

Yaşlı Hastada Anamnez ve Fizik Muayene

Teslime Atlı¹, Volkan Atmış²

¹ Özel Güven Hastanesi, Geriatri Kliniği, Ankara

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Anabilim Dalı, Ankara

Yaşlı hastanın değerlendirmesi genellikle standart bir tıbbi değerlendirmeden farklıdır. Yaşlı hastalar için, özellikle çok yaşlı, çok hastalığı olanlar ve çok ilacı olanların, anamnez ve fizik muayenesinin çok zaman alacağından farklı zamanlarda iki seans olarak yapılması gerekebilir. Yakınlarından da ayrıca bilgi alınması gerekir (1).

Yaşlı hastanın ortalama altı tanısı vardır ve birinci basamak hekimleri çoğu zaman bu hastalıkların bazılarının farkında değildir. Bir organ sistemindeki bir bozukluk, bir başka sistemi etkileyebilir. Çoklu sorunlar tanıyı ve tedaviyi karmaşıklaştırır ve bu sorunların etkileri, sosyal dezavantaj, yoksulluk ve fonksiyonel ve finansal problemler ile çoğalır. Bu tip çoklu sorunu veya hastalığı olanlarda tedaviler iyi entegre edilmelidir; bir soruna odaklanıp diğerlerini düşünmeden tedaviyi planlamak kötüleşmeyi hızlandırabilir. Ayrıca, iyatrojenik sonuçları önlemek için dikkatli takip gereklidir. Klinisyenler, aynı zamanda, çoklu organ sistemlerinin bozukluklarından kaynaklanabilecek geriatrik semptomlara (deliryum, baş dönmesi, senkop, düşme, mobilite sorunları, kilo veya iştah kaybı, üriner inkontinans) özellikle dikkat etmelidirler (2).

Yaşlı hastanın uygun şekilde ve zaman ayrılarak değerlendirilmemesi atlanmış veya gecikmiş tanı koyma, polifarmasi, fonksiyonel yetersizlikler ve bakımveren problemlerine neden olur (3). Hastanın değerlendirmesi sırasında yaşlıda sık görülen geriatrik sendromların da ayrıntılı değerlendirilmesi gerekir (4).

ANAMNEZ

Yaşlı hastalarla görüşme ve değerlendirme çoğunlukla değerlendirmenin kalitesini azaltacak ve engelleyecek eşlik eden durumların varlığında gerçekleşir. Görüşme sırasında aşağıdakiler dikkate alınmalıdır:

Duyusal bozukluklar: Görüşme sırasında iletişimi kolaylaştırmak için eğer hasta kullanıyorsa takma dişlerin, gözlüklerin veya işitme cihazları kullanılması faydalıdır. Yeterli ışıklandırma, görsel veya işitsel dikkat dağınıklığına sebep olabilecek uyaranların ortadan kaldırılması da yardımcı olur (5).

Semptomların eksik bildirim: Yaşlı hastalar normal yaşlanmanın bir sonucu olarak gördükleri problemleri (dispne, işitme veya görme bozuklukları, hafıza problemleri, inkontinans, yürüme bozukluğu, kabızlık, baş dönmesi, düşme) söylememe eğiliminde olabilirler. Bununla birlikte, kapsamlı bir değerlendirme yapılmadıkça ve diğer olası nedenler ortadan kaldırılmadıkça, hiçbir semptom normal yaşlanmaya atfedilmemelidir (6).

Hastalıkların atipik prezentasyonları: Yaşlılarda, bir hastalığın tipik belirtileri olmayabilir. Bunun yerine, yaşlılar nonspesifik semptomlarla (yorgunluk, konfüzyon, iştahsızlık, düşme, kilo kaybı) başvurabilirler (7).

Tek şikayet olarak fonksiyonel bozulma: Hastalıklar yalnızca fonksiyonel bozulma olarak ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda standart sorular geçerli olmayabilir. Örneğin eklem semptomları sorulduğunda, şiddetli artritli hastalar ağrı, şişlik veya sertlikten şikayet etmeyebilir, ancak yürümekten kaçındıklarını söyleyebilirler. Fonksiyonel bozulmanın süresiyle ilgili sorular (örneğin; kendi alışverişinizi ne kadar süredir yapmıyorsunuz?) yararlı bilgiler sağlayabilir. Günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorluk tanımlamak, yaşlının belkide düzeltilebilir bir sorununun habercisi olabilir (6).

Bellek bozukluğu: Hastalar geçmiş hastalıkları, hastaneye yatmaları, ameliyatları ve ilaç kullanımını doğru olarak hatırlayamayabilir. Klinisyenler bu verileri başka bir yerden (örneğin; aile üyelerinden, evde sağlık yardımcılarından veya tıbbi kayıtlardan) elde etmek zorunda kalabilirler (8).

Korku: Yaşlılar, semptomlarını söylemede isteksiz olabilirler, çünkü hastaneye yatmayı ölümle özdeşleştirmiş olabilirler. Kötü bir tanı konmasından korkabilirler (8).

Yaşa bağlı bozukluklar ve problemler: Depresyon, yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, ya da altta yatan hastalığa bağlı huzursuzluk yaşlının isteksiz yanıt vermesine sebep olabilir. Kognitif bozukluğu olan hastalar problemlerini tariflemeye güçlük çekebilirler (8).

Görüşme

Hekimin yaşlı hastanın günlük endişeleri, sosyal koşulları, zihinsel işlevi, duygusal durumu ve refah duygusu hakkındaki bilgisi, görüşmeyi yönlendirmeye yardımcı olur. Hastalardan tipik bir günlerini anlatmalarını istemek, yaşam kalitesi ve zihinsel ve fiziksel işlevleri hakkında bilgi edinilmesini sağlar. Bu yaklaşım özellikle ilk görüşmede yararlıdır. Hastalara kişisel önemi olan şeyler hakkında konuşmak için zaman verilmelidir. Hekim ayrıca, hastaların düşme korkusu gibi belirli endişeleri olup olmadığını da sormalıdır. Ortaya çıkan uyum, hekimin hasta ve aile üyeleriyle daha iyi iletişim kurmasına yardımcı olabilir (6).

Hastanın anlattıklarının güvenilirliğini belirlemek için görüşmede erken bir zihinsel durum muayenesi gerekli olabilir. Bu muayene, hastanın utandırılmamasına, rahatsız edilmemesine veya savunmasız kalmaması için dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Sözel ve sözel olmayan ipuçları (hikayenin anlatılma şekli, konuşma temposu, ses tonu, göz teması) psikolojik ve mental sağlık hakkında bilgi sağlayabilir. Kıyafetlerin veya protezlerin uyumundaki değişiklikler kilo değişimleri açısından not etmelidir (9).

Mental durumu bozuk olmadığı sürece hastayla yalnız görüşülmelidir. İşlevsellik, zihinsel durum ve duygusal durum hakkında farklı bir bakış açısı sunan bir akraba veya bakıcı ile daha sonar görüşmek gerekebilir. Bu görüşmeler hasta ile beraber veya hasta olmadan yapılabilir. Bir akraba veya bakıcı ile görüşmeden önce hastanın iznini istemelidir ve bu görüşmelerin rutin olduğunu açıklanmalıdır. Hasta ve bakım verenleri değerlendirilirken ilaç yanlış kullanımı ve yaşlı istismarı göz önünde bulundurulmalıdır (9).

Tıbbi Hikaye ve Ayrıntılı Sistem Sorgulaması

Tıbbi hikaye alınırken eskiden daha sık görülen hastalıkları (romatizmal ateş, poliomyelit, sifilis, tüberküloz) ve güncel olmayan tedavileri de sorgulamak gerekir. Aşı öyküsü (tetanoz, grip, pnömokok), aşı yan etkileri sorgulanmalıdır. Hastalar ameliyat olduklarını hatırlayıp ne ameliyatı olduklarını hatırlayamazsa, mümkünse tıbbi kayıtlara ulaşılmalıdır (8).

Yaşlı hastada ayrıntılı sistemik gözden geçirme yapmalıdır. Hastaların vurgulamayı unuttuğu ancak önemli olabilecek semptomlar herhangi bir sistemi veya vücudun herhangi bir bölgesini atlanmadan sorgulanmalıdır (**Tablo 1**).

1. İlaç Hikayesi

Hastanın ayrıntılı ilaç hikayesi ayrıntılı olarak kaydedilmeli, son tedavi şekli yazılarak hastaya ve bakım verene birer kopya verilmelidir. Şunları içermelidir: kullanılan ilaçlar, dozları, dozlama rejimi, ilaç başlayan bilgisi, ilaç kullanma sebebi, ilaç allerjisi. Kullanılan ilaçların hepsi kaydedilmelidir (topical ilaçlar, reçetesiz ilaçlar, diyet takviyeleri, bitkisel ürünler). Hasta veya aile üyelerinin, yukarıdaki tüm ilaçları ve takviyeleri ilk ziyarette ve daha sonraki görüşmelerde periyodik olarak getirmeleri istenmelidir. Doğru kullanım açısından, ilk ve sonraki ziyaretler sırasında tablet sayısının sayılması gerekli olabilir. Hasta dışıda biri ilaçları yönetirse, bu kişi ile görüşülebilir (1). Hastalardan, ilaçları nasıl tanıdıklarını anlatması istemelidir (etiketleri, şekilleri veya kutularından). Hastalara ilaçlarını ambalajlardan çıkarıp tek bir kaba koymamaları tavsiye edilmelidir. Alkol, tütün ve bağımlılık yapıcı ilaç kullanımı sorgulanmalıdır.

2. Beslenme Hikayesi

Yaşlıda beslenme çok önemlidir. Yediklerinin türü, miktarı ve sıklığı belirlenir. Günde iki veya daha az öğün tüketen hastalar yetersiz beslenme riski altındadır. Önerilen özel diyetler (düşük tuz, düşük karbonhidrat) veya kendi kendine başlanılan diyetler,

| Tablo 1. Yaşlı hastada önerilen ayrıntılı sistemik sorgulama. | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Sistem veya bölge | Semptom | Olası sebepler |
| Deri | Kaşınma | Allerjik reaksiyon, kanser, cilt kuruluğu, hipertiroidizm, sarılık |
| Baş | Ağrı | Endişe, servikal osteoartrit, depresyon, dev hücreli arterit, kanser |
| Gözler | Karanıkta parlama | Katarkt, glokom |
| | Santral görme kaybı | Maküler dejenerasyon |
| | Yakın görme kaybı | Lens akomodasyonunda bozukluk |
| | Periferik görme kaybı | Glokom, retina dekolmanı, inme |
| Kulak | İşitme kaybı | Serumen, akustik nörinom, yabancı cisim, ilaca bağlı ototoksisite |
| | Yüksek frekanslı sesleri duyma kaybı | Presbiakuzi |
| Ağız | Yama hissi | Pernisiyöz anemi, stomatit |
| | Takma diş ağrısı | Takma diş oturmaması |
| | Kuru ağız | Otoimmün hastalıklar, dehidratasyon, ilaçlar (TCA, antihipertansifler, diüretikler, psikoaktif ilaçlar), radyasyon veya enfeksiyona ikincil tükürük bezi hasarı |
| | Dil hareket kısıtlılığı | İnme, oral kanser |
| | Tat alma bozukluğu | Adrenal yetmezlik, ilaçlar, ağız veya burun enfeksiyonları, kserostomi, sigara |
| Boğaz | Disfaji | Endişe, kanser, özefagus striktürü, yabancı cisim |
| | Ses değişikliği | Hipotiroidizm, reküren larinjeal sinir disfonksiyonu, vokal kord tümörü |
| Boyun | Ağrı | Servikal artrit, karotis ve vertebral arter diseksiyonu, PMR |
| Göğüs | Efor dispnesi | KOAH, fonksiyonel bozukluk, kanser, kalp yetmezliği, enfeksiyon |
| | PND | Reflü, kalp yetmezliği |
| | Ağrı | Anjina pektoris, anksiyete, aort diseksiyonu, kostokondrit, özefagus motilite bozuklukları, reflü, herpes zoster, MI, plevral effüzyon, pnömoni |

| Tablo 1. Yaşlı hastada önerilen ayrıntılı sistemik sorgulama (devamı). | | |
|---|--|---|
| Sistem veya bölge | Semptom | Olası sebepler |
| Gastrointestinal | Kabızlık | Kolorektal kanser, dehidratasyon, ilaçlar, hiperkalsemi, hipokalemi, hipotiroidizm, düşük lifli diyet |
| | Kabızığa eşlik eden ağrı, kusma ve aralıklı ishal | Fekal impakt, barsak tıkanıklığı |
| | Fekal inkontians | Serebral disfonksiyon, fekal impakt, rektal kanser, spinal kord hasarı |
| | Alt abdominal ağrı | Divertikülit, gastroenterit, iskemik kolit, tıkanıklık |
| | Postprandiyal ağrı | Kronik intestinal iske mi |
| | Rektal kanama | Kolon anjyodisplazisi, kolon kanseri, divertiküloz, hemoroid, iskemik kolit |
| Genitoüriner | Sık işeme, damlama, akım azlığı | BPH, konstipasyon, ilaçlar, retansiyon, enfeksiyon |
| | Ateş eşlik eden veya etmeyen dizüri | Prostatit, üriner system enfeksiyonu |
| | Poliüri | D iabetes mellitus,Diabete insipitus, diüretik |
| | Inkontinans | Sistit, fonksiyonel bozulma, spinal kord disfonksiyonu, inme, retansiyon |
| Kas-iskelet | Sırt ağrısı | Abdominal aort aevrizması, kompresyon kırığı, enfeksiyon, metastatik kanser, multiple myelom, osteoartrit, paget hastalığı, pyelonefrit |
| | Proksimal kas ağrısı | Myopati, polimiyalji romatika, statin |
| Ekstremiteler | Bacak ağrısı | Geçici klau dikasyon, gece krampları, osteoartrit, radikülopati |
| | Ayak bileği şişliği | Kalp yetmezliği (bilateral), hipoalbuminemi, renal yetmezlik, venöz yetmezlik |
| Nörolojik | Ateş eşlik eden mental durum değişikliği | Delirium, ensefalit, menejit, sepsis |
| | Ateş eşlik etmeyen mental durum değişikliği | Akut hastalık, kognitif disfonksiyon, fekal impact, delirium, depresyon, ilaç, paranoya, üriner retansiyon |
| | İnce motor beceri gerektiren işlerde beceriksizlik | Artrit, parkinsonism, esansiyel tremor |

Tablo 1. Yaşlı hastada önerilen ayrıntılı sistemik sorgulama (devamı).

| Sistem veya bölge | Semptom | Olası sebepler |
|-------------------|--|--|
| | Yemeklerde aşırı terleme | Otonom nöropati |
| | Bilinç kaybı olmadan düşme | Bradikardi, nöropati, ortostatik hipotansiyon, postural instabilite, taşikardi, geçici iskemik atak, görme bozukluğu |
| | Titreme ve yürüme bozukluğu | Parkinson sendromları |
| | Parmaklarda karıcalama ve uyuşukluk | Karpal tünel sedromu, periferik nöropati, spondilolitik servikal miyopati |
| | Uyku bozuklukları | Endişe, depresyon, ilaçlar, ağrı, parkinsonizm, huzursuz bacak sendromu, uyku apnesi |
| | Senkop | Aort stenozu, aritmi, hipoglisemi, ortostatik hipotansiyon |
| | Konuşma, kas gücü, duyuşal veya görmede geçici bozulma | Geçici iskemik atak |
| | Tremor | Alkol, SSS bozukluğu, esansiyel tremor, hipertroidizm |

diyette alınan lif miktarı ve reçeteli veya reçetesiz kullanılan vitaminler, kilo kaybı ve kıyafetlerde uyum değişikliği, yemek için harcadıkları para miktarı, gıda maddelerine erişilebilirlik, gıdaların çeşitliliği ve tazeliği açısından sorgulanmalıdır (10).

Yemekleri çiğneme ve yutma fonksiyonları değerlendirilir. Yaşlılarda yaygın olan kserostomi ve/veya diş problemleri yemek yemeye engel olabilir. Azalmış tat veya koku duyusu yeme zevkini azaltabilir, bu nedenle hastalar daha az yiyebilir. Görme azalması, artrit, hareketsizlik veya titremesi olan hastalar yemek hazırlamakta zorluk çekebilir ve yemek pişirirken kendilerini yaralayabilir veya yanabilir. Üriner inkontinans konusunda endişelenen hastalar sıvı alımını azaltabilirler (10).

3. Psikolojik Sağlık Hikayesi

Yaşlı hastalarda psikolojik sorunlar kolaylıkla saptanamayabilir. Daha genç hastalarda, uykusuzluk, uyku düzenindeki değişiklikler, kabızlık, bilişsel işlev bozukluğu, iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, bedensel işlevler ile meşguliyet, artan alkol tüketimi bir psikolojik soruna işaret ederken, yaşlılarda başka hastalığa ikincil de olabilir. Üzüntü, umutsuzluk ve ağlama epizodları depresyona işaret edebilir. Sinirlilik depresyonun birincil affektif semptomu olabilir veya hastalar bilişsel işlev bozukluğu ile ortaya çıkabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu yaşlı hastalarda karşılaşılan en yaygın mental bozukluktur ve sıklıkla depresyon eşlik eder. Hastalar sanrılar ve halüsinasyonlar, geçirilmiş

psikiyatrik hastalıklar (psikoterapi, yatış öyküsü ve elektrokonvülsif terapi), psikoaktif ilaçların kullanımı ve durumdaki son değişiklikler hakkında sorgulanmalıdır. Sevilen birinin yakın zamanda kaybedilmesi, işitme kaybı, ikamet ya da yaşam durumundaki değişiklik, bağımsızlık kaybı gibi birçok durum depresyona katkıda bulunabilir. Hastaların kişisel yaşlanma, sağlık ve ölüm gibi korkulara bakış açıları da dahil olmak üzere, ruhsal ve dini tercihleri açıklığa kavuşturulmalıdır (11).

4. Fonksiyonel Durum Değerlendirme

Hastaların bağımsız olarak yaşayabilirlikleri, temel yaşam aktiviteleri veya enstrümental yaşam aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları veya bu desteğe ne kadar ihtiyaç duydukları ülkemizde de geçerli ölçekler ile değerlendirilmelidir (8,12).

5. Sosyal Hikaye

Hastanın yaşam düzeni hakkında, özellikle nerede ve kimlerle yaşadıkları, merdiven , asansör olup olmadığı ve ulaşmaları hakkında bilgi edinmelidirler. Bu faktörler, yaşlıların yiyecek, sağlık bakımı ve diğer önemli kaynaklara ulaşabilmesini etkiler. Bir ev ziyareti düzenlenmesi zor olsa da, kritik bilgi sağlayabilir. Örneğin; buzdolabının içeriklerinden ve banyonun durumundan hastanın günlük yaşam aktivitesi, beslenmesi ve destek ihtiyacı hakkında bir çok bilgi sahibi olabillir. Hastanın medeni durumu, aile ve sosyal ilişkileri, bakıcı ve destek olan kişiler olup olmadığı, eğitim seviyesi, çalışmış olduğu işler, ekonomik durumu, radyoaktivite veya asbest ile ilgili bilinen maruziyetler ve güncel ve geçmiş hobiler hakkında sorular sorulmalıdır (2).

FİZİK MUAYENE

Muayene hasta daha odadan içeri girerken başlamalıdır. Hastayı ve hareketlerini gözlemlemek (muayene odasına girmesi, sandalyeye oturması ya da bir sandalyeden kalkması, kıyafetlerini giyip çıkarması) işlevleri hakkında değerli bilgiler sağlayabilir. Kişisel hijyeni zihinsel durum ve özbakımı hakkında bilgi sağlayabilir (12).

Hasta acele ettirilmemli, soyunma ve muayene masasına transfer için gerekli süre verilmelidir. Muayene masası hastanın kolayca çıkabileceği bir yüksekliğe ayarlanmalı, kırılğan hastalar üzerinde yalnız bırakılmamalıdır (12).

Hastaların genel görünümünü (rahat, huzursuz, yetersiz beslenen, dikkatsiz, soluk, dispneik, siyanotik) tanımlamalıdır. Yatak başında muayene edilirse, koruyucu dolgu veya koruyucu yatak, yatak başı rayları (kısmi veya dolu), kısıtlamalar, idrar sondası veya yetişkin alt bezi varlığı not edilmelidir (12).

1. Vital Bulgular

Her ziyarette ağırlık kaydedilmelidir. Osteoporoz nedeniyle boy kaybını kontrol etmek için yıllık olarak boy kaydedilir. Hipotermi gözden kaçabilir. Atesin yokluğu enfeksiyo-

nu dışlamaz. Nabız ve kan basıncı her iki kolda kontrol edilir. Nabız 60 saniye alınır ve herhangi bir düzensizlik not edilir. Birçok faktör kan basıncını değiştirebildiğinden, hastalar beş dakika dinlendikten sonra birkaç kez ölçülür, ortostatik hipotansiyon açısından kontrol edilir. Yaşlı hastalarda normal bir solunum hızı 25 nefes/dakika kadar yüksek olabilir. Alt solunum yolu enfeksiyonu, kalp yetmezliği ya da başka bir bozukluğun ilk belirtisi takipnedir (12).

2. Cilt

Muayenede cilt rengi, premalign ve malign lezyonlar, doku iskemisi ve basınç ülserleri açısından dikkatli olunmalıdır. Ekimozlar, tırnak hastalıkları, saç ve saçlı deri ayrıntılı olarak değerlendirilir. Açıklanamayan morluklar ihmal ve istismarı işaret edebilir (13).

3. Baş ve Boyun

Temporal arterler hassasiyet ve kalınlaşma için palpe edilmeli ve dev hücreli arterit açısından dikkatli olunmalıdır. Göz muayenesinde görme keskinliği ve görme alanı değerlendirilmelidir. Fısıltı testi ile duyma kabaca test edilebilir. Dış kulak yolu buşon açısından değerlendirilir. Ağız kanama veya şişmiş diş etleri, koku, gevşek veya kırık dişler, mantar enfeksiyonları ve kanser belirtileri (örneğin; lökoplaki, eritroplaki, ülserasyon, kitle) için muayene edilir. Ağız muayene edilmeden önce protezler çıkarılmadır. Temporomandibular eklem dejenerasyon ve dislokasyon açısından palpe edilir.

Tiroid bezi, büyüme ve nodüller açısından palpe edilir, boyun karotis ve kalpten yayılan üfürümler açısından değerlendirilir, boyun hareketleri kısıtlılıklar açısından değerlendirilir (13).

4. Göğüs ve Sırt

Akciğerlerin tüm alanları perküsyon ve oskültasyon ile incelenir. Bazilerdeki raller sağlıklı hastaların akciğerlerinde duyulabilir, ancak hastalar birkaç derin nefes aldıklarında ortadan kaybolmalıdır. Solunum yollarının kapsamı (diyaframın hareketi ve göğsün genişleme yeteneği) not edilmelidir. Sırt skolyoz ve hassasiyet açısından incelenir. Şiddetli sırt, kalça ve bacak ağrısı, belirgin sakral hassasiyetle, yaşlı hastalarda ortaya çıkabilen sakrumun spontan osteoporotik kırıklarını gösterebilir (13).

5. Meme

Bütün hastalarda memeler her yıl düzensizlikler, nodüller, meme uçlarında geri çekilme ve akıntı açısından incelenmelidir (14).

6. Kalp

Kalp palpe edilerek muayeneye başlanır. Oskültasyonda kalp hızı, aritmiler, üfürümler, ek sesler ve frotman açısından değerlendirilir. Görünürde sağlıklı yaşlı kişilerde açıklanamayan ve asemptomatik sinüs bradikardisi klinik olarak önemli olmayabilir. Düzen-

siz bir ritim atriyal fibrilasyonu düşündürür. Yaşlı hastalarda, sistolik üfürüm sıklıkla aort darlığını düşündürür, başka hastalıklara bağlı da olabilir. Dördüncü kalp sesi yaşlılarda sıktır ve genellikle klinik önemi yoktur. Kalp pili varlığında not edilmelidir (13).

7. Gastrointestinal Sistem

Batın her zaman palpe edilmelidir. Çoğu abdominal aort anevrizması pulsatil kitle olarak palpe edilebilir. Sigara içen tüm yaşlı erkekler için aort tarama ultrasonografisi önerilmektedir (15). Karaciğer ve dalak büyüklüğü açısından palpe edilir. Bağırsak seslerinin frekansı ve kalitesi kontrol edilir ve suprapubik alan hassasiyet, rahatsızlık ve idrar retansiyonu için perküte edilir. Anorektal bölge fissürler, hemoroidler ve diğer lezyonlar için dışarıdan incelenir. Erkeklerde ve kadınlarda kitle, striktür, hassasiyet veya fekal tutulumu saptamak için bir dijital rektal muayene yapılır (13).

8. Genitoüriner Sistem

Erkeklerde prostat bezi nodüller, hassasiyet ve tutarlılık için dijital rektal muayene ile palpe edilir. Prostat büyüklüğünün muayene ile tahmin edilmesi yanlıştır ve boyut üretral obstrüksiyonla ilişkili değildir (13).

Kadınlarda düzenli pelvik muayene, Papanicolaou (Pap) testi her iki ila üç yıl arasında 65 yaşına kadar önerilmektedir. Altmışbeş yaşında, önceki iki ardışık testin sonuçları normal ise test durdurulabilir. Altmışbeş yaş üstü kadınlarda normal Pap testleri yapmamışlarsa, test durmadan önce en az iki negatif test yapmalıdırlar. Hastalar üretra, vajina, serviks ve uterus prolapsusu açısından değerlendirilir, üriner inkontinansı ve aralıklı prolapsusu kontrol etmek için öksürmeleri istenir (16).

9. Kas-İskelet Sistemi

Eklemler hassasiyet, şişlik, sublüksasyon, krepitasyon, sıcaklık, kızarıklık ve diğer anormallikler açısından değerlendirilir. Heberden nodülleri ve Bouchard düğümleri osteoartriti, ulnar deviasyon, kuğu boynu deformitesi, boutonnière deformitesi kronik Romatoid artriti düşündürür. Tüm eklemlerde aktif ve pasif eklem hareket aralığı belirlenmelidir. Kontraktürlerin varlığı not edilmelidir. Ayak deformiteleri özellikle denge ve yürüme sorunları açısından ayrıntılı değerlendirilir (17).

10. Sinir Sistemi

Yaşlıların nörolojik muayenesi erişkinle benzerdir, ancak mevcut non-neurolojik bozukluklar bu muayeneyi zorlaştırabilir. Örneğin; görme ve işitme kusurları kranial sinirlerin değerlendirilmesini engelleyebilir ve belirli eklemlerde, özellikle omuzlar ve kalçalardaki periartrit motor fonksiyonunun değerlendirilmesini zorlaştırır. Muayene sırasında tespit edilen bulgular hastanın yaşı, geçmişi ve diğer bulguları ışığında düşünülmalıdır. Yaşlı hastalarda saptanan nörolojik semptomlar ve bulgular her zaman nörolojik bir sorunu işaret etmeyebilir, klinisyenin bu bulguların nörolojik bir lezyonu

işaret etmediğine ve ayrıntılı tetkik gerekip gerekmediğine karar vermesi gerekebilir. Fonksiyonel değişiklikler, asimetri ve yeni semptomlar açısından hastalar periyodik olarak tekrar değerlendirilmelidir. Gözler, kulaklar, ağız, tat ve koku almada ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle kraniyel sinirleri değerlendirmek karmaşık olabilir.

Yaşlanma genellikle derin tendon refleksleri üzerinde çok az etkiye sahiptir, asimetric refleksler normal değildir. Özellikle demanslılarda ilkel refleksler görülebilir. Yaşlı hastalarda Babinski refleksi (ekstansör plantar yanıtı) anormaldir. Hastalar el sıkma ve diğer basit aktiviteler sırasında tremor ve tremorun özellikleri açısından değerlendirilebilir.

Kas gücü azalmış olabilir. Zayıflık simetrik ise, hastayı rahatsız etmiyor ve fonksiyonlarını etkilemiyorsa nörolojik hastalıktan ziyade kullanım kaynaklı olabilir. Bu zayıflık direnç egzersizleri ile tedavi edilebilir. Artmış kas tonusu, dirsek veya diz uzatma ve bükülme ile ölçülür, yaşlılarda normal bir bulgu olabilir, bununla birlikte düzensiz kasılma ve dişli çark anormaldir. Kas kitlesinde azalma yaygındır. Kas gücü kaybı ve fonksiyonel yetersizlikle birlikte ise önemlidir ve Sarkopeni denir (8).

11. Yürüyüş ve Postür

Yürüyüşün yürümeye başlama, adım uzunluğu, yükseklik, simetri, süreklilik ve ritm, hız, adım genişliği ve durma genişliği gibi tüm bileşenleri değerlendirilmelidir. Bağımsız, koordineli yürüyüş için gerekli olan duyu, kas-iskelet ve motor kontrol ve dikkat de değerlendirilmelidir. Yaşlılarda yavaş adımlarla, hafif fleksiyon postüründe yürüme normal olabilir. Yürüme hızı < 1 m/saniye olan hastalarda mortalite artmıştır (18).

12. Bilişsel (Mental) Durum

Yaşlanma ile beraber bunama insidansı artar. Mental durum muayenesi önemlidir. Böyle bir testten rahatsız olan hastalara rutin olduğu konusunda güven verilmelidir. Muayene eden kişi, hastaların duyabilmesini sağlamalıdır; Hastaların, soruları duymasını ve anlamasını engelleyen işitme kusurları, bilişsel işlev bozukluğu ile karıştırılabilir. Konuşma veya dil bozukluğu olan hastaların (mutizm, dizartri, konuşma apraksi, afazi) değerlendirilmesi zor olabilir. Her yaşlı demans ve deliryum açısından değerlendirilmelidir. Her türlü ilaç, hastalık ve operasyonun hastanın bilişsel fonksiyonlarını etkileyebileceği unutulmamalıdır. Konuşma, bellek, bilinç, dikkat, oryantasyon, algı bozuklukları, karar verme, organizasyon, planlama, hesaplama gibi bilişsel fonksiyonlar değerlendirilmelidir. Duruma göre üç madde değerlendirme testi, Mini mental durum değerlendirme testi, Mini-cog veya saat çizme testleri kullanılabilir. Depresif semptomlar, anksiyete, kuruntular, takıntılar, halüsinasyonlar da ayrıca değerlendirilmelidir (19).

13. Beslenme Durumu

Yaşlanma ile ortaya çıkan değişikliklere rağmen, obeziteyi olduğundan daha az sıklıkla tespit etmesine rağmen yaşlı hastalarda vücut kitle indeksi (VKİ) hala yararlıdır. Bel çev-

resi ve bel-kalça oranı daha sık kullanılır. Obeziteye bağlı riskler, bel çevresi erkeklerde > 102 cm ve kadınlarda > 88 cm üzeri, bel/kalça oranı erkeklerde > 0.9, kadınlarda > 0.85 ise hipertansiyon riski artmaktadır. Beslenme öyküsündeki anormallikler (örneğin; kilo kaybı, temel beslenmedeki şüpheli eksiklikler) veya VKİ belirlenirse ileri değerlendirme gerekebilir. Sarkopeni açısından değerlendirilmelidir. Beslenme bozukluğu riskini arttıracığında ağız ve dişler, gastrointestinal sistem dikkatli değerlendirilmelidir (20).

SONUÇ

Sonuç olarak yaşlı hastanın değerlendirilmesi zor ve zaman alıcıdır. Tek kişinin tüm değerlendirmeyi yapması zor olabileceğinden değerlendirmeyi iki seansda tamamlamak veya hemşire, psikolog, diyetisyen veya sosyal hizmet uzmanından yardım almak gerekebilir. Tıbbi değerlendirme sosyal, psikolojik, mental, fonksiyonel değerlendirmeyi kapsamalı, ayrıntılı ilaç ve beslenme hikayesi alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Fields SD. History-taking in the elderly: Obtaining useful information. *Geriatrics*. [Review]. 1991; 46: 26-8, 34-5.
2. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. [Review]. 2012; 60: 616-31.
3. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. [Review] 2002; 5: 19-24.
4. Garrison GM, Robelia PM, Pecina JL, Dawson NL. Comparing performance of 30-day readmission risk classifiers among hospitalized primary care patients. *J Eval Clin Pract* 2017; 23: 524-9.
5. Cravens DD. Comprehensive geriatric assessment for non-geriatricians. *Mo Med* 2006; 103: 157-60.
6. Davis PB, Robins LN. History-taking in the elderly with and without cognitive impairment. How useful is it? *J Am Geriatr Soc*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.] 1989; 37: 249-55.
7. Hofman MR, van den Hanenberg F, Sierevelt IN, Tulner CR. Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department. *Neth J Med*. [Observational Study] 2017; 75: 241-6.
8. Besdine RW. Evaluation of the Elderly Patient. *MSD manual*. 2016.
9. Iliffe S, Booroff A, Gallivan S, Goldenberg E, Morgan P, Haines A. Screening for cognitive impairment in the elderly using the mini-mental state examination. *Br J Gen Pract*. [Research Support, Non-U.S. Gov't] 1990; 40: 277-9.
10. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. [Consensus Development Conference Practice Guideline] 2012; 36: 275-83.
11. Parkar SR. Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monographs* 2015; 13: 91-99.
12. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*. [Review] 2011; 83: 48-56.
13. Fields SD. Special considerations in the physical exam of older patients. *Geriatrics*. [Review] 1991; 46: 39-44.

14. Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: A review. *Jama*. [Case ReportsResearch Support, N.I.H., ExtramuralResearch Support, Non-U.S. Gov'tReview] 2014; 311: 1336-47.
15. Gellert C, Schottker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: Systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. [Meta-AnalysisResearch Support, Non-U.S. Gov't Review] 2012; 172: 837-44.
16. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.] 2007; 44 (Suppl 3): 73-6.
17. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. [Review] 2007; 39: 1435-45.
18. Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. *Arch Intern Med*. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't] 2012; 172: 1162-8.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders FED-*, American Psychiatric Association, Arlington 2013.
20. Landi F, Zuccala G, Gambassi G, F, et al. Body mass index and mortality among older people living in the community. *J Am Geriatr Soc*. [Research Support, Non-U.S. Gov't] 1999; 47: 1072-6