidir. Ancak prostatın median lob patolojilerinin rektal tuşe ile tespit edilemeyeceği bilinmelidir.

Jinekolojik muayene, yaşlı kadınların rutin değerlendirmelerinin bir bölümüdür (14). Kifozu olan yaşlılarda baş ve boyun kısmının yastıkla desteklenmesi muayenenin daha rahat geçmesini sağlar.

Dejeneratif eklem hastalığı olup, dorsal litotomi pozisyonunu tolere edemeyen yaşlılar, sol lateral yatar pozisyonda muayene

edilebilirler. Hastalar atrofik vaginit, sistosel, rektosel, üretrosel ve uterus prolapsusu açısından değerlendirilmelidir. Histerektomi geçirmiş olan hastalarda dahil olmak üzere, tüm hastalar spekulum ile değerlendirilmelidir. Histerektomi supraservikal olarak yapıldığında serviks intakt olarak kalır ve kanser açısından risk taşımaya devam eder. Pap smear ile yıllık tarama genellikle 65 yaşına dek önerilmektedir ve bu sayede invaziv servikal kanser oranı %90 dan fazla azaltabilmektedir. 65-75 yaş arası Pap Smear taraması ancak hastanın daha önce hiç taraması yoksa faydalı olmaktadır (14). Normalde yaşlılarda overler palpabl değildir. Eğer palpe ediliyorlarsa malinite düşünülmelidir.

Ekstremitelerin inspeksiyonunun ardından, aktif ve pasif hareketleri değerlendirilmelidir. Periferik nabızlar kontrol edilmeli ve eğer alınmıyorsa ekstremitelerin distali arteriyel dolaşım yetmezliği açısından (soğuk?, soluk?,) incelenmelidir. Gode bırakan ödem, venöz staz sağ kalp yetmezliği veya hipotalbüminemi ile seyreden hastalıkların tespitinde yol göstericidir.

Ayak muayenesi ayrıca yapılmalı, özellikle diyabetik hastaların ayak muayeneleri ve ayak bakımı konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir.

Nörolojik muayenede standart bir testle hastanın mental durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Örneğin Folstein Mini Mental Test gibi. Bu sayede hastalar için bir baseline belirlenmiş olur ve hastanın zaman içinde kognitif fonksiyonlarındaki değişiklikler saptanabilir (13). Kraniyal sinir muayenesi, sensorimotor ve refleks muayeneleri genel prensiplere uygun yapılmalıdır. İlerleyen yaşla birlikte akomodasyonda azalma, pupillerin ışığa reaksiyonunda azalma ve yukarı bakışta kısıtlılık saptanabilir (13).

Yaşlılarda motor kuvvette azalma görülse de bu durum eklem ağrısı, hareket kısıtlılığı veya halsizlik olmadan klinik bulgu vermez. Bu nedenle hastanın nörolojik muayenesinin yanı sıra performans kapasitesinin de değerlendirilmesi gerekir (13).

Cilt kserozis, sellülit, staz ülserleri, aktinik keratoz, bazal hücreli karsinom ve malign melanom açısından değerlendirilmelidir.

Geriatrik hastanın periyodik muayenesi: Bu yaş grubunun koruyucu sağlık hizmetine yönelik en az yılda bir kez değerlendirilerek, morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ve akciğer enfeksiyonları açısından takip edilmeleri gerekmektedir (14).

Hipertansiyon: Koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklarda olduğu gibi, hipertansiyonun da ilerleyen yaşla birlikte gittikçe görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlılarda izole sistolik hipertansiyona daha sık rastlanmaktadır (8).Geçmişte bu durumun tedavi edilmesi tartışılmıyordu, ancak artmış nabız basıncının kardiyovasküler hastalıklar açısından belki de en önemli risk faktörü olduğu artık bilinmektedir. Bu nedenle izole sistolik hipertansiyon, mutlaka tedavi edilmelidir.

Obesite: Artan yaşla birlikte hem obesite insidansı artmaktadır, hem de kilo ile bağlantılı diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, dejeneratif eklem hastalığı, obstrüktif uyku apnesi gibi hastalıklar daha sık görülmektedir. Tüm hastalar için periyodik boy ve kilo ölçümlerinin yapılması önerilmektedir.

Meme Kanseri: 50-69 yaşlar arası kistlerde hem kendi kendine muayenenin, hem de mamografinin tarama açısından faydası kanıtlanmıştır. Ancak 70 yaşından sonra bu fayda azalmakta ve 75 yaşından sonrada hiçbir önemi kalmamaktadır (13). Amerikan Kanser Birliği (ACS) ve Amerikan Aile Hekimleri Birliği(AAFP), 50 yaşından sonra her kadına yılda 1 kez tarama amaçlı mamografi çekilmesini ve kendi kendine muayene yönteminin öğretilmesini önermektedirler. 70 yaş üstü için mamografi ile taramanın devam etmesi konusu tartışmalıdır (14). Hekim her hastayı ayrı değerlendirerek, kişinin öz ve soy geçmişi gibi risk faktörlerini göz önünde bulundurarak karar vermelidir. **Servikal Kanser** Genç yaşlarda risk değişken olup seksüel yaşam gibi faktörler ile ilişkilidir. Daha önce pap smear ile düzenli takip edilmiş ve negatif sonucu olan hastaların, 65 yaşından sonra tara-maya devam edilmesinin oldukça düşük bir yarar sağladığı gösterilmiştir (14). Ancak birçok yaşlı hasta, daha önce hiç tarama testi yapılmamış olmasından ötürü yüksek risk altında kabul edilir. Bu nedenle tarama stratejisi hastaya özel belirlenmelidir. ACS, serviksi olan her kadına pap smear testinin 1 ila 3 yıl da bir yapılmasını önermektedir (14).

Kolorektal kanser: Kolon kanserinin insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Bugüne kadar olan çalışmalarda bu hastalığın taranması için bir üst sınır konulmamıştır. 50-64 yaş arası hastalar için önerilen tarama endikasyonları 65 yaş üstü hastalar için de önerilmektedir (14).

ACS, yılda 1 kez rektal muayene yapılmasını ve gaitada gizli kan testi bakılmasını ve 3 veya 5 yılda bir de, sigmoidoskopi yapılmasını önermektedir.

Kolonoskopi, tanı ve takip amacı ile aile anamnezi (+) olan erken evre kolon Ca da, herediter polipozis, inflamatuvar barsak hastalığı ve yüksek riskli polip anamnezi olan hastalara uygulanmalıdır (14).

Görme keskinliği: Yaşlılarda kırma kusurları (özellikle presbiopi), maküler dejenerasyon, glokom ve katarakt hem sık görülmekte, hem de önemli sorunlara yol açabilmektedir. Görme problemleri ile kazalar ve düşmeler arasındaki ilişki aşikardır.

Snellen şeması ile her yaşlının periyodik olarak muayenesi önerilmektedir.

İşitme Muayenesi: Presbiakuzi, yaşlılarda özellikle yüksek frekanslı seslerin duyulmasını engelleyen bir durumdur. Bu durum yaşlılarda sosyal izolasyona neden olur ki bu da depresyona zemin hazırlayan önemli bir durumdur.

65 yaşın üstünde her 3 yaşlıdan birinde belirgin işitme kaybı vardır. 85 yaşın üstünde ise her 2 yaşlıdan birinin işitme problemi olmaktadır (15).

İşitme muayenesinin basit yöntemlerle, (fısıltı testi veya diapozon testi ile) rutin olarak yapılması önerilmektedir.

Hiperlipidemi: Hiperlipidemi koroner arter hastalığı açısından risk faktörü olmaya 65 yaş üstünde de devam etmektedir. Tarama için bir üst sınır konulmamıştır.

Prostat CA: Bu yaş grubunda tartışılan bir diğer hastalıktır. Yaşla birlikte insidansının artmasının yanı sıra tedaviden elde edilen fayda net değildir, çünkü hastalık yavaş seyirli bir hastalıktır. Bugüne dek tarama yapılan ve mortalite üzerine fayda ortaya koyan bir çalışma yoktur. ACS rutin olarak tüm erkeklerin yılda 1 kez rektal tuşe ve FSA ile taranmasını önermektedir (14).

Yukarıda sayılan hastalıklar ve tarama yöntemlerinin dışındaki tarama testlerinin hiçbiri bu yaş grubu için önerilmemektedir (14).

Sağlık Danışmalığı: Sigara ile ilişkili hastalıklar bu yaş grubunda daha da yaygındır. Bu nedenle sigara içen hastalara gençlerde olduğu gibi sigarayı bırakmaları önerilmelidir. Sigaranın bırakılması multiple kanser, ateroskleroz, akciğer kanserine bağlı mortalitenin azalmasını sağlar (13).

Fizik olarak aktif olmanın kalp hastalığı, hipertansiyon, obe-site, diyabet, osteoporoz, mental sağlık ve iyi duygu durumuna pozitif etkisi vardır.

Egzersiz için yavaş başlayan ve zaman içinde orta derecede ulaşan bir tempo önerilmelidir. Programa, denge ve proprioseptif duyuları geliştiren hareketler dahil edilmelidir (12,13).

İlerleyen yaşla birlikte yanlış beslenme alışkanlıklarından kaynaklanan problemlerde artmaktadır. Diyetteki yağ ve kolesterol oranı azaltılarak lif ve komplike karbonhidratlar ile yer değiştirmesi sağlanmalıdır (13).

İmmünizasyon: Erişkin aşılama, özellikle de yaşlıların aşılama çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Yapılan araştırmalarda AB D'de influenza aşısının 65 yaş üstü tüm yaşlılara rutin olarak uygulanmasının önerilmesine rağmen, aşılama oranlarının % 18-30 civarında olduğu bildirilmektedir (1).

Yaşlıların aşılama mutlakla kar-zarar hesabının yapılması gereklidir. Göz önünde bulundurulması gerekli bir diğer özellik ise aşılar karşı geliştirilen immünolojik cevabın ilerleyen yaşla birlikte azaldığıdır. Bununla birlikte oluşturulan cevap yine de yaşlıyı bir çok hastalıktan korumaya yeterli olmaktadır. Bu nedenle yaşlı hastanın takibinde aşılama mutlakla önem verilmesi gereken konulardan birisidir (1).

Son yıllarda kabul gören genel aşı uygulamalarında, artık tüm yaşlılara influenza ve pnömokoklara yönelik rutin aşı önerilmektedir. İnfluenza için aşı tekrarı yılda 1 kez, pnömokok için ise aşı tekrarı 5 yıldan sonra önerilmektedir (1,13).

Daha önce hiç aşılama hastalarda tetanoz-difteri toxoidi ile 3 doz seri uygulama ardından da 10 yılda bir booster doz, daha önce aşılama ise 10 yılda 1 booster doz olarak uygulamanın devam ettirilmesi uygun görülmektedir.

Hepatit A ve B'ye karşı aşılama, 65 yaş üstü genel popülasyon için bu hastalıklar açısından kısmi risk altında olan hastalara önerilmektedir.

Suçiçeği ise daha önce hastalık veya aşı anamnezi olmayan tüm yaşlılara önerilmektedir (1,13).

KAYNAKLAR

1. Abrams W.A. Beers H.M, Berkow R., Vaccines and Immunization.The Merck Manual of Geriatrics. Second Edition. Merck & Co.,Inc. USA. 1995, pp 1091-1102.

2. Akan P., Erdiñçler D., Tezcan V., Beęer T: Yaşlıda İlaç Kullanımı. Geriatri 1999; 2(1):33-38.
3. Altınyollar H., Biçer S., Afşar O. Yaşlılık ve Yaşlılık Sorunları. 7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, 2001.
4. Arşları Ş., Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi. Geriatri 1999;2(4): 173-178.
5. Çelenligil H. Yaşlıda Ağız, ve Diş Sağlığı. Geriatri 1999;2(1): 14-21.
6. Devlet İstatistik Enstitüsü 2000 Geçici Nüfus projeksiyonu (<http://www.die.gov.tr>)
7. Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı. Uludağ Üniversitesi Basımevi-1993
8. Erbaşı S., Tüfekçioğlu O., Sabah İ. Yaşlılık ve Hipertansiyon. Geriatri 1999; 2(2):67-70.
9. Erdal R. Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık, Ayhanlar Matbaası, Ankara 1989.
10. Güler Ç. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık, In: Gökçe Kutsal Y., Çakmakçı M., Ünal S. Geriatri I. Ankara: Medicographics Ajans ve Matbaası. 1997. s50-60.
11. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara, 1998.
12. Lonergan ET. Geriatrics. Eirst Ed. U.S.A., Appleton and Lange, 1996.
13. Noble J: Geriatric Patients In: (Levine SA, Barry PP eds). Primary Care Medicine. Third Edition. Mosby Inc. Missouri.2001,pp 71-88.
14. Rakel RE. The Periodic Health Examination In: Kenneth J. Grimin and Michelle M. Diebold: Textbook of Family Practice. Sixth Edition. W.B. Saunders Company, USA. 2002, pp 159-182.
15. Shonet JA., Bent Thomas. İşitme Kaybı:Görölmeyen Edilgenlik. Sendrom 1999: 60-65
16. WHO, Health of Elderly, Tec.Rep.Series N. 79. WHO. Geneva, 1989.