

# Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme

## Multidimensional Geriatric Assessment

Hakan YAVUZER,<sup>a,b</sup>  
Mahir CENGİZ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Geriatri BD,  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 09.04.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 12.10.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Hakan YAVUZER  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
Geriatri BD, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drhakanyavuzer@gmail.com

**ÖZET** Yaşlılık pek çok sağlık probleminin bir araya geldiği kaçınılmaz bir süreçtir. Bu sürecin herhangi bir döneminde, sağlıkla ilgilenen bireyler mutlaka yaşlı hastayla karşılaşmaktadır. Bu nedenle yaşlı hastanın değerlendirilmesindeki farklılıkların bilinmesi günlük pratikte oldukça önem taşımaktadır. Yaşlıyı etkileyen kronik hastalıkların çoğunun tedavisinin imkânsız olduğu gerçeği düşünüldüğünde, yaşlı kişilerdeki tedavi hedefleri kür amacından çok fonksiyon ve yaşam kalitesinin korunmasına doğru yönelmektedir. Yaşlanmanın doğal fizyolojik sonuçları ile patolojik durumların ayrılması; bu nedenle de yaşlıların oluşturulacak interdisipliner ve multidisipliner ekipler tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. “Çok yönlü geriatrik değerlendirme” bireyin fiziksel, bilişsel, fonksiyonel ve sosyal anlamda her açıdan incelenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda gelecek planlamasının yapılması anlamına gelmektedir. Bu değerlendirme uzun süreli, dikkat ve bilgi birikimi gerektiren bir sabır sürecidir. Ayrıca, “kırılgan yaşlı” olarak adlandırılan, geriatrik problemler açısından en riskli grubu belirlemek de çok yönlü geriatrik değerlendirme ile mümkün olmaktadır. Bu yaşlı grubunun belirlenmesi, tedavi ve bakım planının düzenlenmesi çok yönlü geriatrik değerlendirmenin en önemli hedeflerindedir. Sağlıklı bir yaşam tarzının oluşturulması, hareket ve denge bozukluklarının önlenmesi, sık görülen hastalıkların erken saptanıp ilaçla önlenmesi ve de çoklu ilaç tedavilerinden mümkün olduğunca kaçınılması gibi birçok müdahale ile hastalıklar baskılanıp yaşlıların yaşam kaliteleri artırılabilir. Bu derlemede, sizlere yaşlı hastayla karşılaşıldığında uyulması gereken kurallar ve değerlendirme ile ilgili ipuçlarının verilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Geriatrik değerlendirme; yaşlı

**ABSTRACT** Aging is an inevitable process during which the elderly can face many health problems. Healthcare workers may become involved in the treatment of the elderly during any period of this process. Therefore, understanding the differences in the assessment of geriatric patients is important in daily practice. When considering the fact that the most of the treatment of chronic diseases affecting the elderly are impossible, the treatment goals of geriatric patients are more directed toward the preservation of the function and quality of life more than curing. The physiological effects of aging and pathological conditions should be separated; thus, the comprehensive assessment of elderly patients by interdisciplinary and multidisciplinary teams is necessary. “Multidimensional geriatric assessment” is an interdisciplinary diagnostic process designed to assess the physical, cognitive, functional, and social aspects of the elderly and to review the data in order to develop an integrated long-term plan for treatment. This assessment is a patience process that requires long-term attention and knowledge. In addition, it is possible to identify the high risk group in terms of geriatric problems that is called “frail elderly”. The determination of this elderly group and the organization of treatment and care plan are the most important goals of the multidimensional geriatric assessment. In this review, we aimed to discuss some of the guidelines that should be complied with in the assessment and treatment of elderly patients

**Key Words:** Geriatric assessment; aged

doi: 10.5336/intermed.2015-45643

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

**Türkiye Klinikleri J Intern Med 2016;1(1):17-23**

Yaşlılık, insan yaşamının ilerleyen dönemlerinin adıdır. İnsanlar doğdukları, hatta anne karnına düştükleri andan başlayarak yaşlanmaktadır. Bu yaşlanma süreci, bebeklik, çocukluk, gençlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemleri gibi bölümlere ayrılabilir. “Yaşlılık”, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azaldığı, pek çok sağlık probleminin eşlik edebildiği bir dönemdir. Yaşam süresinin artması ile toplumlarda yaşlı nüfus oranları da artmaktadır. Günümüzde birçok Avrupa ülkesinde yaşlı nüfus, toplam nüfusun %20’sini oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2013 yılı itibarıyla Türkiye nüfusunun %7,5’i 65 ve üzeri yaş grubundadır. Bu oranın 2023 yılında %10,2’ye, 2050 yılında ise %20,8’e ulaşması öngörülmektedir. Yaşlı nüfustaki bu artış, geriatri ile özel olarak ilgilenmeyen sağlık çalışanlarının daha fazla geriatrik hastayla karşılaşması sonucunu doğuracaktır. Bu nedenle sağlık sisteminin bütün basamaklarında görev alanların, temel geriatri bilgileri geliştirilmeli ve güncel tutulmalıdır.<sup>1</sup> Geriatrik değerlendirme, yaşlıların çok sayıda sorunları nedeni ile yoğun interdisipliner ve multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi fiziksel, fonksiyonel, çevresel, sosyal ve psikolojik değerlendirmeyi kapsayan “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme” (ÇYGD)’yi içermektedir. Bu değerlendirme uzun süreli, dikkat ve bilgi birikimi gerektiren bir sabır sürecidir. ÇYGD’nin amaçları, geriatrik hastada koruyucu hekimlik ve daha belirti vermeden bazı hastalıkların erken tanısı ile yaşlının sağlığını korumak; yaşlının fonksiyonel kapasitesini ve yaşam kalitesini artırmak; tıbbi bakımı olabilecek en iyi duruma getirmek; kesin tanıyı koymak; hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, endokrin hastalıklar gibi yaşlılarda sık görülen dâhili hastalıkların yanında hareketsizlik, depresyon, demans, deliryum, düşme, bası yarası, osteoporoz, çoklu ilaç kullanımı, görme ve işitmede azalma, beslenme bozukluğu, sarkopeni gibi “geriatrik sendromlar”ı taramak; tedavi ve takiplerini planlamak; hastalığın seyrini takip etmek; optimum çevresel ve sosyal desteği de sağlayarak, hastanın uygun bakımını yapmak; bakım sonuçlarını ve maliyetini iyileştirmek; gereksiz hastane başvurularının ve tetkik

istenmesinin önüne geçmek; uzun dönem ev ya da toplum masraflarını azaltmak olarak sıralanabilir.<sup>2</sup> Ayrıca “kırılgan yaşlı” olarak adlandırılan, geriatrik problemler açısından en riskli grubu belirlemek de ÇYGD ile mümkün olmaktadır. Kırılgan yaşlılarda düşme, fonksiyonel bağımlılık, hastaneye yatış ve ölüm riski artmaktadır. Bu yaşlı grubunun belirlenmesi, tedavi ve bakım planının düzenlenmesi ÇYGD’nin en önemli hedeflerindedir. ÇYGD ile hastaneye yatışta ve ölüm oranında azalma, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinde iyileşme, kazalarda azalma, hastane ve bakımevlerine müracaatta azalma, hayat kalitesinde düzelme ve yaşam süresinde uzama sağlanmaktadır.<sup>3,4</sup>

ÇYGD, geriatrik öykü alınması ve fizik muayeneden sonra başlayarak devam eden planlayıcı bir süreci kapsamaktadır. Ayrıca multidisipliner ve interdisipliner ekiplerin hastayı geniş bir açıdan ele alarak, ortak bir karar ve yaklaşım planı oluşturmasını ifade etmektedir. Tüm verilerin ışığında ekibi koordine eden geriatrist, hastanın kendisi, yakınları, bakıcı kişi, hekimlerin ve kurumların da katkısıyla akılcı çözümler üretmeye çalışmaktadır. Yaşlı hasta, interdisipliner tüm ekip üyelerince her kontrolde gözden geçirilmelidir. Tüm hastaların problemleri medikal, sosyal, fonksiyonel, psikiyatrik ve kognitif süreçler olarak listelenmelidir. Değişiklikler, ekonomik ve sosyal güvence gibi veriler kayıt altına alınmalıdır. Kültürel, ailevi, bakıcı durumları ve diğer sorunlar göz ardı edilmemelidir. Her sorun tanımlayıcı, tedavi edici ve eğitici bir çözüm planı ile aşılmaya çalışılmalıdır.<sup>5,6</sup> ÇYGD’nin bileşenleri Tablo 1’de görülmektedir.<sup>7</sup>

Multidisipliner değerlendirme ise hastanın interdisipliner ekip tarafından değerlendirilmesi sonucunda saptanmış ve diğer uzmanlık alanlarınca konsültasyon istenmesi gereken durumlarda, ilgili uzmanlık dalından yaşlı hasta ile ağırlıklı olarak ilgilenen bir uzmanın görüşleri ile tamamlanan bir süreçtir. Temelde yaşlının birçok sorunu, çeşitli “geriatrik sendromlar”ın önlenmesi ve tedavisi, interdisipliner ekip üyelerince gerçekleştirilebilmektedir. Geriatrik yaklaşımın temelinde, yaşlıyı yormadan, farklı dallardan çok sayıda doktor viziti gereksinimini ortadan kaldırmak; temel bir sağlık

**TABLO 1:** Çok yönlü geriatrik değerlendirilmenin bileşenleri.

|  |
|--|
| Tıbbi değerlendirme  |
| Fonksiyonel değerlendirme  |
| Sosyokültürel ve çevresel değerlendirme  |
| Bilişsel ve mental durum değerlendirilmesi   |
| Mizaç özelliklerinin ve duygudurumunun değerlendirilmesi                           |
| Eşlik eden hastalıkların saptanması  |
| Günlük temel yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi                               |
| Enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi                        |
| Aktivite/egzersiz durumunun değerlendirilmesi                                      |
| Yürüyüş, denge, mobilite ve düşmelerin değerlendirilmesi                           |
| Beslenmenin değerlendirilmesi ve planlanması                                       |
| İnkontinans varlığının ve nedenlerinin değerlendirilmesi                           |
| Görme ve işitmenin değerlendirilmesi   |
| İlaçların düzenlenmesi, ilaç etkileşimlerinin ve polifarmasinin önlenmesi          |
| Koruyucu hekimlik uygulamalarının takibi   |
| Problemlerin önem sırasına göre listelenmesi                                       |
| Destek gereken ihtiyaçların ve gerekli cihazların belirlenmesi                     |
| Bakım olanakları/mali durumun değerlendirilmesi                                    |
| Ev güvenliği, transport, tele sağlık sistemlerinin kullanılabilir hâle getirilmesi |

**TABLO 2:** İnterdisipliner ekip elemanları.

|   |
|---|
| Konsültan geriatrist  |
| Doktor (Geriatrist, iç hastalıkları uzmanı, iç hastalıkları asistanı, aile hekimi gibi) |
| Geriatri hemşiresi  |
| Hasta, hasta yakınları ve bakım elemanları  |
| Sosyal hizmet görevlisi   |
| Psikolog  |
| Beslenme uzmanı   |
| Fizyoterapist   |
| İş-uğraş terapisti  |
| Farmakolog  |

hizmetinin, geriatristin yönlendirdiği interdisipliner ekip tarafından değerlendirilmesini sağlamak amacı yatmaktadır.<sup>8</sup> İnterdisipliner ekip elemanları Tablo 2'de görülmektedir.<sup>8,9</sup>

Multidisipliner ekip elemanları ise ana odak yaşlı olmak üzere interdisipliner ekibe destek veren başta nörolog, geropsikiyatrist, ortopedist, fizik tedavi uzmanı, ürolog, jinekolog, kardiyolog, oftalmolog, dermatolog, kulak burun boğaz uzmanı gibi gereğinde tıbbın, hatta sağlıkla ilişkili diğer branşların (ulaşım, yemek, tıbbi cihaz vb.) tümünü kap-

sayan ekip elemanlarından oluşmakta ve hastayla ilişkili duruma göre ekibe dâhil olmaktadır.

## FİZİKSEL DEĞERLENDİRME

Hasta ile görüşürken iyi aydınlatılmış, rahatlatıcı bir ortam sağlanmalı ve randevu saatleri hastanın isteği doğrultusunda ayarlanmalıdır. Yaşlı hastalar genellikle muayene sırasında aile bireylerinin ya da yardımcı sağlık personelinin varlığından rahatsız olmasa da bu karar hastaya bırakılmalıdır.

ÇYGD, geriatrik hastadan öykü alınması ile başlar. Öykü titizlikle, sabırla ve yeterli zaman ayrılarak, yavaş ve sakin alınmalıdır. Ancak azalmış görme ve işitme duyuları, depresyon, kognitif fonksiyonlarda bozulma, birçok kronik sorunun sorgulanması, hastanın o anki şikâyetine odaklanması gibi sıkıntılar, öykü alınmasında zorluğa neden olabilir. İlk değerlendirmede gerekli olan zamanı azaltmak için; kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hâli, eş kaybı zamanı ve nedenleri, nerede, kimlerle ve ne şartlarda yaşadığı, memleketi, sosyal güvencesi, adres ve telefon bilgileri, medikal öyküsü, kullandığı ilaçları ve fonksiyonel durumu hakkındaki bilgileri içeren iyi düzenlenmiş bir ön form kullanılabilir. Hastanın formu tamamlayamaması, deliryumu ya da kognitif bozukluğu olması hâlinde, bir aile bireyi veya bakıcısından yardım alınabilir. Kayıt süresinin uzaması ve hastanın bekletilmesi hastayla iletişimin bozulmasına yol açmaktadır. Bunu önlemek için poliklinik düzeni ile vizit saatleri iyi ayarlanmalı ve yardımcı sağlık personelinin bu konuda desteği alınmalıdır. Özellikle “kırılgan yaşlı” olarak ifade edilen, istemsiz kilo kaybı, kas güçsüzlüğü, bitkinlik-tükenmişlik hissi, yavaş yürüme ve fiziksel aktivitede azalma gibi beş özelliğin en az üçünü taşıyan bireyler, ÇYGD'den en fazla yarar görürlür. Bu nedenle ÇYGD önceliğinin bu tür hastalara verilmesi daha uygun gibi gözükmektedir.<sup>10,11</sup> Geriatrik hastanın muayenesi hastanın ilk görüldüğü anda başlar. Hastanın postürü, konuşma tarzı, mimikleri hekime ilk ipuçlarını verir. Hastanın genel görüntüsü, idrar kokusu, istismar bulguları gibi pek çok bilgiyi yansıtabilir. Motor hareket yeteneğinin zamanla azalması, hastadaki düşme korkusunun varlığı gibi değişiklikler, bu hastaların

hareket hızını azaltmaktadır. Bu nedenle hasta muayene masasına alınırken ve uygun muayene pozisyonu verilirken yeterli zaman tanınıp, hastanın güven duygusu korunmalıdır. Fizik muayenenin tamamlanması, hasta hastaneden ayrılana dek süren ciddi bir süreçtir. Tüm bulgular genel muayene kısmına kaydedilmelidir. Kapsamlı fizik muayene ilk vizitte tamamlanamasa da, sonraki kontrollerde eksikler giderilebilir.<sup>1</sup>

## FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME

Fonksiyonel durumla ilgili bilgiler direkt hastayı gözlemleyerek ya da bakıcı ve ailesinden dolaylı olarak alınabilir. Bu amaçla banyo yapma, tuvalet, kontinans, giyinme, hareket, merdiven inip-çıkma, beslenme gibi “temel günlük yaşam aktiviteleri”; telefon kullanma, yemek hazırlama, ev işleri, alış-veriş, kişisel temizliğini yapmak, paraları bilmek, ilaçlarını almak, toplu taşıma araçları ile yolculuk edebilmek, araç kullanmak gibi “enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri” ya da seyahat edebilme, boş zamanlarını değerlendirme, gönüllü faaliyetler, toplumsal hizmetler, organize olaylar, yaratıcı aktiviteler gibi “ileri günlük yaşam aktiviteleri” incelenmelidir.<sup>1</sup> Fonksiyonel değerlendirmede Barthel’in günlük yaşam aktivite ölçeği ve Lawton-Brody enstrümantal günlük yaşam aktivite ölçeği kullanılabilir.<sup>12,13</sup>

## SOSYOKÜLTÜREL VE ÇEVRESEL DEĞERLENDİRME

Yaşlının sosyal ve ekonomik durumu, kim ile yaşadığı, yemeklerini kimin yaptığı, bakmakla yükümlü olduğu insanların varlığı, görüştüğü arkadaş veya yakınlarının olup olmadığı, kültürel, etnik, dinsel ihtiyaçları ortaya konulmalıdır. Mevcut hastalıkları da göz önüne alınıp, hasta, hasta yakınları, bakıcıları, sosyal hizmet uzmanı ve hekim, hep birlikte gelecek planlamasına karar vermelidir.<sup>6</sup> Kişinin yaşadığı çevrenin güvenliği, günlük yaşam aktivitelerini optimize edecek şekilde yeniden düzenlenmelidir. Örneğin düşme, denge ve mobilite engellerine neden olacak ev ortamında değişiklik yapılması için girişimler konusunda ortak karar alınmalıdır.<sup>14</sup> Yalnız yaşayan yaşlılar için ev gü-

venliği sorgulanmalı ve psikolojik durumu ile ilgili bilgi de alınmalıdır.

## BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME

ÇYGD'nin en önemli unsurlarından biri de kognitif, davranışsal ve emosyonel değerlendirmedir. Kognitif değerlendirme testleri; kısa tarama testleri (saat çizme testi), test grupları, hafıza testleri (üç kelime ve beş dakika sonra hatırlama testi) ve global evrelendirme skalaları olmak üzere dört grupta sınıflanabilir. Bu amaçla en sık olarak “Mini Mental Durum Testi” (MMT) kullanılmaktadır. MMT, 11 sorudan oluşmakta ve 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 24-30 puan arası “normal”, 18-23 puan arası “hafif demans”, 11-17 puan “orta evre demans”, 10 puan ve altı ise “ileri evre demans” ile uyumludur. Ancak, bu testin sadece bir tarama testi olduğunu ve ileri kognitif değerlendirme yapılması gereğini dışlayamayacağını belirtmek gerekmektedir. Saat çizme testi, demansın erken evrelerinde ilk bozulan testlerden biri olarak kabul edilen pratik bir testtir.<sup>15</sup>

Depresyon, yaşlılarda sık görülen, morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir hastalıktır. Pek çok risk faktörünün yanı sıra komorbid hastalıkların çokluğu da buna zemin hazırlamaktadır. Depresyon değerlendirmesinde bir tarama testi olarak “Geriatrik Depresyon Skalası” (GDS) kullanılabilir.<sup>16</sup> GDS (15 soruluk kısa ya da 30 soruluk uzun form) geçerli ve güvenilir bir tarama testi olarak kullanılabilir. Depresif semptomlar için daha ileri klinik değerlendirmede Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılabilir.<sup>17</sup> Hamilton Anksiyete Ölçeği ise anksiyetenin fiziksel ve psikolojik semptomlarının değerlendirildiği bir ölçektir.<sup>18</sup> Bu testlerin de yine o anki durumla ilgili olduğu, altta yatan gerçek psikopatolojinin ortaya konulması ve tedavisi açısından psikolog ve geropsikiyatrist tarafından ileri değerlendirmelerinin yapılması gerektiği bilinmelidir.<sup>1,2</sup>

## GERİATRİK SENDROMLAR

Hastanın başvurusuna neden olan şikâyetler ilk planda incelense de sık rastlanan geriatrik sendromlarla ilgili gerekli değerlendirmeler mutlaka yapılmalıdır.

## MOBİLİTE VE DÜŞMELER

Denge ve yürüme bozuklukları yaşla birlikte artarak düşmelere neden olmaktadır. Düşmeler, morbidite ve mortaliteye neden olmaları açısından önemlidir. Kas-iskelet sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve polifarmasi düşme riskini artırmaktadır. ÇYGD yapılan tüm yaşlı hastalara son bir yıl içerisinde düşüp düşmedikleri sorulmalı; düşme hikâyesi olanlara postür ve mobilite testleri uygulanmalıdır. Bu testlerin başında kuvvet, duruş ve dengeyi değerlendiren “Kalk ve yürü testi” gelmektedir. Bu testte hastadan kollarını kullanmadan oturduğu yerden kalkması, 3 m yürüyerek geri dönmesi ve tekrar oturması istenir.<sup>19</sup> “Zamanlı kalk ve yürü testi”nde ise bu işlem yapılırken zaman tutulur ve 15 sn'nin üzerinde olan hastalar ileri değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.<sup>20</sup> Denge ve duruşun ileri değerlendirilmesi için Anormal İstemsiz Hareket Skalası [Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)] ve Tinetti Performans ve Mobilite Değerlendirmesi [Tinetti Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA)] testleri uygulanmaktadır.<sup>21</sup> AIMS'de fasyal ve oral hareketler, ekstremiteler hareketleri, gövde hareketi, global değerlendirme ve dental durum incelenmektedir. Puan arttıkça bozukluğun şiddetinin arttığı gösterilmektedir. POMA'da ise denge ve postür incelenmektedir; alınan düşük puan artmış düşme riski ile birlikte.

## İNKONTİNANS

Üriner inkontinans, 65 yaşındaki kadınlarda %6-14 sıklıkta, 85 yaş üstü kadın ve erkeklerde ise %25'in üzerinde görülmektedir.<sup>14</sup> İfade edilmesi yaşlı tarafından zor ve utanılacak bir şey gibi algı-lansa da, önemli morbiditeye ve fonksiyonel bağımsızlığın bozulmasına neden olan bir problemdir. Tüm yaşlılarda üriner inkontinans taraması yapılmalı, daha az görülmesine rağmen fekal inkontinans da sorgulanmalıdır. Yanıtı “evet” olan hastalar, ileri değerlendirmeye ve etiyolojiye yönelik araştırmalara (idrar yolu enfeksiyonu, postvoidal rezidü idrar tayini gibi) tabi tutulmalı, yetişememe (urge), stres, taşma ya da mikst inkontinans gibi tiplendirmeler yapılmalıdır. Menopoz yaşı, doğum, düşük, ölü doğum sayıları ve doğum

şekilleri, olası prolapsuslar hakkında ön bilgiler verilmektedir. Üriner inkontinansı olan erkek hastalar ise özellikle benign prostat hipertrofisi açısından değerlendirilmelidir.<sup>15</sup>

## BESLENME

Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlik, çiğneme problemleri, duygudurum bozuklukları ve polifarmasi nedeniyle “malnütrisyon”, 65 yaş üstü hasta grubunda sık görülmektedir. Bu açıdan hastanın iştah durumu sorulmalı, beden kitle indeksi hesaplanmalı, son altı ay içinde %10'dan fazla kilo kaybı olup olmadığı sorulmalıdır. Altmış beş yaş üstü hastalarda nütrisyonel değerlendirme için geçerliliği en yüksek olan test “Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi”dir.<sup>22</sup> Tarama (kısa) ve değerlendirme (uzun) formu şeklinde iki kısımdan oluşan testin tamamı 30 puan üzerinden değerlendirilmekte; 17 puanın altı malnütrisyonu göstermektedir. Hastaların mutlaka boy, kilo, bel, baldır ve üst orta kol çevresi gibi ölçümleri kayıt altında tutulmalıdır.<sup>1</sup>

## GÖRME

Yaşla birlikte oluşan görme değişiklikleri; santral görme keskinliğinde azalma, periferik görmede, kontrast hassasiyetinde ve renkli görmedeki bozukluklardır. İleri yaşta görme kaybının en önemli nedenleri ise katarakt, glokom, maküler dejenerasyon ve diyabetik retinopatidir.<sup>23</sup> Genel olarak yaşlı hastanın en az yılda bir kez görme değerlendirmesinden geçmesi gerekmektedir.<sup>24</sup> Yüksek risk altındaki yaşlılara en az yılda bir kez, oftalmolog tarafından periyodik muayene yapılması önerilmelidir.<sup>14</sup>

## İŞİTME

İşitme azlığı 65 yaş üzeri hastalarda yaklaşık %33, 85 yaş üzerinde ise %50 sıklıkta görülmektedir.<sup>14</sup> İşitme bozukluğunun en sık sebebi yüksek frekanslı seslere karşı progresif, bilateral işitme kaybı anlamına gelen “presbiakuzi”dir. Daha çok konuşmaları anlamakta güçlük çeker ve işitme bozukluğundan şikâyet etmezler. İşitmenin değerlendirilmesi için ilgili kulağa 30 cm uzakta söylenen kelimelerin en az %50'sini tekrar etmesi ya da sorulan soruyu anlayıp doğru yanıtlaması şeklinde uygulanabilen “Fısıltı testi” en sık kullanılan tarama testidir. En güvenilir yöntem ise otoskop ve odyo-

metreden oluşan “odyoskopi” muayenesidir. Yine yılda bir kez, odyoskopik muayene yapılması tavsiye edilmektedir.<sup>6,10,14</sup>

## POLİFARMASI

Polifarmasi, aynı anda birden çok endikasyon için çok sayıda ve uygunsuz ilaç kullanımı anlamına gelmektedir.<sup>25</sup> Yaşlı popülasyonda polifarmasi oranı %23-39’dur.<sup>26</sup> Polifarmasinin neden olabileceği önemli bir sorun, ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleridir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki oluşma ihtimali de artmaktadır. Polifarmasi, aynı zamanda artmış düşme, deliryum ve üriner inkontinans riski ile de ilişkilidir.

Her vizitte reçetesiz ya da reçeteli alınan ilaçlar gözden geçirilmeli; her ilacın bir tanısı olmalı; gereksiz tedaviler kesilmeli; yeni bir ilaç başlama- dan önce mevcut ilaçlar incelenmeli; yeni ilaçlar başlanırken hastanın fizyolojik yaşına uygun dozda ve zaman diliminde başlanmalı; hasta, yakını veya bakıcısı yeni ilacın risk ve yararları ile kullanım süresi konusunda eğitilmeli; hastaya gereğinde non-farmakolojik yaklaşımlar düşünülmesi, tedaviye yanıt dokümanite edilmeli, böylece tedavi etkili ise devamına, değilse sonlandırılmasına karar verilmelidir.

## KORUYUCU HEKİMLİK

Koruyucu hekimlik uygulamaları, yaşam tarzı değişiklikleri (egzersiz, dengeli beslenme, alkol alımının azaltılması ve sigaranın bırakılması gibi); kazalardan korunma; vasküler hastalıkların önlenmesi (hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi, inme, koroner arter hastalığı vb.); ağız ve diş sağlığı; mental sağlık ile ilgili değişikliklerin takibi ve önlenmesi; tarama testleri (tiroid fonksiyon testleri, vitamin B<sub>12</sub> düzeyi, osteoporoz ve kanser taraması gibi) ve aşı programlarını içermektedir. Geriatrik hasta aşı takibinde, 10 yılda bir tetanoz toksoidi ve her yıl influenza aşısı yapılmalı; pnömokok aşısı ise daha önce hastanın pnömokok aşısı olup olmadığına ve pnömokok aşısının türüne göre değerlendirilerek uygulanmalıdır.

Multidisipliner ve interdisipliner yaklaşımın zorunlu olduğu geriatri biliminin uygulanması; poliklinik koşullarının yetersizliği, hasta başına ayrılması öngörülen zamanın darlığı, sosyal ve ekonomik sorunlar gibi başka problemleri de kapsamaktadır. Giderek yaşlanan toplumumuzda yaşlılığa bağlı birçok karmaşık sorunun çözümü, üniversite, eğitim-araştırma ve hizmet hastanelerinde geriatri birimlerinin oluşturulması ile başarılabilir.

## KAYNAKLAR

- Döventaş A. [Multidimensional geriatric assessment: practical hints]. *Akad Geriatri* 2009;1(3):125-31.
- Beers MH, Berkow R. *Comprehensive geriatric assessment*. The Merck Manual of Geriatrics. 3<sup>rd</sup> ed. Whitehouse Station: Merck Research Laboratories 2000. p.40-6.
- 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(18):1184-9.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. *Lancet* 1993;342(8878):1032-6.
- Gallo JJ, Fulmer T, Paveza GJ, Reichel W. *Assessing driving skills*. Handbook of Geriatric Assessment. 3<sup>rd</sup>ed. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 2000. p.52-7.
- Stott DJ, Langhorne P, Knight PV. *Multidisciplinary care for elderly people in the community*. *Lancet* 2008;371(9614):699-700.
- Wieland D, Ferrucci L. *Multidimensional geriatric assessment: back to the future*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63(3):272-4.
- Halil MG, Cankurtaran M. [Interdisciplinary and multidisciplinary geriatric team and concepts]. *Geriatri ve Gerontoloji Kitabı*. Arıoğul S, editör. 1. Baskı. Ankara: MN Medikal & Nobel; 2006. p.135-6.
- Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. *The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health*. *Am Fam Physician* 2000;61(4):1089-104.
- Ellis G, Langhorne P. *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. *Br Med Bull* 2005;71:45-59.
- Johnston CB. *Geriatric assessment in the primary care setting*. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, eds. *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*. 1<sup>st</sup>ed. New York; Toronto: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2004. p.1-19.
- Mahoney FI, Barthel DA. *Functional evaluation: the Barthel index*. *Maryland State Med J* 1965;14:61-5.
- Ferrer A, Formiga F, Ruiz D, Mascaró J, Olmedo C, Pujol R. *Predictive items of functional decline and 2-year mortality in nonagenarians—the NonaSantfeliu study*. *Eur J Public Health* 2008;18(4):406-9.
- Johnston CB. *Geriatric assessment*. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, eds. *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*. 1<sup>st</sup>ed. New York; Toronto: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2004. p.16-26.
- Stähelin HB, Monsch AU, Spiegel R. *Early diagnosis of dementia via a two-step screening and diagnostic procedure*. *Int Psychogeriatr* 1997;9(Suppl 1):123-30.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *J Psychiatr Res* 1982-1983;17(1):37-49.

17. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6(4):278-96.
18. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32(1):50-5.
19. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Arch Phys Med Rehab* 1986;67(6):387-9.
20. Podsiadlo D, Richardson S. The time "Up & Go"; a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2):142-8.
21. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34(2):119-26.
22. Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme* 1999;1:11-2.
23. Soriano RP. The comprehensive geriatric assessment. *Fundamentals of Geriatric Medicine/A Case-Based Approach*. eBook. New York: Springer; 2007. p.20-38.
24. Gershman K. Common geriatric problems. *The Little Black Book of Geriatrics*. 4th ed. Sudbury, Mass: Jones and Barlett's Publishers; 2009. p.1-62.
25. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *Eur J Intern Med* 2005;16(5):311-3.
26. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Stone survey. *JAMA* 2002;287(3):337-44.