

# Geriatik Hastaya Yaklaşım

## Approach to the Geriatric Patient

Dr. Meltem HALİL,<sup>a</sup>  
Dr. Mustafa CANKURTARAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları AD, Geriatri Ünitesi,  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
ANKARA

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Mustafa CANKURTARAN  
Hacettepe Üniversitesi  
İç Hastalıkları AD, Geriatri Ünitesi,  
ANKARA  
mcanakurt@hacettepe.edu.tr

**ÖZET** Yaşlılık bir hastalık değildir. Organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu oluşan yaşlanma ile hastalıklara bağlı bulgular ayırtdilmelidir. Sıklıkla yaşlıların hastalık ve şikayetleri önemsenmez, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünülür. Geriatrik hastada fonksiyonel kapasitede azalmalar ve kayıplar olmaktadır. Günlük yaşam faaliyetlerinde azalma ve kısıtlamalar siktir. Hastalıklar sık ve atipik seyirlidir. Geriatrik hastada hastalık etkenleri, semptomları ve bulguları farklıdır. Multipl patoloji ve polifarmasi siktir. Psikolojik, sosyoekonomik, ailesel, toplum sağlığı açısından farklı bir yaş grubudur. Sorunları farklı uzmanlıklar yerine bir merkezde çözüme gayreti vardır. Hastanın ve yakınlarının hastalığa yaklaşımı ve tedavi talep etmesi farklıdır. Hekimin ve sağlık personelinin yaşlıya bakış açısı farklıdır. Geriatrik hastaya yaklaşımda kültürel farklılıkları göz önünde bulundurmak gerekir. Geriatrik popülasyonda koruyucu hekim uygulamalarının büyük önemi vardır. Yaşlı hastada koruyucu hekimliğin amaçları; erken yaşlarda yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri ile sağlık ve organ fonksiyonlarının korunması ve kronik hastalıklara bağlı oluşan kaybın minimize edilmesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı; geriatri; değerlendirme

**ABSTRACT** Aging is not a disease. Physiological changes in organ functions should be differentiated from the diseases of the elderly. Underdiagnosis of the elderly diseases is very common due to many factors related to elderly, health professionals and family members. Function, psychologic situation and physiological status are both important in evaluation of the elderly patients. Symptoms, disease course, epidemiological features of the disease, drug effects and drug drug interactions could be different in elderly when compared to young patients. History taking and physical examinations are really the state of the art many times in geriatric medicine. Comprehensive geriatric assessment is the key element in case of approach to the elderly patient.

**Key Words:** Aged; geriatrics; geriatric assessment

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(Suppl):S262-S266

Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte geriatri biliminin varlığına ihtiyaç duyulmuştur. Geriatri; 65 yaş ve üstü hastaların sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır.

Geriatri ayrı bir bilim dalıdır, çünkü; Organ sistemlerinde önemli fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Geriatrik hastada fonksiyonel kapasitede azalmalar ve kayıplar olmaktadır. Günlük yaşam faaliyetlerinde azalma ve kısıtlamalar siktir. Hastalıklar sık ve atipik seyirlidir. Geriatrik hastada hastalık etkenleri, semptomla-

rı ve bulguları farklıdır. Multipl patoloji ve polifarmasi siktir. Psikolojik, sosyoekonomik, ailesel, toplum sağlığı açısından farklı bir yaş grubudur. Sorunları farklı uzmanlıklar yerine bir merkezde çözme gayreti vardır. Hastanın ve yakınlarının hastalığa yaklaşımı ve tedavi talep etmesi farklıdır. Hekimin ve sağlık personelinin yaşlıya bakış açısı farklıdır. Geriatrik hastaya yaklaşımda kültürel farklılıkları göz önünde bulundurmamak gerekir.

Yaşlılık bir hastalık değildir. Organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu oluşan yaşlanma ile hastalıklara bağlı bulgular ayırte dilmelidir. Sıklıkla yaşlıların hastalık ve şikayetleri önemsenmez, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünülür. Yaşlı hastanın hastalığa yaklaşımı da genelde benzer şekildedir; semptomlar yaşlılığın normal belirtileri olarak görülür ve semptomlar göz ardı edilir. Bu nedenle semptomların doktora bildirilme oranı düşüktür. Tüm bunlar geç tanı ve tedaviye neden olur.

Yaşlı hastaların akut semptomlara yaklaşımı da farklıdır. Sıklıkla görülen yaklaşımlar; beklemek ve izlemek, riski inkar etmek, semptomları bilinen hastalıklarının normal sonuçları kabul etmek, tıbbi tedaviyi ret ve pasif intihara eğilimdir.

Son yıllarda 'kırılgan yaşlı' tanımı oldukça sık kullanılmaktadır. Bu grup geriatrik problemler açısından en riskli grup olarak düşünülür. Kırılgan yaşlılarda düşme, fonksiyonel bağımlılık, hospitalizasyon ve mortalite riski artmıştır. Kırılgan teriminin net tanımı olmamakla birlikte genellikle artmış komorbidite ve fonksiyonel bağımlılığa neden olan açıklanamayan kilo kaybı, güçsüzlük, yürüme hızında yavaşlama ve azalmış fiziksel aktiviteyi içerir.<sup>1</sup>

## GERİATRİK HASTAYA YAKLAŞIM

Geriatrik hastanın uygun ve doğru değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olur.<sup>2,3</sup> Kapsamlı geriatrik değerlendirme; yaşlı bireylerin çeşitli problemlerini ortaya koyan, tarif eden, açıklayan, bireylerin rezervlerini ve dayanıklılıklarını sınıflandıran, bireyin problemlerine müdahale edebilecek gerekli servisleri belirleyen ve koordine bir tedavi planı geliştiren multidisipliner bir değerlendirmedir. Geriatrik hastaya yaklaşımda klinisyenin amacı otonomi ve hayat kalitesini sağlamaktır.

Kapsamlı geriatrik değerlendirmede amaçlar; başka türlü gizli kalabilecek hastalıkları ortaya çıkarmak, kesin tanıya yardımcı olmak, sağlığı korumak ve yeniden kazandırmak için uygun bakımı planlayıp uygulama-

mak, gerektiğinde optimum çevresel ve sosyal destek için danışmanlık vermek, sonuçları öngörerek hastalığın ilerleyişini monitorize etmek, fonksiyonel düzeyi korumak ve geliştirmek, fonksiyonel durum geriatrik sağlığı etkiler ve onun tarafından etkilenir, dolayısıyla kapsamlı geriatrik değerlendirmenin en önemli amacı fonksiyonel iyileştirme dir.<sup>4,8</sup>

Kapsamlı geriatrik değerlendirmede interdisipliner ekip ön plandadır.<sup>9,10</sup> İnterdisipliner ekibin üyeleri: Çekirdek grup (Klinisyen-geriatrist ya da iç hastalıkları uzmanı, Hemşire, Sosyal hizmet uzmanı, Diyetisyen, Psikolog, İş ve uğraş terapisti ve Fizyoterapisttir. Gerektiğinde katılabilecek üyeleri ise Nöröloji uzmanı, Oftalmolog, Farmakolog, Göz hekimi, Üroloji uzmanı ve diğer uzmanlık alanlarıdır.<sup>2,3</sup>

Amaç yaşlılarımızın fonksiyonlarını korumak ve daha iyi bir yaşam kalitesi ile beraber mümkün olan en üst sağlık düzeyine onları ulaştırabilmektir. Fonksiyonel durumu etkileyen parametreler şunlardır:

### ■ Günlük yaşam aktiviteleri

-Temel günlük yaşam aktiviteleri: Banyo, giyinme, transfer, tuvalet, kontinans, beslenme

-Instrumental günlük yaşam aktiviteleri: Telefon kullanma, alışveriş, yemek hazırlama, ev korunması, transport, medikasyonlar, finans

- Görme
- İşitme
- Mobilite
- Düşmeler
- Kognitif bozukluklar
- Depresyon
- Malnutrisyon
- Ağız ve diş sağlığı
- Üriner inkontinans
- Ev güvenliği

## ÖYKÜ VE FİZİK MUAYENE

Geriatrik hastadan öykü alınması özellik arzeder. Geriatrik hastalardan alınan öykünün doğruluğu, diğer yaş gruplarına göre farklı değildir ancak öykü almak zordur. Hastayla görüşürken iyi aydınlatılmış, rahatlatıcı bir ortam seçilmelidir. Randevu saatleri hastanın isteği doğrultusunda ayarlanmalıdır. Hikaye titizlikle ve yeterli zaman ayırarak, yavaş ve sakin yapılmalıdır. Hastanın sosyal yaşamı, kiminle yaşadığı sorulmalıdır. Tıbbi ve

sosyal öykü, çok yönlü ve geriatrik sendromlara yönelik sistem sorgulaması, beslenme, aile öyküsü, seksüel öykü ve fonksiyonel durumu etkileyen parametrelere yönelik sorgulama detaylı yapılmalıdır. Öykü öncelikle hastanın kendisinden ve gerekli durumlarda yakınından alınmalı veya kontrol edilmelidir. Sık görülen hastalıklar ile ilgili sorular, geriatrik sendromlar ile ilgili detaylı öyküleme, koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgili sorular mutlaka yer almalıdır. Geçmiş hospitalizasyonlarının ve tedavilerin, ilaçların hikayesi alınırken epikrizlere, karnelere, eski dosyalara ve hastanın eski doktorlarına başvurulabilir.

Yaşlıdan öykü alınırken bazı problemlerle karşılaşılabilir. Azalmış görme ve işitme, depresyon, kognitif fonksiyonlarda bozulma, yaşlı hastalarda üst üste binen birçok kronik sorunun sorgulanması, semptomların sıklık olması zorluğa neden olur. Hastalar şikayetlerini söylemeyebilir, hastalığı ile ilgisi olmayan şikayetler anlatabilirler. Muhtemel invazif testlerden korktukları için semptomları saklayabilirler. Hastanın görüşmeden dolayı çok yorulduğu ve sorulardan sıkıldığı durumlarda hikaye alma mümkünse bir kaç seansta tamamlanmalıdır.

Yaşlı hastalar doktora başvurdukları zaman hem ümit hem de korku doludurlar. Bir yandan doktorun onların sıkıntılarına son vereceğini ümit ederken, bir yandan da durumun çaresiz olduğundan korkarlar. Doktorları, onlara çözüm üreten birer yüce varlık gibi görmeye başlarlar. Tüm bu duyguların karşısındaki doktora yansıtılmasına transferans denir. Bu duyguların şekillenmesinde ilk görüşmenin önemi büyüktür. Eğer hasta ve doktor arasında iyi bir bağ kurulursa (pozitif transferans) bu durum tedaviye uyuma oldukça güzel bir şekilde yansır. Aksi halde hasta kendini reddedilmiş hissedecektir.

Tüm hastalarda uygulanan genel fizik muayene kurları geçerli olmakla birlikte bazı konulara özellikle dikkat etmek gerekir. Yaşlı hastalarda özellikle nörolojik, kardiyovasküler ve mental durum muayeneleri başta olmak üzere detaylı sistemik muayene yapılmalıdır. Cilt solukluğu, karotis arterler üzerinde üfürüm, buşon varlığı, ağız ve diş muayenesi, fiçı göğüs, kifoskolyoz, prostat büyümesi gibi muayene bulguları yaşlılarda daha da önem kazanmaktadır.

## GERİATRİK HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE AİLENİN ROLÜ

Geriatrik hastanın değerlendirilmesinde ailenin önemi büyüktür. Yaşlının ekonomik ve sosyal destekçisinin kim olduğu öğrenilmelidir. Hastanın yakınmalarıyla ilgili ailenin görüşünün alınması ve aile ile uygun bağla-

rının kurulması gerekir. Ailede kronik bir hastalık olması tüm bireyleri etkiler ve aile ile uygun bağın kurulmaması tedavi sürecine olumsuz yansır. Kronik süreçlerde doktor diğer aile bireylerinin de duygularını göz önünde bulundurarak onların yüklerini hafifletmeye çalışmalıdır. Tedavi planı ile ilgili aileden görüş alınmalıdır. %70 oranında hastalıklar herhangi bir sağlık kuruluşuna baş vurmadan aile içinde tecrübeler ile tedavi edilmektedir. Aile bireylerine hastalıkla ilgili yapabilecekleri aktif görevler açık bir şekilde aktarılmalıdır. Bu tüm aileyi ümitsizlikten kurtaracak ve tedaviye aktif katılımı sağlayacaktır. Aile ile görüşmede hasta ve diğer aile bireyleri arasında bir tartışma başlarsa doktor tarafsız kalmalı ancak otoritesini de korumalıdır.

Geriatrik hastaya yaklaşımda ana amaç hastalık bazlı bir tedavi değil de hastanın yaşamının her alanındaki hayat kalitesini ve bağımsızlığını arttıracak bir strateji belirlemek olmalıdır. Bu bağlamda aileye önemli görevler düşmektedir.

## KAPSAMLI GERİATRİK DEĞERLENDİRMEİN BİLEŞENLERİ

Yaşam kalitesi sağlık durumunu, sosyoekonomik durumu ve çevresel faktörleri içerir. Sağlık durumu hastalık durumu ve fonksiyonel durumun ölçümüyle değerlendirilir.

Lokal ihtiyaçlar ve popülasyonlar değiştikçe geriatrik değerlendirme programları yoğunluk, yapı ve fonksiyon açısından farklılık gösterir. Hastanelerin acil servis grupları, konsültasyon grupları, kronik hasta ve rehabilitasyon üniteleri, poliklinik ve ofis bazlı programlar ve evde bakım veren programlar gibi farklı değerlendirme programları vardır. Bütün programlar özel ölçümler kullanılarak fonksiyonel, psikolojik ve sosyal parametrelerle çok yönlü değerlendirme yaparlar.

Çeşitli skalalar kullanılarak hastanın temel ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yetisini değerlendirilir. Günlük yaşam aktivitesini değerlendirmede en sık kullanılan ölçek Barthel'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğidir. Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde ise en sık Lawton-Broody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılır.<sup>11,12</sup>

Yürümenin değerlendirilmesinde postür, adım uzunluğu, taban genişliği, hareketin hızı ve akıcılığı, kol hareketleri, motor hareketlerin bilateral ve simetrik oluşu ve diğer nörolojik değerlendirme uygun şekilde yapılmalıdır. Kalk ve yürü testi pratikte oldukça yardımcıdır.

Düşmeler genellikle birçok risk faktörünün etkileşimi sonucu olduğu için predispoze ve presipite eden faktörler tespit edilmeli, gerekli durumlarda uygun müdahaleler yapılmalıdır.<sup>13</sup> Yaşlı hastalar genellikle düşme konusunda kendiliğinden bilgi vermedikleri için her yaşlı hastaya en az yılda bir kez düşme sorulmalı, hasta denge ve yürüme problemleri açısından değerlendirilmelidir. Sağlık personeli son altı ay içinde %10 veya daha fazla kilo kaybı veya artışı olup olmadığını sorgulamalı ve ve periyodik olarak vücut ağırlığını değerlendirmelidir. Bu değerlendirmede tarama amaçlı Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi kullanılabilir.

Her yaşlı hastaya inkontinansı olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır.<sup>14</sup> Üriner inkontinansın tipi (urge, stres, taşma, miks), sıklığı, ciddiyeti, süresi, paterni (diurnal, nokturnal, ilaçları aldıktan sonra.), eşlik eden semptomlar (ıkınarak idrar yapma, tam boşalamama, dizüri, hematüri, suprapubik, perineal rahatsızlık hissi), barsak alışkanlığında veya seksüel fonksiyonlarda bozulma olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Eşlik eden hastalıklar -kanser, diyabetes mellitus, akut hastalık, nörolojik hastalık, üriner sistem infeksiyonu, pelvik ya da alt üriner sistem cerrahisi veya radyoterapisi- açısından dikkatli bir öykü alınmalı ve hastanın reçeteli-reçetesiz kullandığı tüm ilaçlar sorulmalıdır.

Bireyin demans yönünden değerlendirilmesinde en önemli bölüm öyküdür. Hastanın yakın ve uzak hafıza fonksiyonları, unutkanlığın progresif seyri, eşlik eden davranış bozuklukları ve günlük yaşam aktivitelerindeki otonomi düzeyi değerlendirilmelidir.

Kognitif değerlendirme testleri; kısa tarama testleri, test grupları, hafıza testleri ve global evrelendirme skalaları olmak üzere 4 grupta sınıflandırılabilir. Pratik kullanımda kısa tarama testleri ve global evrelendirme skalaları güvenilir bir şekilde kullanılmaktadır. Mini mental durum değerlendirme testi demans taraması için en sık kullanılan testtir Saat çizme testi demansın erken evrelerinde ilk bozulan testlerden biri olarak kabul edilmektedir ve pratik bir testtir.

Her yaşlı hasta, hangi şikayetle başvurursa başvursun mutlaka kognitif fonksiyonlar ve depresyon açısın-

dan değerlendirilmelidir. Depresyon değerlendirmesinde bir tarama testi olarak geriatrik depresyon skalası kullanılabilir. Hamilton Depresyon Ölçeği depresif semptomlar için daha ileri klinik değerlendirmeyi içerir. Hamilton Anksiyete Ölçeği anksiyetenin fiziksel ve psikolojik semptomlarının değerlendirildiği bir ölçektir.

Yaşlı hastalar, nüfusun büyük kısmını oluşturmaları da yaşadıkları toplumda en çok ilaç kullanılan grup haline gelmektedirler. Polifarmasi tanımı konusunda kesin fikir birliği olmamakla birlikte aynı anda genellikle birden çok endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir.<sup>15</sup> Yaşlı populasyon ilaç-ilaç etkileşimlerine ve ilaç yan etkilerine daha duyarlıdır. Önlenemez ciddi sağlık sorunları arasında kalp yetmezliği, meme kanseri, hipertansiyon ve pnömoniden sonra ilaç yan etkileri yer almaktadır. Bu nedenle polifarmasinin azaltılması amacı ile her geriatrik hasta uygun şekilde değerlendirilmelidir.

## KORUYUCU HEKİMLİK UYGULAMALARI

Geriatric popülasyonda koruyucu hekim uygulamalarının büyük önemi vardır. Yaşlı hastada koruyucu hekimliğin amaçları; erken yaşlarda yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri ile sağlık ve organ fonksiyonlarının korunması ve kronik hastalıklara bağlı oluşan kaybın minimize edilmesidir. Koruyucu hekimlik uygulamaları; yaşam tarzı değişiklikleri, kazalardan korunma, vasküler hastalıkların önlenmesi, ağız ve diş sağlığı, mental sağlık ile ilgili değişikliklerin takibi ve önlenmesini, tarama testlerini ve aşı programlarını içerir.

## İLERİ DİREKTİFLER

■ Bilişsel olarak stabil hastalarla ileride oluşabilecek durumlar tartışılmalı ve kendisi adına karar vermesine yardımcı olunmalıdır.

■ İleriye yönelik evde bakım, bir sağlık kuruluşu veya bakım evine müracaat etmesi hususunda tartışılmalı ve planlama yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56.
2. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
3. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
4. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
6. Dainty P. Comprehensive geriatric assessment. *Br J Hosp Med (Lond)* 2007;68:M133-5.
7. Nogueras C, Miralles R, Roig A, Llorach I, Cervera AM. Polypharmacy as part of comprehensive geriatric assessment: disclosure of false diagnosis of atrial fibrillation by drug revision. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1476-8.
8. Scanlan BC. The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Manag J* 2005;6:2-8.
9. Priest D. Comprehensive geriatric assessment training. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5:359.
10. Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *BMC Geriatr* 2004;4:4.
11. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:890-7.
12. Osterweil D. Comprehensive geriatric assessment: lessons in progress. *Isr Med Assoc J* 2003;5:371-4.
13. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003;348:42-9.
14. Johnston B. Geriatric Assessment. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, eds. *Current Geriatric Diagnosis and Treatment. USA; Lange Medical Books/Mc Graw Hill: 2004. p.16-20.*
15. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *Eur J Intern Med* 2005;16:311-3.