

Geriyatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıta dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi

Geriatric assessment: periodic examination of elderly patients according to evidence based guidelines

Hakan Yaman¹, Suzan Yazıcı², Hagen Sandholzer³

Özet

Dünyamız ile birlikte ülkemiz de hızla yaşlanmaktadır. Önümüzdeki yıllarda gelişen ülkelerde kronik hastalıkların yol açacağı maliyet artacaktır. Gelişmiş ülkelerde aile hekimine başvuruların üçte biri yaşlılardır. Bu, yakın zamanda ülkemiz için de geçerli olabilir. Bu bağlamda, yazımız yaşlının periyodik değerlendirmesini ele almaktadır. Hedefimiz, bu özel risk grubuna, nasıl daha yararlı olabileceğimizi göstermektir. Yaşlı, temel muayene ilkelerine göre değerlendirilmekle birlikte, çok sayıda kronik hastalığın varlığı, azalmış beden rezervleri, organ işlevlerinin gerilemesi, genç hastalara oranla daha ayrıntılı ve özgül bir muayeneyi gerekli kılar. Koruyucu hekimlik, toplumsal ve bedensel riskleri belirleyerek olası komplikasyon ve gerilemeleri önlemede önemli rol oynar. Bu yaklaşımın yaygınlaşmasının yaşlı sağlığını geliştirmesi beklenir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlik, aile hekimliği.

Summary

The world and Turkey is getting fastly older. An important share of the burden of chronic disease will be covered by developing countries. In developed countries, one third of primary care encounters are made by elderly people. This will certainly be the case in our country in the near future. In this article an attempt has been made to describe the periodical examination of elderly. Our aim is to show how to be helpful to this special risk group. Although the physical examination is not different from the the younger patient; the presence of higher frequency of chronic disease, the low reserves of the body, the decreased organ functions necessitate a more detailed and specific examination in the elderly. Preventive practice and the determination of social and physical risk factors have an important role to prevent complications and functional decline. A wide application of this approach will improve the health of the elderly.

Key words: Ageing, primary health care services, preventive medicine, family practice.

Ülkemizde yaşlı nüfusun artışı, bu yaş grubunun sağlık hizmeti gereksinimini de artırmaktadır. 2005'te 6.147.000 kişi olan 65 yaş ve üstü nüfusunuzun 2025'te 12.055.400 kişiye ulaşacağı hesaplanmıştır. Nüfus içindeki oranı artan yaşlılar, yakın gelecekte, kendilerine özgül sorun ve beklentileri ile birinci basamak sağlık kurumlarına daha çok başvuracaklardır.¹

Yaşlılar daha fazla ilaç kullanmakta, hekimlerin fazla ilaç yazması nedeniyle de polifarmasiye maruz kalmakta-

dırlar. Yaşla, kronik sağlık sorunları ve komorbidite artar, metabolizma yavaşlar, organların işlevleri geriler, psikomotor tepki yavaşlar, kas kütlesi azalır, derin duyu, denge bozulur, enfeksiyonlara yatkınlık artar.² Yaşlı, ancak kendini yeterince güçlü bulduğunda bir sağlık kurumuna başvurur. Engelli, yatalak ya da kırılğan bireyler ise sağlık çalışanlarının ev ziyaretlerine muhtaçtırlar.

Bu derleme, kanıta dayalı bulguları esas alan kapsamlı geriyatrik değerlendirme örneği sunmaktadır.

¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., Antalya

² Anadolu Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Antalya

³ Leipzig Üniversitesi Tıp Fakültesi Serbest Aile Hekimliği Bölümü, Aile Hekimliği Uzmanı, Prof. Dr., Leipzig, Almanya

Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirme

Kapsamlı geriyatrik değerlendirme, hastanın tedavisini, sağlığının risk etmenlerini değerlendirerek komplikasyonları engellemeyi, yaşının mümkün olduğunca bağımsız, yardıma gereksinim duymadan kendine bakmasını sağlamayı hedefler.

Değerlendirmede birey, bedensel, ruhsal, sosyal bütünlüğü içinde ele alınmalı, olanaklar ölçüsünde mültidisipliner ekip anlayışı uygulanmalıdır. Ekip, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, fizyoterapist ve podiyatristten oluşur. Değerlendirme ofis, muayenehane, sağlık ocağı, aile sağlığı merkezi, yaşlı bakım merkezi ya da ev ziyaretinde yapılır. Gereksinim ve olanaklar doğrultusunda bir hizmet gurubu ve yönetim planı oluşturulur. Ekibi oluşturacak disiplinlerin bazılarının ülkemizde yaygınlaşmamış olması bu konudaki önemli bir sorundur. Aile hekimleri ve sağlık personelinin yaşlı bakımı konusunda eğitilmeleri ile ülke koşullarına uygun bir hizmet modeli oluşturulabilir ve bu konudaki sakıncalar azaltılabilir. Birinci basamak sağlık merkezinin olanakları değerlendirilerek toplum yönelimli, yaşlı dostu bir hizmet sunulabilir. Yaşam döngüsü yaklaşımıyla hizmetin tüm yaş gruplarına yararlı olması beklenir.³ Birinci basamak sağlık merkezindeki sağlık kayıtları, ebelerin anaçocuk sağlığı çerçevesindeki ev ziyaretleri ile yaşlılar kolaylıkla tespit edilebilir; yine de örgütlenme aksaklıkları nedeniyle yaşlıların temel sağlık hizmetlerinde zorluklar yaşanmaktadır. Örneğin; engelli yaşlılar ilaçlarını reçete ettirmek için sağlık ocağına gelememektedirler. Hekimler ise bazen ev ziyaretlerinde bulunamamakta, böylece, bu risk grubuna hizmet sunulamamaktadır. Ülkemizde, yaşlıların birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru nedenleri ile ilgili yeterince veri yoktur. Sandholzer ve arkadaşları (Almanya) 67 aile hekimliği ofisinde, 446 yaşlının taramalarını kesitsel olarak incelediler. Olguların %21'inin bilişsel bozukluk, %10'unun kısıtlanmış günlük aktivite, %34'ünün düşme sebebiyle başvurduğu saptandı.⁴

Öykü

Yaşlı hastalarda ayrıntılı anamnez almak çok önemlidir. 65 yaş üstündekiler için yapılacak 10 dakikalık kap-

samlı tarama testi (Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerliliği kanıtlanmıştır)^{5,6} ile yaşlıların "dev sorunları"; bilişsel sorunlar, idrar tutamama, depresyon ve düşme riski kolayca belirlenip incelenebilir. Bu yaklaşımla kalıcı sorunlar gelişmeden önlenir (Ek 1). İşitme, görme duyuları, beslenme alışkanlıkları da değerlendirilmelidir.

Özgeçmişte geçirilen hastalıklar, kronik sorunlar sorgulanmalı, risk etmenleri değerlendirilmelidir. Uygulanan tedaviler, kullanılan ilaçlar, alerji, kan grubu yazılmalıdır.

Sigara ve alkol kullanımı öyküde mutlaka sorgulanmalıdır. Yaşlı, bu alışkanlıkların yol açabileceği komplikasyonlara karşı uyarılmalıdır. Sigara içenlerde osteoporoz ve kalça kırığı nedeniyle yaşam süresi kısalmaktadır. Yeni sigara bırakma rehberleri, muayenede üç dakikalık müdahale ve danışmanlığın yanı sıra ilaçları da önermektedir (vareniklin, bupropion, nikotin replasmanı). Telefonla danışmanlık ta yararlı bulunmuştur.⁷ Sigaraya bağlı yangın ve alkol kullanımına bağlı düşme de olası komplikasyon örnekleridir.

Yaşlının günlük etkinlikleri, alıştırma (egzersiz) öyküsü ve dış ortama çıkma yeterliliği sorgulanmalıdır. ADL (Activities of Daily Living) - Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri, hastanın fizik becerilerini değerlendiren önemli bir testtir.⁶ Aile hekimi, hastanın hareketliliğini anlamak için bu testi mutlaka uygulamalıdır. Bu test ile günlük yaşamda sıkça gereksinim duyulan yıkanma, giyinme, tuvalet kullanımı, yataktan ya da sandalyeden kalkma, idrar ve dışkı kaçırma ve yemek yiyebilme fonksiyonları değerlendirilebilir. Elde edilen derece, bireyin bağımlılık düzeyi konusunda fikir verir.

Beslenme

Alınacak kalori miktarının günlük bedensel etkinliğe göre belirlenip izlenmelidir. Bazal metabolizma düşüklüğü, hareketsizlik, kas kütlelerinin azalması obeziteye yatkınlığı artırır. Diğer yanda malnütrisyon sık karşılaşılan bir sorundur. Besin alımı ile gereksinimi arasındaki denge bozulması obezite ile kaşeksi arasında değişen sorunlara yol açar. Beden ağırlığı değişimleri kaydedilmelidir; ileri yaşlarda protein-kalori eksikliğine sıkça rastla-

nır. Bedensel etkinliğin teşviki üzerinde durulacak başka bir önemli yaşam tarzı değişikliğidir.⁸ Yaşlının beslenme durumu dikkate alınmalıdır; yiyecek alma, yemek pişirme ve yiyebilme yeterliğine sahip olup olmaması; maddi, sosyal ve bedensel engelleri nedeniyle beslenip beslenmediği saptanmalıdır. Bu konudaki olumsuz bulgular, yaşlının beslenmesini bozabilir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) beslenmeye bağlı sorunu olanlara (DM, HT ve diğer KAH risk etmenleri) beslenme danışmanlığı verilmesini önermektedir.⁸ Yapay trans yağ asitlerinden kaçınmanın koroner arter hastalığı gelişimini %6-19 oranında azalttığı bildirilmektedir.⁹ HALE çalışmasında, 10 yıllık izlemede, Akdeniz tipi beslenme, orta düzeyde bedensel etkinlik, orta düzeyde alkol tüketimi ve sigarasız yaşamın tüm ölüm nedenlerini %50 oranında azalttığı saptanmıştır.¹⁰ Sıvı alımı çok önemlidir. Özellikle inkontinans sorunu olanlar gece sık idrara çıkmamak için yeterince sıvı almayabilirler. Yaşlı, kolayca dehidrasyona girebilir ve beslenmekte güçlük çekebilir; bu bağlamda yaşlının sosyal desteğinin olup olmadığı da sorgulanmalıdır.

İlaçlar ve Aşılama: Yaşlılıkta artan kronik hastalıklarla çoklu ilaç kullanımı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkar. İlaçların birbirleri ile etkileşimine, yan etkilerine, böbrek, karaciğer fonksiyon testleri doğrultusunda dozlarının ayarlanmasına özen gösterilmelidir. İlaç yan etkisini yeni bir yakınma sanarak ilaçla tedavi etmeye çalışma kısır döngüsü sık yaşanmaktadır. Her yeni yakınmada olası ilaç yan-etkileri sorgulanmalıdır.¹¹ Yaşlılarda sık kullanılan diüretikler gece idrara çıkmaya neden olarak düşme riskini arttırabilirler. Her muayenede altmış beş yaş üzeri hastalarda ilaç kullanım öyküsü mutlaka alınmalı, yeni reçete edilecek ilaçlarla etkileşime dikkat edilmelidir.¹¹ İlaç öyküsü alınırken bitkisel maddeler de sorgulanmalıdır.

İlaçların kullanımında belirsizlik olduğunda, hastaya, büyük yazılarla hazırlanacak bir ilaç kullanma yönergesi verilmelidir. Dörtten fazla ilaç kullanılacak ise en elzem olanları korunarak, diğerleri mümkün olduğunca uygun biçimde kesilmelidir. Hastanın kendi kararı ile kullandığı

ilaçlar sorgulanmalıdır. Ev ziyaretinde ilaç kutuları incelenmelidir.^{4,11}

Koroner arter hastalığı riski yüksek olanlarda aspirin kullanımı önerilmekte;¹² özellikle 70-84 yaşlar arasında mortaliteyi düşürdüğü bildirilmektedir. Riski yüksek olanlarda (35 yaş üstü erkek, premenopozal kadın, sigara içenler ve diğer risk etmenleri olanlara) aspirin kullanımı konusunda danışmanlık verilmelidir. Yaşlılarda kanama riski dikkate alınmalıdır (Tablo 1).⁸

Kardiyovasküler hastalığı ya da riski olanlarda, 70 yaş üstündekiler de dahil olmak üzere agresif statin tedavisi önerilmektedir.⁸

Aşı öyküsü sorgulanmalıdır.⁴ Daha önce aşılanmamış olanlara difteri ve tetanoz toksoidi yapılmalı, on yılda bir yinelenmeli, 55 yaş üstünde her yıl influenza aşısı, 65 yaşında bir kez ve kronik hastalığı olanlarda 6 yılda bir pnömokok aşısı yapılmalıdır.⁸

Taramalar

Ülkemizde kanser, ölüm nedenleri arasında ikinci sıkkıktadır. Kanser taramasının anlamlı olabilmesi için, saptandığında en az beş yıllık sağkalım süresi olmalıdır. 70 yaş üzerinde kanser taramasının yararı kanıtlanmamıştır.^{8,13} Değerlendirilen hastanın prognozunu ve beklenen ömrü kestirmek önemlidir. Flaherty ve arkadaşlarının geliştirdikleri, kişiyi dinç, düşkün, orta derecede bunamış ve yaşamın son döneminde olarak kategorize eden araç, karar almada yararlı olmaktadır (Tablo 1).^{8,14}

Duyular

Göz Sağlığı: Yaşla birlikte kırma kusuru, katarakt, maküla dejenerasyonu ve glokom görülme sıklığı artar. Bir çalışmada (n=1547) 65 yaş üzerindekiilerin %30'unda görme kusuru saptanmış, bunların % 72'si ameliyat ya da gözlükle düzeltilebilir bulunmuştur.¹⁵ Görme kusurunun giderilmesi yaşlının hayatını tehlikeye atan düşmeleri önleyebilir.¹⁶ Ancak normal yaşlı popülasyonda göz taraması görmenin niteliğini yükseltmez.¹⁷ Düşme profilaksisi ve ev içi ortamın düzenlenmesinde (ışıklandırma vb.) yol gösterilmelidir.⁴

İşitme: İşitme kaybı yaşla artar; 45 yaş üstündekilerin yaklaşık üçte birinde, 70 yaş üstündekilerin ise üçte ikisinde işitme kaybı saptanmıştır.¹⁸ İşitme ile yaşam kalitesi doğrudan ilişkilidir. İşitme kaybı, çoğu kez uygun tedavi ile tamamen düzelebilir.¹¹ Birinci basamakta tanı ayırıcı anamnez ve fısıldama testi ile konabilir.¹⁹ Hasta yakınlarının işitme sorunu ile ilgili bilgi vermesi tanıya yardımcıdır. Tanı koyup, yönlendirmek yetmeyebilir. Hastalar, işitme cihazı gereksinimi konusunda da desteklenmelidir.⁴

Sistemler

Dolaşım Sistemi

Kan basıncı ve nabız ölçümü muayenede mutlaka yer almalıdır. Hipertansiyon yaşlılarda sık görülür; 160/95 mmHg üzerindeki hipertansiyonun uygun şekilde tedavisi, inme, ani ölüm, koroner kalp hastalıklarını azaltır.²⁰ Seksen yaş üzerinde, hipertansiyon tedavisinin etkinliği ile ilgili klinik çalışmalar azdır. HYVET çalışmasında, persistan sistolik hipertansiyonu (=160 mm Hg) olan ve yavaş salımlı, 1.5 mg indapamid ile tedavi edilen, gereğinde 2-4 mg perindopril eklenen yaşlılarda inme ve diğer nedenlere bağlı mortalitenin azaldığı bildirilmiştir.²¹ Atriyal fibrilasyon (AF) sıklığı yaşla artar.²² Topluma dayalı bir çalışmada, AF prevalansı –erkeklerde daha yüksek olmak üzere– %5.5 olarak bildirilmiştir.²³ AF önemlidir; zira beyin kanaması, kalp yetersizliği ve ölüme yol açabilir.²⁴ AF'ye bağlı tromboembolizmin birincil ve ikincil önlenmesinde warfarin altın standarttır. Kanama riski nedeniyle asetil salisilik asid (ASA) birinci seçenek olarak kullanılmaktadır. Warfarin ile ASA'nın eşit etkinlikte olduğu bildirilse de,²⁵ aile hekimliği ortamında yapılan BAFTA çalışmasında AF'lu yaşlılarda warfarin'in ASA'ya üstünlüğü gösterilmiştir (>75 yaş; RR = 0.48, p= 0.003). Beyin kanaması riski dahil büyük kanamalar her iki grupta eşittir.²⁶ Yine de yaşlılarda bu konuda temkinli olunmalıdır. Sindirim ülseri riski, bunama ve senkop atağı riski varsa warfarin kullanılmamalıdır. Yaşlılarda warfarin dozu, INR düzeyini 2-3 arasında tutacak şekilde ayarlanmalıdır.²⁷ Geniş bir hasta kitlesini kapsayan randomize

kontrollü bir çalışmaya göre, atriyal fibrilasyona en uygun yaklaşım nabızın değerlendirilmesi, nabız aritmik ise EKG ile doğrulanmasıdır. Birinci basamakta uygulanabilecek bu kolay yaklaşımla asemptomatik olgular saptanabilir.²⁸

Geçirilmiş miyokard infarktüsünün (MI) öyküde sorulması ya da EKG ile asemptomatik MI'nün görülmesi yaşının ikincil korumasında önemlidir. Beta bloker, ASA, ACE inhibitörü ile morbidite azaltılabilir ve yaşam beklentisi uzatılabilir.²⁹⁻³¹ MI sonrasında ASA başlanmalıdır (Tablo 1).³² Hasta risk etmenleri konusunda bilgilendirilmelidir.¹⁴

Semptomatik kalp yetersizliği yaşlılarda siktir, yaşam kalitesini azaltır ve mortaliteyi arttırır. Öykü, fizik muayene ile ortopne, yorgunluk, pretibiyal ödem varlığı, ekokardiyografi ile ejeksiyon fraksiyonunun (EF) saptanması hastanın izlenmesi açısından önemlidir.

Semptomatik koroner arter hastalığı da yaş ile artar. Elli yaş üzeri hastalardaki sıklığı %20 bulunmuştur.³³

Class I stabil anginası olanlarda prognozu geliştirmek için uygunsa 75 mg aspirin, gerekiyorsa statin ve ACE inhibitörleri, MI sonrasında ve kalp yetersizliğinde ek olarak beta bloker önerilir. Class II a hastalarda koroner hastalık gösterilmişse ACE inhibitörü ve yüksek doz statin, aspirin uygun değilse klopidrogel önerilir. Class II b'de, diyabet ya da metabolik sendromu olanlarda trigliseridleri düşürüp HDL'yi yükseltmek için fibratlar kullanılır.^{34,35} Stabil angina belirtilerini ve iskemiye tedavi etmek için Class I hastalarında kısa etkili nitrat, beta 1 blokerler, beta bloker intoleransında ise kalsiyum kanal blokerleri, uzun etkili nitratlar ya da nikorandil kullanılabilir. Beta bloker yeterli olmadığında dihidropiridin kalsiyum kanal blokeri eklenebilir.³⁵ Statinler, diyabetiklerin yanı sıra 70 yaş üstündekilerde de kullanılabilir. ACE inhibitörleri (HT, DM, kalp yetersizliği, sol ventrikül yetersizliği gibi ek tedavi endikasyonları ile birlikte), beta blokerler (özellikle MI sonrası ve kalp yetersizliğinde) prognozu geliştirebilir. Kalsiyum kanal blokerleri beta blokerlere alternatif olabilirler.^{8,34,35}

Periferik arter hastalığı semptomatik ise Doppler görüntüleme ile tanı konup tedavi başlatılmalıdır. Sempto-

Tablo 1. Hastanın işlevsel düzeyi ve yaşam beklentisi tarama enstrümanı (periyodik sağlık muayeneleri için)*

Muayene	Yaşlı Yaşam beklentisi ≥ 5 yıl ve işlevsel olarak bağımsız	Düşkün Yaşam beklentisi < 5 yıl ya da belirgin işlevsel bozulma	Orta derecede bunamış Yaşam beklentisi 2-10 yıl	Yaşam Sonu Dönemi Yaşam beklentisi < 2 yıl
Muayene sıklığı	Yılda bir kez	Yılda 1-4 kez	Yılda 1-4 kez	Gerektiğinde
Kan basıncı ölçümü (ortostatik değerlendirme dahil)	Her muayenede	Her muayenede	Her muayenede	Her muayenede
Beden ağırlığı	Her muayenede Yıllık kayıp > 2.5 kg (> 5 lbs/yıl) geçerse küçük nütrisyonel değerlendirmeyi yap	Her muayenede Yıllık kayıp > 2.5 kg (> 5 lbs/yıl) geçerse küçük nütrisyonel değerlendirmeyi yap	Her muayenede Yıllık kayıp > 2.5 kg (> 5 lbs/yıl) geçerse küçük nütrisyonel değerlendirmeyi yap	Yapma
Boy	Yılda bir kez	Yılda bir kez	Yapma	Yapma
Açlık kan şekeri	Semptomatik ya da risk etmenleri varsa yap ve üç yılda bir tekrarla	Semptomatik ya da risk etmenleri varsa yap ve üç yılda bir tekrarla	Semptomatik ya da risk etmenleri varsa yap ve üç yılda bir tekrarla	Semptomatikse düşün
ADL ve IADL değerlendirmesi	Yılda bir kez	Her muayenede	Her muayenede	Her muayenede
Aspirin	MI öyküsü varsa ya da ≥ 2 kardiyovasküler risk etmeni varsa	MI öyküsü varsa ya da ≥ 2 kardiyovasküler risk etmeni varsa	MI öyküsü varsa ya da ≥ 2 kardiyovasküler risk etmeni varsa	Yapma
Depresyon taraması	İlk muayenede ve yakınmalar varsa	İlk muayenede ve yakınmalar varsa	İlk muayenede ve yakınmalar varsa	Yakınmaları varsa
Erkeklerde erektil disfonksiyon ve yaşlanan erkeklerde androjen yetersizliğinin değerlendirilmesi	Yılda bir kez	Yılda bir kez	Yılda bir kez düşün	Yapma
Kolesterol taraması	65-75 yaş arası ek risk etmeni varsa tarama yapınız (sigara, DM, HT)	65-75 yaş arası ek risk etmeni varsa tarama yapınız (sigara, DM, HT)	Yapma	Yapma
Mamografi	80 yaşına kadar 1-2 yılda bir	75 yaşına kadar 1-2 yılda bir	70 yaşına kadar 1-2 yılda bir	Yapma
Osteoporoz	Bir kez; 2 yılda bir düşün	Bir kez	Bir kez	Yapma
Papanicolaou (Pap) smear	Hiç yapılmadıysa bir yıl arayla 2 kez, sonra 70 yaşına kadar 1-3 yılda bir	Yapma	Yapma	Yapma
Tetanoz	Hiç aşılanmadıysa bir seri aşılamayı düşün ve 10 yılda bir rapel	Hiç aşılanmadıysa bir seri aşılamayı düşün	Hiç aşılanmadıysa bir seri aşılamayı düşün	Yapma
TSH	İki yılda	İki yılda bir	Üç yılda bir	Düşün
Uyku apnesi	Erken yap	Yılda bir kez	Her muayenede	Yapma
Yaşam tarzı eğitimi (spor alıştırmaları, sigara bıraktırma, alkol ve yaralanmaların önlenmesi)	Her muayenede	Her muayenede	Periyodik olarak bakım veren kişi ile tartış	Yapma
Yaşlı örselenmesinin değerlendirilmesi	Her muayenede	Her muayenede	Her muayenede	Her muayenede
Yürüme ve denge muayenesi	İlk muayenede yakınmalar varsa her muayenede	İlk muayenede yakınmalar varsa her muayenede	İlk muayenede yakınmalar varsa her muayenede	Yakınmaları varsa her muayenede

*Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The development of outpatient Clinical Glidpaths. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1886-901'den uyarlanmış ve (8)'de aktarılmıştır.

matik hastalarda sigara bırakma, ASA ve düzenli bedensel etkinlik ile tedavinin mortalite ve morbiditeyi azalttığı saptanmıştır.³⁶⁻³⁸

Birinci basamakta kolesterol tetkikine hastanın işlevsel düzeyi, yaşam beklentisine ve kalp risk etmenlerine göre mutlaka yer verilmelidir (Tablo 1). Hiperlipidemi koroner kalp hastalığı açısından önemli bir risk faktörüdür. Birçok çalışma, 65 yaş üzerinde, hiperlipideminin lipid düşürücüler ile tedavisinin kalp hastalıkları ile ilgili morbidite ve mortaliteyi düşürdüğünü göstermiştir.³⁹⁻⁴¹

Solunum Sistemi

Özellikle dikkat edilmesi gereken en önemli bulgu dispnedir; nedenini bulmak her zaman çok kolay olmayabilir. Anemi, sigara, hareketsiz yaşam biçimine bağlı bedensel kondisyon eksikliği, kalp ya da solunuma bağlı nedenleri olabilmektedir. Bakteriyel pnömoniler ölüm nedenleri arasında ön sıralardadır ve atipik seyredebilir. Solunum sistemi ile ilgili olan herhangi bir yakınmada pnömoni akılda bulundurulmalıdır ve hızla tedaviye başlanmalıdır.⁴²

Uyku apnesinin varlığı da hastanın durumuna göre sorgulanmalıdır. Dinç yaşlılarda erken aşamalarda sorgulanmalıdır; düşkün, orta derecede demanslı ve yaşam sonu dönemi hastalarda her muayene sırasında sorgulanmalıdır.¹⁴

Endokrin Sistem

Tip 2 Diyabet (DM), sıklığı yaşla artan önemli bir hastalıktır.⁴³ Yaşlı hastaların bir kısmında ise tanı konulmamaktadır.⁴⁴ ADDITION çalışmasında 40-69 yaş arasında tarama neticisinde DM olduğu saptanan hastaların mevcut kardiyovasküler risk etmenlerinden bağımsız olarak daha yüksek bir kardiyovasküler riske sahip oldukları belirlenmiştir.⁴⁵ DM olan ve izole sistolik HT'nu tedavi edilen 60 yaş üstü hastalarda kardiyovasküler olaylar %34-69 oranında azalmaktadır.⁴³ DM ve en az bir kardiyovasküler risk etmeni olan hastalarda ramipril ile tedaviden (HT olmasa da) sonra kardiyovasküler olayların %22 ve tüm nedenlere bağlı ölümlerin %16 oranında azalması sözkonusudur.³⁰ DM ilaçları ya da az/yetersiz

besin alımı hipoglisemiye neden olabilmektedir. Diyabetik hastaların mutlaka bu konularda da eğitilmeleri gerekmektedir.⁴

DM'a bağlı komplikasyonlar tüm organ ve sistemleri etkilemektedir. Retinopati, nöropati, nefropati, koroner kalp hastalıkları riskini artırır, yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini olumsuz etkiler. Yoğun glisemik denetimin hangi düzeyinin retinopati ve görme sorunlarının uzun erimli gelişimine etkisi olduğu bilinmemektedir.⁴³ Diyabetik hastanın bu riskler açısından izlenmesi önerilir. Düzenli kan şekeri ölçümleri, idrardan protein kaçağı, göz dibi bakışı ve ayak muayenesi yapılmalıdır. Herhangi bir şüphe durumunda ileri tetkik yapılması önerilir.⁴ Amerikan Diyabet Birliği (ADA), DM taramasını 45 yaş üstünde ve BKİ ≥ 25 kg/m² olan bireylerde önermektedir. Buna ek olarak başka risk etmenlerinin olduğu (hareketsiz yaşam biçimi, birinci dereceden akrabalarda DM öyküsünün varlığı, etnik yatkınlık, makrozomik bebek dünyaya getiren kadın, HT, kardiyak risk etmenleri, polikistik over sendromu, insülin direnci, kardiyovasküler hastalık öyküsü, BGT) durumlarda daha erken yaşlarda önerilir. Açlık kan şekeri ölçümleri risk etmenleri olan hastalarda üç yılda bir yenilenir.⁴⁶

Tirod bezi hastalıkları sıklığı yaşlılık ile doğru orantılı artmaz, ancak TSH değişiklikleri ile kendini gösteren subklinik tiroid hormon değişiklikleri siktir. AAFP toplum düzeyinde TSH taramalarını önermemektedir. Yüksek risk grubunda olan ya da altmış yaş üstü asemptomatik hastalarda değerlendirme önerilmektedir. Risk etmenleri; aile öyküsü olan kadın hastalar, primer tiroid disfonksiyonu, yakınma varlığı, muayenede anormal tiroid bulgusunun varlığı, otoimmün hastalık öyküsü ve tip 1 DM tanısının varlığıdır.⁴⁷ Buna ek olarak yorgunluk, kilo değişiklikleri, anemi, hiperkolesterolemi, hiperkalsemi, atrial fibrilasyonu olan, saçlarda, deride değişiklik gösteren hastalarda, aile öyküsü pozitif olan, daha önce tiroid problemi yaşamış olan, radyasyon öyküsü gibi risk etmeni olan yaşlı hastalarda TSH ile tarama önerilir.^{48,49} Flaherty ve ark. yüksek risk (bakım evinde yaşayanlar, düşkün ve bunamış olanlar) altındaki hastaların TSH ile taramasını önermektedir¹⁴ (Tablo 1).

Sinir Sistemi

Geçici iskemik atak (TİA) ve geçirilmiş inme öyküsü bulunan hastalarda yeni serebrovasküler olay gelişme olasılığı ilk yıl için %13, sonraki yıl için %4 olarak bulunmuştur.⁵⁰ Antiagregan tedavinin etkinliği ispatlanmıştır. Sigara, hipertansiyon, atrial fibrilasyon gibi potansiyel risk etmenlerini azaltılması önerilmektedir.⁴

Demans; sıklığı yaşla artan, günlük hayatı zorlaştıran, hasta ve yakınları için çok ağır sonuçları olan bir hastalıktır. Altmış ile 64 yaş arası hastalarda %1 oranında bulunurken, yaşı 90 üzerinde olan hastalarda sıklığı %30'lara kadar çıkabilmektedir.^{51,52} Ülkemizde yapılan yerel, kesitsel bir çalışmada demansın 70-100 yaş arası bir popülasyondaki prevalans hızı 0.2 bulunmuştur.⁵³ İzmir'de yapılan bir çalışmada ise 65 yaş üzeri nüfusun %22.9'u demans tanısı almıştır.⁵⁴ Demansın en sık nedeni Alzheimer Hastalığı ve vasküler demanstır. Uzak ve yakın hafıza sorunları, konuşma bozuklukları, davranış ve duygudurum bozuklukları ile kendini gösterir. Günlük yaşam etkinliklerini bozar, hasta kendi başına yemek yeme, giyinme, alışveriş yapmakta bile zorlanabilir. İlk muayenede ve yakınmaların varlığında Mini Mental Durum Değerlendirme formu ile tarama sonucunda tanı konabilir (Tablo 1). Saptanması durumunda medikal tedavi, davranış ve oryantasyon düzenlemeleri ile hastanın ve yakınlarının yaşam kalitelerinde düzelleme ve demansın ilerlemesinde yavaşlama görülebilir.⁴ Geri dönüşümlü olabilen sekonder demansiyel durumun en önemli nedenleri hipotiroidizm ve vitamin B12 eksikliğidir, demans tanısı konma aşamasında bunlar incelenmelidir, böylece tedavi edilebilir bir demans durumu gözden kaçmamış olur.

Depresyon sıklığı da yaşla artmaktadır. Sıklığı, toplum içinde yaşayan bedensel olarak sağlam olan yaşlılarda %1 ile %5, bedensel nedenlerle akut olarak hastanede yatanlarda %12, yaşlı bakım evinde kalan bedensel sorunu olan yaşlılarda ise %20 ile %25 arasında bulunmuştur.⁵⁵ Kronik hastalıklar, kayıplar ve sosyal izolasyon nedeni ile yaşlı hastalar depresyona daha yatkındırlar. Özellikle yaşlı erkek hastaların özkıyım riskleri fazladır. İlaç

tedavisi yanı sıra altta yatan olası sosyal ya da medikal nedenler dikkate alınmalıdır. Aile hekimliğine depresif hastalar farklı yakınmalar ile başvurabilmektedirler.⁵⁶ İlk muayenede ve yakınmaların varlığında ayırıcı tanıda depresyon düşünülmeli ve hastalar geriyatrik depresyon ölçeğinin (GDS) yardımı ile değerlendirilmelidir (Tablo 1). İlerleyen yaşta depresyon normal bir varyant olarak kabul edilmemeli, genç hastaya uygulanan tüm tedavi biçimleri yaşlılar için de ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurularak uygulanmalıdır.⁴ Altmış beş yaş üzerinde özellikle beyaz erkeklerde özkıyım riski daha fazla bulunmuştur. Risk etmenleri arasında depresyon, alkolizm, kronik hastalık, boşanma ve erkek cinsiyet bulunmaktadır.⁸

Gastrointestinal Sistem

Ağız sağlığı çerçevesinde ağız ve boğaz muayenesi rutin olmalıdır. Ağızın hijyeni, eksik diş ve dişeti hastalığının varlığı pek değerlendirilmemektedir. Ancak ilerleyen yaşla diş kaybının arttığı, ekonomik ve sosyal nedenlerle (azalan mobilite) bu kayıpların telafi edilemediği bilinmektedir. Bunlara bağlı gelişen çiğneme bozuklukları, sindirim sorunları ve ağrı nedeniyle yemek yiyememe sorunları ortaya çıkar. Diş fırçalama ise zor ayakta durma, el eşgüdümü ve gücünde azalma nedeniyle ihmal edilmektedir.⁵⁷

Yaşlı hastalar bağırsak hareketlerindeki fizyolojik azalma, oturgan yaşam tarzı, immobilizasyon, kullandıkları ilaçların yan etkisi nedeniyle sık tuvalete gitmemek için az sıvı tüketmektedirler. Bunların sonucunda konstipasyon gelişebilir. Bakımevi hastalarında konstipasyon sıklığı %40 bulunmuştur. Enkoprezis sıklığı ise bakımevi ve hastanede kalan yaşlı hastalarda %17 ile %66 arasında değişmektedir.⁵⁸

Kolorektal kanser taraması 50 yaşından sonra herkese önerilmektedir. Kanserin insidansı her yedi yılda bir iki misli artış gösterir. Gaytada gizli kan ve sigmoidoskopi-nin uygulanmasıyla 50-80 yaş arasında mortalitede azalma sağlanmıştır. Kolonoskopik taramanın mortaliteyi %61 oranında azalttığı gösterilmiştir. Gaytada gizli kan tetkiki hastanın durumuna göre yılda bir kez önerilirken,

kolonoskopi sadece dinç olan hastalara her beş yılda bir önerilir (Tablo 1).^{8,14}

Ürogenital Sistem

İdrar inkontinansı, yaşlılarda sık görülür; kadınlarda görülme sıklığı %30'lara çıkabilmektedir.⁵⁹ İnkontinans sosyal izolasyona neden olan önemli bir sağlık sorunudur. İnkontinans tanısı çok kolay konabilir, ancak sorgulanmaz ise hasta tarafından hiç belirtilmeyebilir. Bu nedenle muayenelerde yılda bir kez idrar inkontinansının sorgulanması önerilir.¹⁴ İnkontinansın türünü, yakınmaların şiddetini ve etkilerini değerlendirmek önemlidir. Hastanın öksürürken ya da gülerken mi, idrar kaçırdığı yoksa idrarı geldiğinde tuvalete mi, yetişemediği sorgulanmalıdır. Ürodinamik testlerin birinci basamakta yeri yoktur. Davranışsal düzenlemeler, Kegel alıştırmaları, ilaçlar (alfa adrenerjikler, amitriptilin, HRT), aralıklı kateterizasyon ya da cerrahinin yararları olgudan olguya değişir.^{4,60,61} Antikolinergiklerin aşırı aktif mesanede plaseboya üstünlükleri kanıtlanmıştır.⁶²

Yaşlı hastalarda prostat spesifik antijen taramasının (PSA) yararlılığı hasta ya da bakım veren kişiyle görüşülmelidir. Amerikan Kanser Topluluğu 50 yaşından itibaren PSA tetkikini ve dijital muayeneyi 10 yıllık yaşam beklentisi olan hastalarda önermektedir. USPSTF 75 yaş altında prostat taramalarını önermekte; 75 yaş üzerinde ise tarama yapılmamasını önermektedir.⁶³ Erektile disfonksiyona ilişkin öykü hastanın durumuna göre yılda bir kez sorulmalıdır. Erkek hipogonadizmi de sıklıkla bulunur ve kas zayıflığı ve osteoporoz ile ilişkilidir. Yılda bir kez ADAM (The Androgen Deficiency in Aging Male) tarama testinin yapılması çok yararlı olmaktadır (Tablo 1).¹⁴

Meme muayeneleri hastanın durumuna göre yılda bir kez önerilir. Mamografi, hastanın durumu ve yaşına göre 1-2 yılda bir (Tablo 1),¹⁴ PAP smear ise 70 yaşına kadar 1-3 yılda bir yapılmalıdır. Daha önce hiç PAP smear aldırılmamış olan yaşlı kadınlar için bir yıl arayla üst üste yaptırdıkları iki PAP smear testi yeterlidir (Tablo 1).¹⁴

İskelet Sistemi

Osteoporoz, ilerleyen yaşla, kemik yoğunluğunun azalmasıyla kemik kırılabilirliğinin artışıdır. Osteoporoz 50-84 yaşlarındaki erkeklerin %6 kadınların ise %21'inde görülür.⁶³ Kadınların yaklaşık üçte birinde hayatlarında bir kez osteoporozla bağlı kırık oluşur. Tanıda kemik dansitometrisi önemlidir, ancak tüm yaşlıların tarama amacı ile dansite ölçümü yaptırması pratik bir uygulama değildir. Ailede osteoporozla bağlı kırık öyküsü, sigara kullanımı, kortizon kullanım öyküsü, düşük beden ağırlığı (BKİ 19 kg/m²'nin altında olması) gibi risk etmenleri olan yaşlılar mutlaka taramaya alınmalıdır.⁴ Amerikan Aile Hekimliği Akademisi 65 yaş ve üstü kadınlarda rutin taramayı önermekte, risk etmenlerinin varlığında taramayı 60 yaşa çekmektedir.⁸ Erkeklerde ise risk etmenleri yaş (>70 yaş), düşük beden ağırlığı (BKİ <20-25 kg/m² ya da daha düşük), kilo kaybı (genç yaşlardaki beden ağırlığına göre >%10), oturganlık [günlük bedensel etkinliğin yokluğu (yürüme, merdiven çıkma, ağırlık taşıma, ev ya da bahçe işleri)], oral kortikosteroid kullanımı ve eski frajilite kırıklarıdır. Sigara ve düşük miktarda kalsiyum alımı kemik kütlelerinin azalmasına neden olur. Altmış beş yaşından önce risk etmenleri taranmalıdır. Riski artmış erkek hastaların DEXA ölçümleri yapılmalıdır.⁶⁴ Flaherty ve arkadaşları, hastanın durumuna göre, kanıt bulunmasa da birçok osteoporoz olgusunun gözden kaçabildiği gerekçesiyle 50 yaş ve üstü kadınlar ile 75 yaş ve üstü erkeklerde bir kez tarama önermektedirler (Tablo 1).¹⁴ Koruyucu tedavi düzenli alıştırma, düşmelerin önlenmesi, kilo kontrolü, kalsiyum ve D vitamini ile diyet ve ilaçlardan oluşur.^{4,63,65} 50 yaş ve üzerinde, osteoporozdan korunmak için kalsiyum ve D vitamininin birlikte kullanımı önerilir. Etkin bir tedavi, asgari 1200 mg kalsiyum ve 800 İÜ D vitamininden oluşur.⁶⁶ Amerikan Aile Hekimliği Akademisi, bireylerin 11 yaşından itibaren yeterince kalsiyum almaları için uyarılmalarını önermektedir.⁸

Yeterince protein alımı kas iskelet sistemini güçlendirdiği gibi, yeni kalça kırığı sonrası protein açığının kapatılmasıyla dekübitus ülserleri, anemi, akciğer ve böbrek enfeksiyonlarının sıklığını azaltır.⁶³ Medikal seçenek-

ler arasında Avrupa'da en sık kullanılan raloksifen, bifosfonatlar (alendronat, ibandronat ve risedronat), paratiroid hormonları, stronsiyum ranelat ve HRT bulunmaktadır. HRT kullanımının artışı ve eksisi hastalar ile konuşulmalıdır. Hasta demanslı ve son dönemde ise bakım veren kişiyle görüşülmesi uygundur (Tablo 1).¹⁴ Bu ajanlar D vitamini ve kalsiyum ile birlikte alındığında omurga kırığı riskini, bazıları ise omurga dışı kırık riskini azalttığı (HRT ve stronsiyum renelat) bildirilmiştir.⁶³ Üç yıllık randomize kontrollü bir çalışma kadınlarda 700 İÜ D vitamini ve 500 mg kalsiyum sitrat malat alımının düşmeyi %46 oranında azalttığı bulunmuştur. Erkeklerde bir fark gözlenmemiştir.⁸ Adetten kesilmiş osteopenik kadınlarda statinlerin kalça ve omurga kemik mineral yoğunluğunu anlamlı derecede arttırdığı bildirilmiştir.⁶⁷

Düşme, kemik kırılma oranı artmış, yaşlılarda başta kalça bölgesinde olmak üzere kırıklara neden olabilir. Özellikle yaşlı kadınlarda hastalarda kırıkların yüksek mortalite ve morbidite ile seyretmesi nedeniyle olası riskler, alta yatan nörolojik, kardiyovasküler hastalıklar ve görme sorunları değerlendirilip çözümlenmelidir.⁶⁸ İlk muayenede denge ve yürüyüş mutlaka değerlendirilmelidir.¹⁴ Değiştirilebilir etkenler, görme kusurlarının düzeltilmesi, ilaç tüketiminin azaltılması, ev ortamının düzenlenmesidir (kaygan zemin, engeller, aydınlatma yetersizlikleri, korkuluk). Düşmeler böylece engellenebilse de kırık riskinde azalma saptanamamıştır.⁶³ Kalça koruyucularının özellikle bakım evlerinde kalça kırıklarını önlediği gösterilmiştir.⁶⁹ Ancak bir sistemik analiz aksini söylemektedir.⁷⁰

Artroz ağrı ve eklemlerde hareket kısıtlılığı nedeniyle rahatsızlık veren kronik bir sağlık sorunudur. Tanı öykü, fizik muayene ve gerekirse radyolojik tetkikler ile kolayca konabilir. Her muayenede ayrıca hastanın ağrısı Görsel Analog Ölçek (Visual Analog Scale) ile değerlendirilmelidir. Farklı kurumların rehberleri ve uzman görüşüne dayanan bu öneri ağrıyı beşinci vital bulgu olarak kabul etmektedir.¹⁴ Tedavi ise olgunun ciddiyetine göre alıştırma, fizik tedavi, antiinflamatuvar ilaçlar ve düzeltici operasyonlar olarak planlanabilir.⁴ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) osteoartrozun engelleyici

ci etkilerinin hastaların özbakımı (hasta eğitimi ile uygun ilaç kullanımı, yakınmaları geçirmek için davranış değişikliği sağlamak, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma, yakınmaları nasıl daha hassas yorumlayıp, ifade edebileceklerini öğretme, yeni sosyal ve ekonomik koşullar ile nasıl başa çıkabileceklerini öğretme, normal etkinlikleri sürdürmelerini sağlama ve tedavi kararlarına hastaların katılımını sağlama), fizik ve iş terapisi ve cerrahi (diz replasmanı hastanın yaşam kalitesini artırır) ile azaltılabileceğini göstermiştir.⁷¹

Sonuç

Birinci basamak hekimlerinin, yaşlı hastalarının davranışlarını değiştirme konularındaki etkinliği bilinmektedir. Özellikle sosyal izolasyon, egzersiz alıştırma süreleri ve kendi kendini değerlendirmede hastalarda olumlu gelişmeler saptanmıştır.^{72,73} Yaşlı hasta değerlendirmesinde ayrıntılı bir genel muayenenin yanı sıra yaşlılığın önemli sorunları olan, demans, depresyon, inkontinans, düşme ve immobilitate özellikle değerlendirilmelidir.

İngiltere'de 1990 yılında birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 75 yaş üzeri nüfusun yıllık periyodik değerlendirilmelerine başlanmıştır. Olası komplikasyonları ve bağımlılık riskini önlemede, doktora başvuracak kadar önemli bulunmayan yakınmaların tespiti ve giderilmeleri bakımından bu sağlık taraması faydalı bulunmuştur.⁷⁴

Ülkemizde bu özel risk grubuna yönelik taramalara öncelik verilmesi yaşlılarımızın yaşamlarını sağlıklı ve bağımsız biçimde sürdürmelerine yararlı olacaktır. Ülkemizde var olan birinci basamak sağlık hizmetleri kapasitesinin bu doğrultuda anlamlı biçimde kullanımı bu sorunun üstesinden gelinmesini sağlayacaktır. Yaşlı dostu birincil bakım merkezi konsepti bu sorunların aşılmasında yardımcı olabilecek önemli bir araç konumundadır. Yapılacak bu müdahale sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan, hekime gidecek gücü kendinde bulamayan, sıklıkla sağlık hizmetlerinin aksayabildiği kırsalda yaşayan yaşlı hastaların yaşam kalitelerini arttırmaya aday bir uygulamadır.

10 dakikalık kapsamlı tarama

İsim _____ Tarih ___ / ___ / ___ Kadın/Erkek _____

Hafıza

1. Eğitim : "3 tane nesneye isim vereceğim: kalem, kamyon, kitap. Şimdi ve daha sonra yeniden bir dakika sonra nesnelerin isimlerini tekrarlamamızı isteyeceğim. Lütfen nesnelere hatırlamayı deneyin."

Bunu fiziksel fonksiyonel kapasite üzerine olan soruyu sorduktan sonra kaydet (madde 4)

Tüm 3 nesnenin ismini verdi mi? Evet _____ Hayır _____

Pozitif değerlendirme: Hayır.*Eğer pozitif değerlendirme varsa; hafıza kaybının tedavisi için kliniğe yönlendirin***Üriner İnkontinans**

1. Sorun "Geçen yıl içinde hiç idrar kaçırdınız mı veya ıslandınız mı?"

Evet _____ Hayır _____

Eğer evetse diğer soruyu sorun

2. "Geçen hafta içinde idrar kaçırdınız mı?"

Pozitif değerlendirme: her iki sorunun cevabı evet*Eğer pozitif değerlendirme varsa; idrar inkontinansının tedavisi için kliniğe yönlendirin***Depresyon**

1. Sorun " Sık sık üzgün hisseder ve kederli olur musunuz?" Evet _____ Hayır _____

Pozitif değerlendirme: Evet*Eğer pozitif değerlendirme varsa; depresyonun tedavisi için kliniğe yönlendirin***Fiziksel Fonksiyonel Kapasite (immobilité)**

Sorun "... yapabilir misiniz?"

- | | | |
|--|------------|-------------|
| 1. Otobüse yetişmek için hızlı yürüyebilir veya koşabilir misiniz? | Evet _____ | Hayır _____ |
| 2. Evinizde cam, duvar, yer silmek gibi ağır işler yapabilir misiniz? | Evet _____ | Hayır _____ |
| 3. Market için veya kıyafet için alışverişe gidebilir misiniz? | Evet _____ | Hayır _____ |
| 4. Yürüyerek gidilebilecek uzaklıktaki yerlere gidebilir misiniz? (araba,otobüs) | Evet _____ | Hayır _____ |
| 5. Küvet veya duşla mı banyo yapabilirsiniz? | Evet _____ | Hayır _____ |
| 6. Gömleğinizi, düğme fermuarını, ayakkabılarınızı giyebilirsiniz mi? | Evet _____ | Hayır _____ |

Pozitif değerlendirme (her biri için): Yapamıyor veya başkasının yardımı ile yapabiliyorsa.*Eğer pozitif değerlendirme varsa, düşmeler ve immobilité tedavisi için kliniğe yönlendirin***Hastaya yukarıdaki 3 nesneyi hatırlatıp tamamlatın**

1. 3 nesneyi tekrar sorun. 1) _____ 2) _____ 3) _____

Düşmeler

1. Geçen 12 ayda 2 veya daha fazla düştünüz mü? Evet _____ Hayır _____

Düşmeler için pozitif değerlendirme: Evet.

Eğer hayırsa aşağıdakine devam edin :

2. Eğitim: "Sandalyeden kaldırın, tutunmadan sandalye etrafında yürütün"

Yapabiliyor mu: Evet _____ Hayır _____ Düzensiz mi: Evet _____ Hayır _____

Düşmeler için pozitif değerlendirme: Evet.*Değerlendirme pozitifse, düşmeler ve immobilité tedavisi için kliniğe yönlendirin***İlave genel problemler****Beslenme**

1. Geçen 6 ayda kilonuzda bir değişiklik dikkatinizi çekti mi? Evet _____ Hayır _____ (Kültürel olarak makûlse alternatif

Artma _____ kg Azalma _____ kg (son vizite kaydedilmişse)

sortuya izin verin)

Kayıt: Tarih ___ / ___ / ___ Bugünkü kilo _____ kg.

*Eğer sorun varsa, hasta dostu sağlık kurumuna yönlendirin***İşitme**

1. Kişinin arkasına geçin ve sizin söylediğinizi tekrar etmesini söyleyin - 6, 1, 9; (yumuşakça ve normal sesle)

Yumuşak: Sağ kulak _____ Sol kulak _____

Normal: Sağ kulak _____ Sol kulak _____

Pozitif değerlendirme: Hastanın 1 kulağı veya her 2 kulağı da duymuyorsa (veya 2 negatifin herhangi bir kombinasyonunda)**Görme** *Eğer sorun bulunmuşsa ve sevk için uygunsuzsa doktoru bilgilendirin*

1. Sorun: "Görme nedeniyle okumakta veya günlük işlerinizi yapmakta zorlanıyor musunuz?" (gözlük varken bile)

Pozitif değerlendirme: Evet.

2. Eğer pozitif değerlendirme varsa SNELLEN göz eşeline sorarak tamamlatın (gözlüksüz ve sonra gözlüklü)

Sağ-göz _____ Sol-göz _____

*Moore Alison, et al. A Randomized Trial of Office-based Screening for Common Problems in Older Persons. The American Journal of Medicine 1997; 102: 371-8'den uyarlanmıştır.***Ek 1.** 10 dakikalık kapsamlı tarama testi

Kaynaklar

1. Tufan I. Türkiye'nin yaşlılık yükü gerçekten hafif midir? Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. Antalya, Gero Yay, 2007.
2. Yaman H. Yaşlılarda sporun fizyolojik fonksiyon kaybına etkisi. *Geriatrî* 2003; 6: 142-6.
3. Active Ageing-A Policy Framework. Geneva: WHO. 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim tarihi: 15.08.2008.
4. Sandholzer H, Keyser M, Fischer GC. Ambulantes geriatrisches Assessment in der allgemeinärztlichen Sprechstunde- Wie häufig werden therapeutische Konsequenzen gezogen? *Notfall & Hausarztmedizin* 2007; 33: 20-3.
5. Yaman H, Akdeniz M, Kanevetçi Z. Ülkemizde beklenen demografik değişime hazırlık: Yaşlı dostu birincil bakım merkezleri. *RNA Aile Hekimliği Dergisi* 2008; 2: 14-21.
6. Dünya Sağlık Örgütü. Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri Enstrümanı. 2008. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi 12.11.2008.
7. van Schayck OC, Pinnock H, Ostrem A ve ark. IPCRG Consensus statement: tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Prim Care Respir J*. 2008; 17: 185-93.
8. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric screening and preventive care. *Am Fam Physician* 2008; 78: 206-15.
9. Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. Trans fatty acids and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2006; 354: 1601-13.
10. Knuops KT, de Groot LC, Kromhout D ve ark. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292: 1433-9.
11. Sandholzer H, Hellenbrand W, Ranteln-Kruse W ve ark. STEP-Standardized assessment for elderly people in primary care- Europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte präventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 183-226.
12. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events, January 2002.. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>. Accessed July 28, 2008.
13. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 2001; 285: 2750-6.
14. Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The development of outpatient clinical glidepaths. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1886-1901.
15. Reidy A, Minassian DC, Vafidis G ve ark. Prevalence of serious eye disease and visual impairment in a north London population: population based, cross sectional study. *BMJ* 1998; 316: 1643-6.
16. Debbie A, Lawlor RP, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 712-7.
17. Smeeth L, Iliffe S. Community screening for visual impairment in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19: 3. CD001054.
18. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. Screening for Hearing Impairment in Older Adults. 1996. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat3.section.10931#13811>. Erişim tarihi: 28.07.2008.
19. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ* 2003; 327: 967.
20. Mulrow C, Lau J, Cornell J, Brand M. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 1998, 2: CD000028. DOI: 10.1002/14651858.
21. Nigel S Beckett, Ruth Peters, Astrid E Fletcher ve ark. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887-98.
22. Murphy NF, Simpson CR, Jhund PS ve ark. A national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of atrial fibrillation in Scotland. *Heart* 2007; 93: 606-12.
23. Heeringa J, van der Kuip DAM, Hofman A ve ark. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Eur Heart J* 2006; 27: 949-53.
24. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. *Stroke* 1991; 22: 983-8.
25. Hellemons BSP, Langenberg M, Lodder J ve ark. Primary prevention of arterial thromboembolism in non-rheumatic atrial fibrillation in primary care: randomised controlled trial comparing two intensities of coumarin with aspirin. *BMJ* 1999; 319: 175-8.
26. Mant J, Hobbs FD, Fletcher K ve ark. BAFTA investigators; Midland Research Practices Network (MidReC). Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 493-503.
27. Stroke prevention in atrial fibrillation study: final results. *Circulation* 1991; 84: 527-39.
28. Fitzmaurice DA, Hobbs FD, Jowett S ve ark. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 335: 355-6.
29. Domanski MJ, Exner DV, Borkowf CB, Geller NL, Rosenberg Y, Pfeffer MA. Effect of angiotensin converting enzyme inhibition on sudden cardiac death in patients following acute myocardial infarction. A meta-analysis of randomized clinical trials. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 598-604.
30. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Davies R, Dasenas G. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-53.
31. Cucherat M. Quantitative relationship between resting heart rate reduction and magnitude of clinical benefits in post-myocardial infarction: a meta-regression of randomized clinical trials. *Eur Heart J* 2007; 28: 3012-9.
32. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM. Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. *BMJ* 1998; 316: 1400-1.
33. Dewhurst G, Wood DA, Walker F ve ark. A population survey of cardiovascular disease in elderly people: design, methods and prevalence results. *Age Ageing* 1991; 20: 353-60.
34. Hanna IR, Wenger NK. Secondary prevention of coronary heart disease in elderly patients. *Am Fam Physician* 2005; 71: 2289-96.
35. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006; 27: 1341-81.
36. Duprez DA. Pharmacological interventions for peripheral artery disease. *Expert Opin Pharmacother* 2007; 8: 1465-77.
37. Leng GC, Price JF, Jepson RG. Lipid-lowering for lower limb atherosclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000123.
38. Leng GC, Fowler B, Ernst E. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000990.
39. Aronow WS. Treatment of high-risk older persons with lipid-lowering drug therapy. *Am J Ther* 2008; 15: 102-7.
40. ATP III Update 2004: Implications of Recent Clinical Trials for the ATP III Guidelines. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04.htm> Erişim tarihi: 10.08.2008.

41. Henyan NN, Riche DM, East HE, Gann PN. Impact of statins on risk of stroke: a meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2007; 41: 2055-7.
42. Horsley JR, Sterling IJ, Waters WE, Howel JB. Respiratory symptoms among elderly people in the New Forest area as assessed by postal questionnaire. *Age Ageing* 1991; 20: 325-31.
43. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008; 148: 846-54.
44. Crosson SC, Burden AC, Bodington M, Botha JL. The prevalence of diabetes in elderly people. *Diabet Med* 1991; 8: 2831.
45. Sandbaek A, Griffin SJ, Rutten G ve ark. Stepwise screening for diabetes identifies people with high but modifiable coronary heart disease risk. The ADDITION study. *Diabetologia* 2008; 51: 1127-34.
46. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2008. *Diabetes Care* 2008; 31: 12-54.
47. Wilson GR, Curry RW Jr. Subclinical thyroid disease. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1517-24.
48. Brochmann H, Bjoro T, Gaorder P ve ark. Prevalence of thyroid dysfunction in elderly subjects. *Acta Endocrin* 1998; 117: 7-12.
49. Knudsen N, Jorgensen T, Rasmussen S ve ark. The prevalence of thyroid dysfunction in a population with borderline iodine deficiency. *Clin Endocrinol* 1999; 51: 361-7.
50. Anderson CS, Jamrozik KD, Burvil PW, Chakera TM, Johnson GA, Stewart Wynne EG. Ascertaining the true incidence of stroke: experience from the Perth Community Stroke Study. 1989-1990. *Med J Aust* 1993; 158: 80-4.
51. Hofman A, Rocca WA, Brayne C ve ark. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-48.
52. Lobo A, Lavner LJ, Fratiglioni L ve ark. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54: 4-9.
53. Gurvit H, Emre M, Tinaz S ve ark. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008; 23: 67-76.
54. Keskinoglu P, Giray H, Picakciefie M, Bilgic N, Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 43: 93-100.
55. Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 235-51.
56. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999; 318: 436-9.
57. Davies R, Bedi R, Scully C. ABC of oral health: Oral health care for patients with special needs. *BMJ* 2000; 321: 495-8.
58. Romero Y, Evans JM, Fleming KC, Phillips SF. Constipation and faecal incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 81-92.
59. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics and study type. *JAG* 1998; 46: 473-80.
60. Wagg A, Cohen M. Medical therapy for the overactive bladder in the elderly. *Age Ageing* 2002; 31: 241-6.
61. Nabi G, Cody JD, Ellis G, Herbison P, Hay-Smith J. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18: CD003781.
62. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Screening for Prostate Cancer. August, 2008. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/prostate/prostatesum.pdf>. Erişim tarihi: 12.08.2008.
63. Kanis JA, Burlet N, Cooper C ve ark. European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2008; 19: 399-428.
64. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R Jr, Forcica MA, Owens DK. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Screening for osteoporosis in men: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 148: 680-4.
65. O'Neill S, MacLennan A, Bass S ve ark. Osteoporosis Australia Medical Scientific Committee. Guidelines for the management of postmenopausal osteoporosis for GPs. *Aust Fam Physician* 2004; 33: 910-9.
66. Tang BM, Eslick GD, Nowson C, Smith C, Bensoussan A. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. *Lancet* 2007; 370: 657-66.
67. Uzzan B, Cohen R, Nicolas P, Cucherat M, Perret GY. Effects of statins on bone mineral density: a meta-analysis of clinical studies. *Bone* 2007; 40: 1581-7.
68. Woolf AD, Åkesson K. Preventing fractures in elderly people. *BMJ* 2003; 327: 89-95.
69. Sawka AM, Boulos P, Beattie K, ve ark. Hip protectors decrease hip fracture risk in elderly nursing home residents: a Bayesian meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 336-44.
70. Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 571-4.
71. Managing Osteoarthritis: Helping the Elderly Maintain Function and Mobility. AHRQ-REsearch in Action. 2002. vol 4. <http://ahrq.hhs.gov/research/osteoria/osteoria.pdf>. Erişim tarihi: 11.08.2008.
72. Kerse NM, Flicker L, Jolley D, Arroll B, Young D. Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. *BMJ* 1999; 319: 683-7.
73. Beswick AD, Rees K, Dieppe P ve ark. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725-35.
74. McGarry J, Arthur A. Can over-75 health checks identify unmet need? *Nursing Standard* 1999; 13: 37-9.

Geliş tarihi: 13.08.2008

Kabul tarihi: 06.12.2008

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Hakan Yaman

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya

e-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr