

# Yaşlılarda Fonksiyonel Kayıplara Yaklaşım\*

MANAGEMENT OF FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN THE ELDERLY

Serap Çifçili<sup>1</sup>, Pemra C. Ünalın<sup>2</sup>

## Özet

Fonksiyonel durum, kısaca, kişinin yaşadığı ortamı yönlendirebilme ve kendi bakımını sağlayabilme yeteneğidir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda sağlık durumunu ölçmenin en iyi yolunun "fonksiyon kayıplarını değerlendirmek" olduğunu belirtmiştir. Bu yazı, birinci basamakta yaşlıların fonksiyonel kayıplarının değerlendirilmesini ele almakta ve yaklaşımı kısaca tartışmaktadır.

Fonksiyonel durum değerlendirmesinde iki ölçek kullanılır: "Günlük yaşam etkinlikleri" kişinin öz bakım becerisini, "enstrümantal günlük yaşam etkinlikleri ölçeği" ise kişinin yaşadığı ortamı yönlendirebilme becerisini değerlendirir.

Yaşlı kişinin değerlendirilmesinde klasik tıbbi öykü ve fizik muayene yanında fonksiyonel durumla ilişkili bazı alanları özellikle kontrol etmek gerekir: Hareket, denge ve düşme öyküsü, eklem açıklığı, özellikle omuzlar ve eller, görme ve işitme, beslenme durumu, idrar kaçırma, kullanılan ilaçlar ve zihin sağlığı; bu alanların herhangi birinde sorun saptanırsa hızla müdahale edilmelidir.

Yaşlının değerlendirmesinde iki gerçek akılda tutulmalıdır: - Yaşlı, fonksiyonel kayıpların yanısıra pek çok duygusal kayıp yaşar, -Yaşlı, sıklıkla, yakınmalarını "doğal" ya da "yaşlılık gereği" kabul ederek bildirmeyebilir.

**Anahtar sözcükler:** Yaşlılık, fonksiyonel durum, maluliyet, günlük yaşam aktiviteleriproblem, bedensel problem

## Summary

"Functional status" may be briefly described as the personal ability to manipulate the environment and to perform self-care. The World Health Organisation stated that health in the elderly is best measured in terms of function. The purpose of this paper is to discuss management of functional losses of the elderly in the primary care setting.

Two kinds of scales are being used to evaluate the functional status: One of them, named "activities of daily living" assesses the ability to perform self-care, the other; "instrumental activities of daily living" assesses the ability to manipulate the environment.

Beside classical medical history and physical examination, areas closely related to functional status should be checked out while dealing with elderly: Mobility and balance, history of previous falls, range of motion; (especially of the shoulders and hands), vision and hearing, nutritional status, urinary incontinence, medications and mental health status. Detected problems in any of these areas should be managed immediately.

While evaluating the elderly it may be helpful to keep in mind two facts: -The elderly may experience many emotional losses besides the functional ones; -they frequently do not report them as accepting that these are "natural" or "consequences of aging".

**Key words:** Elderly, functional status, disability, activities of daily living

1995'te, Türkiye nüfusunun %5.02'si 65 yaşın üzerinde iken, bu oran 2000 yılında %5.57'ye ulaştı; bu artışın devam etmesi, 1995'te 70.3 yıl olan doğumda yaşam ümidinin de 2005'te 72.7 yıla ulaşması beklenmektedir.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaşlılarda sağlık durumunu ölçmenin en iyi yolu "fonksiyon kayıplarını değerlendirmek"tir.<sup>2</sup> 30 yaşın-

dan itibaren, insanın, her yıl fonksiyonel rezervinin yaklaşık %1'ini kaybettiği hesaplanmaktadır.<sup>2</sup> Yaş ilerledikçe; ölüm korkusunun yerini, bakıma muhtaç, malul olmak ya da bakımevine yatmak korkuları almaktadır.<sup>3,4</sup> Tıbbi açıdan da yaşlılıkta yaşamın uzatılmasından çok kalitesinin artırılması ön plana çıkmaktadır. Fonksiyonel kayıplar mortalite öncülüdür.<sup>4</sup> Bu

\* VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde (4-7 Mayıs 2004, Bursa) panel konuşması olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

<sup>2</sup> Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

bakımdan yaşlının değerlendirilmesinde klasik öykü ve fizik muayene yanında -bazen daha da öncelikli olarak- fonksiyonel değerlendirme yapılmalıdır.<sup>2,5</sup>

Bu yazı, yaşlıların fonksiyonel kayıplarının birinci basamakta değerlendirilmesini ve yaklaşımı kısaca tartışmaktadır.

Yaşlılarda fonksiyonel kayıpların değerlendirilmesi:

"Fonksiyonel durum", kabaca kişinin yaşama becerisidir. Kişi gereksinim duyduğu işleri kendi başına yapabilmekte midir? Fonksiyonel değerlendirme daha çok, kişinin neye gereksinim duyduğu üzerine odaklanır; bir başka deyişle "hasta-merkezli"dir. Yaşlılarda tıbbi sorunlar önce, hatta kimi zaman sadece, fonksiyonel bozuklukla ortaya çıkabilir. Bu durumda "beklenen yaşam süresi"nden çok "beklenen aktif yaşam süresi" kavramı önem kazanır.<sup>3</sup> Yaşlıların birinci basamaktaki değerlendirmesi kısa, basit ve etkili olmalı, rutin öykü ve fizik muayene formuna bazı kısa ölçek ya da sorular eklenmelidir.<sup>5,6</sup>

## Günlük Aktivite

Fonksiyonel durum, basit ölçeklerle değerlendirilebilir: Bu günlük aktivite ölçekleri kişinin temel yaşam gereksinimlerini, özbakımını bağımsız yapıp yapamadığını değerlendirir, seyir, tekrarlayan ölçümlerle izlenebilir. Ölçek, birebir gözlemlerle doldurulmalıdır, çünkü önemli olan, kişinin neyi yapabildiği değil, neyi yaptığıdır (Tablo 1).<sup>5,7</sup> Örneğin kişi tek başına banyo yapma becerisine sahip olsa da düşmekten korktuğu için yanında bir yardımcı beklemesini istiyorsa banyo yapmak açısından bağımlıdır.

Enstrümantal (ya da genişletilmiş) günlük aktivite ölçekleri ise yine yaşamsal, ancak (telefon, alışveriş vb.) daha karmaşık aktivitelerle ilgilidir (Tablo 2).<sup>8</sup> Çoğu kez günlük aktivitelerde bağımsız olmak yaşam kalitesi ölçümlerinde de öncelik verilen bir değerdir.<sup>3</sup>

## Duruş, Denge, Hareket

Yaşlının günlük aktivitesi öncelikle hareket becerilerine bağlıdır. Yürüme hızı 70 yaşına dek sabittir, bu yaştan sonra her on yılda %15 ila 20 oranında azalır. Zamanla dengeyi koruma güçleşir ve hafif öne eğik bir postür oluşur.<sup>9</sup>

- Denge ve duruşun değerlendirilmesi için oldukça kapsamlı bir değerlendirme aracı Tinetti tarafından geliştirilmiştir (Tablo 3).<sup>8</sup>
- Hem hareket, hem de dengeyi oldukça yeterli biçimde değerlendiren süreli kalkıp yürüme testi (timed up

and go test; TUP) faydalı bir tarama aracı olabilir.<sup>5,8</sup> Kişinin sandalyeden kalkıp yaklaşık 3-4 metre yürütmesi, geri dönüp kalktığı sandalyeye yeniden oturması istenir; bu sırada süre tutulur, eylem 10 saniyeden uzun zaman alıyorsa denge ya da hareket kabiliyeti bozulmuş olabilir. Çeşitli çalışmalarda TUP süresinin uzaması ile düşmeler ilişkili bulunmuştur.<sup>9,10</sup>

Tüm eklemlerin, ama özellikle de omuz ve ellerin hareket aralıklarını gözlemek gerekir. Omuz ve ellerdeki hareket bozuklukları beslenme, giyinme, kişisel temizlik gibi günlük aktivitelerin bağımsız yapılabilmesini engeller. Yaşlıların dörtte birinde omuz ağrısı vardır ve sıklıkla bunu belirtmeyebilirler. Oysa omuz ağrılarının çoğu tedaviye yanıt verebilen yumuşak doku lezyonları nedeniyle oluşur. Omuz ve el parmaklarının hareket açıklıklarının değerlendirmek amacıyla şu muayeneler yapılabilir:

- Omuz hareket açısını değerlendirmek için kişiden ellerini önce başının arkasında, sonra da belinin arkasında birleştirmesi istenir: Bu hareketler ağırlı ise daha ayrıntılı bir inceleme yapılmalıdır.
- El kuvveti; kişinin ellerimizi sıkması istenerek değerlendirilebilir, bir maddenin baş ve işaret parmağı arasında sıkıştırılması günlük hayatta özellikle önemlidir: Bir kağıdın baş ve işaret parmakları arasında sıkıca tutulması istenir, kağıt çekilmeye çalışılarak kişinin bu hareketi hangi kuvvetle devam ettirebileceği değerlendirilir.

Çeşitli çalışmalarda yaşlıların üçte birinin yılda bir kez düştüğü ve bu oranın huzurevlerinde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. İstanbul Anadolu yakası huzurevlerinde yapılan bir çalışmada yıllık düşme sıklığı %33.9'du.<sup>9</sup>

Hareket bozuklukları ve diğer fonksiyonel bozukluklar düşme riskini artırır. Öykü alınırken düşmeler mutlaka sorgulanmalıdır. Daha önce düşmüş olmak, düşme için bir risk faktörüdür.<sup>9,11,12</sup>

Düşme nedenleri kişiye ait ve çevresel olarak ikiye ayrılır.

### a) Kişiyeye ait nedenler ve yaklaşım:

- Kişi, denge kaybı ya da postürel hipotansiyona neden olabilecek ilaç(lar) kullanıyor mu? Kullanıyorsa, doz(lar)ı azaltılabilir ya da başka ilaç(lar)la değiştirilebilir mi? İlaç sayısının azaltılması, diüretiklerin ikiye bölünerek verilmesi, benzodiazepinlerin olabildiğince kesilmesi tercih edilir.<sup>11,12</sup>
- Kas-iskelet sisteminin güçsüzlüğü: Birçok çalışma yaşlılarda egzersizsiz düşmeleri azaltarak yaşam kalite-

**Tablo 1**  
**Barthel günlük aktivite ölçeği**

Bağırsaklar	(son 1 hafta)
0	Dışkı kaçırmaya (ya da lavman gereksinimi)
1	Arasına dışkı kaçırmaya (haftada bir)
2	Normal dışkılama
Mesane	(son 1 hafta)
0	İdrar kaçırmaya ya da kateter varlığı
1	Arasına idrar kaçırmaya (24 saatte en çok bir kez)
2	Normal idrar yapabilir (kateterini tamamen kontrol edebilen kateterli hastanın normal idrar yapabildiği kabul edilir)
Bakım	(son 24-48 saat)
0	Kişisel bakım için yardıma gereksinim duyar
1	Bağımsız (yüz, saç, diş bakımı, traş, vb.)
Tuvalet kullanımı	
0	Bağımlı
1	Yardım gerekir (aşağıda parantez içinde sayılanlardan bazılarını yapabilir)
2	Bağımsız (tuvalete ulaşma, oturup kalkma, soyunma, temizlenme ve giyinme dahil)
Beslenme	
0	Kendi başına yemek yiyemez
1	Kendisi yer, ancak kesme, yağ sürme gibi işlemlerde yardım gerekir.
2	Bağımsız (sert yemekler de dahil)
Transfer	(yataktan sandalyeye ve tekrar sandalyeden yatağa)
0	Yapamaz, oturma dengesi yok (kaldırmak için iki kişi gerekir)
1	Büyük oranda yardım gerekir; (kuvvetli ya da eğitilmiş bir-iki kişinin fiziksel yardımı ile) oturabilir
2	Küçük oranda (sözlü ya da fiziksel) yardım gerekir, bir kişinin denetim ya da yardımı yeterli olur
3	Bağımsız
Hareket	Evde/bakım evinde, iç mekanlarda hareket edebilir (yardım kullanabilir).
0	Hareketsiz
1	Tekerlekli sandalye ile bağımsız (köşeler dahil)
2	Bir kişinin yardımı ile yürüyebilir (sözlü ya da fiziksel)
3	Bağımsız (ancak herhangi bir araç kullanabilir, örn; baston)
Giyinme	
0	Bağımlı
1	Yardıma gereksinim duyar, ancak yarısını bağımsız yapabilir
2	Bağımsız (tüm giysileri seçebilmeli ve üstüne giyebilmeli; düğme, fermuar, bağlar vs. dahil)
Merdiven	
0	Çıkamaz
1	Sözlü, fiziksel yardıma gereksinim duyar
2	Bağımsız (araç yardımı alabilir, örn; baston)
Banyo	(genellikle en zor etkinlik)
0	Bağımlı
1	Bağımsız/gözlem olmaksızın banyoya girip çıkabilir, kendisi yıkanır
Toplam 0-20	

**Yönerge:**

- Ölçek kullanılırken hastanın ne yapabildiği değil ne yaptığı kaydedilmelidir.
- Asıl amaç ne kadar az ve hangi amaçla olursa olsun herhangi bir yardım olmaksızın bağımsızlık derecesini belirlemektir.
- Gözlem/denetim gereksinimi hastanın bağımsız olmadığı anlamına gelir.
- Bir hastanın performansı eldeki en iyi kanıtla değerlendirilmelidir. Hastanın kendisine arkadaş/akrabalara ve hemşirelere sormak alışıldık kaynaklardır, ancak doğrudan gözlem ve sezgi/sağduyu da önemlidir. Ancak doğrudan denemek gerekmez.
- Genellikle hastanın son 24-48 saatlik performansı önemlidir. Ancak zaman zaman daha uzun süreler gerekir.
- Orta kategoriler hastanın işin %50'sini sağladığını gösterir.

**Tablo 2**  
Lawton (genişletilmiş) enstrümantal günlük aktivite ölçeği<sup>7</sup>

Telefonu kullanabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Telefonu hiç kullanamaz	1
Yürüme mesafesi dışındaki yerlere gidebilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Özel olarak ayarlanmadığı sürece hiç seyahat edemez	1
Alışverişe gidebilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Hiç alışveriş yapamaz	1
Kendi öğünlerinizi hazırlayabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Hiç yemek/öğün hazırlayamaz	1
Kendi ev işini yapabilir mi ?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Hiç ev işi yapamaz	1
Kendi günlük bakımını yapabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Günlük bakımını hiç yapamaz	1
Kendi çamaşırını yıkayabilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Kendi çamaşırını hiç yıkayamaz	1
Kendi ilaçlarını alabilir mi?	Yardımsız (doğru zamanda doğru dozda)	3
	Biraz yardımla (birisi hazırlar ve/veya almasını hatırlatırsa)	2
	İlaçlarını hiç kendi alamaz	1
Parasını idare edebilir mi?	Yardımsız	3
	Biraz yardımla	2
	Parasını hiç idare edemez	1

#### Yönerge:

Bütün sorularda ilk yanıt bağımsız, ikinci yanıt yardımla yapabilme, üçüncü yanıt ise tamamen bağımlı olmayı belirtir. Maksimum skor 27'dir. Skorlar her bir hasta için özgündür, izlem sırasında gerileme varsa anlamlıdır. 4 ile 7 arasındaki sorular cinsiyete özgü olma eğilimi içerir, görüşmeci tarafından uyarlanabilir.

tesini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir.<sup>13-15</sup> Bu nedenle kas gücünü ve koordinasyonu arttıracak değişik egzersiz programları planlanmıştır.

#### b) Çevresel nedenlere yaklaşım:

Çevresel önlemlerin alınması ile düşmeler engellenir. Aşağıda bu önlemlerin bazıları sıralanmıştır.<sup>9</sup>

- Öncelikle banyo-tuvalet kenarları olmak üzere gerekli yerlere kolay tutulabilecek tutacakların yerleştirilmesi,
- Tuvaletin yükseltilmesi,
- Yatak ve sandalyenin sabitlenmesi,
- Banyo ve tuvalette zeminin kayganlığının giderilmesi,
- Uygun aydınlatma,
- Takılmaya neden olabilecek halı ve kilimlerin yere sabitlenmesi,
- Dolaşılana karmaşık mobilyaların yerleştirilmesi,

- Uygun ayakkabı giyilmesi (az ve dolgu topuklu, geniş burunlu, yumuşak, spor tip),
  - Çevre değişikliğinin olabildiğince engellenmesi.
- Duruş ya da hareket bozukluğu olan yaşlılar gereğinde uygun araçlarla desteklenmelidir (Tablo 4).<sup>16</sup>

### Ağrıya Yaklaşım

Ağrı, çoğu kez yaşlıda fonksiyon kaybına neden olur: Yaşlılarda ağrının "fizyolojik" olduğu doğru değildir. Öte yandan, yaşlılarda, gerek kronik hastalıklar, gerekse kas-iskelet sisteminin güçsüzlüğü nedeni ile kronik ve akut ağrılar son derece sıktır.<sup>17,18</sup> Ağrı, çoğu kez yaşlılığın doğal bir özelliği olarak kabul edilerek hekime bildirilmez. Fonksiyonel kayıplara yol açabilecek eklem ağrıları hekim tarafından her muayenede mutlaka sorgulanmalı ve fonksiyon kısıtlanmasının varlığı araştırılmalıdır. Ağrının şiddeti ve yerinin tanımlanması kimi zaman güçlükler içerir. Yaşlılarda ağrının şiddetini belirlemek ve izleyebilmek için görsel ağrı skalaları, yüz ifadelerine

**Tablo 3**  
**Tinetti denge ve duruş ölçeği<sup>8</sup>**

1. Oturma Dengesi	Sandalyeye dayanıyor, ya da kaykılıyor. Sabit, güvenli oturuyor.	=0 =1
2. Ayağa Kalkma Yardıma için kollarını kullanarak kalkabiliyor. Kollarını kullanmadan ayağa kalkabiliyor	Yardımsız kalkamıyor.	=0 =1 =2
3. Ayağa kalkma girişimi	Yardımsız kalkamıyor. Birden fazla kez girişimde bulunması gerekiyor. İlk girişimde ayağa kalkabiliyor.	=0 =1 =2
4. İlk duruş dengesi (ilk beş saniye)	Dengesiz (sendeliyor, ayaklarını oynatıyor, gövdesi belirgin şekilde sallanıyor). Sabit fakat yürüteç/baston kullanıyor, ya da destek için başka nesnelere tutunuyor. Yürüteç/baston ya da başka destek olmaksızın sabit.	=0 =1 =2
5. Ayakta duruş dengesi	Dengesiz. Sabit ancak ayaklarının aralığı geniş (medial topuk mesafesi 10 cm.den fazla) ya da baston, yürüteç ya da başka destek kullanıyor. Desteksiz ve ayak aralığı dar.	=0 =1 =2
6. Dürme (kişi, ayakları birbirine olabildiğince bitişik ayakta durur, muayene eden kişi hastanın sternumu üzerinden avuç içi ile hafifçe iter)	Düşmeye başlıyor. Sendeliyor, ama kendisini doğrultabiliyor. Sabit.	=1 =2
7. Gözler kapalı (6. maddedeki manevranın aynısı)	Sabit değil. Sabit.	=0 =1
8. Kendi etrafında 360° dönme	Süresiz adımlar. Sürekli adımlar. Dengesiz (sendeliyor). Dengeli.	=0 =1 =0 =1
9. Oturma	Güvensiz (mesafeye karar veremiyor, sandalyeye düşüyor). Kollarını kullanıyor ya da düzgün hareket edemiyor. Güvenli, düzenli hareket.	=0 =1 =2

**Yönerge:**

Kişi sert kolçaksız bir sandalyeye oturtulur. Aşağıdaki manevralar denir.

10. Duruşun başlatılması (yürümesi söylendikten hemen sonra)	Başlamak için birden fazla girişim ya da herhangi bir duraksama. Kararsızlık yok	=0 =1
11. Adım uzunluğu ve yüksekliği	a. Sağ ayağın sallanması (ileri adımı) sol ayağın duruş uzunluğunu geçmiyor. Sol ayağın duruş uzunluğunu geçiyor Sağ ayak yerden tamamen yükselmiyor. Sağ ayak yerden tamamen yükseliyor. b. Sol ayak ileri adımı sağ ayak duruş uzunluğunu geçmiyor. Sağ ayağın duruş uzunluğunu geçiyor. Sol ayak yerden tamamen yükselmiyor. Sol ayak yerden tamamen yükseliyor.	=0 =1 =0 =1 =0 =1 =0 =1
12. Adım simetrisi	Sağ ve sol adım uzunluğu eşit gibi görünmüyor. Sağ ve sol adım uzunluğu eşit gibi görünüyor.	=0 =1
13. Adım devamlılığı	Adımlar arasında duraklama ya da devamsızlık var. Adımlar sürekli görünüyor.	=0 =1
14. Rota	Belirgin sapma var. Hafif, orta derecede sapma var ya da yürüme desteği kullanıyor. Yürüme desteği olmaksızın düzgün rota izliyor.	=0 =1 =2
15. Gövde	Belirgin olarak sallanıyor ya da yürüme desteği kullanıyor. Sallanmıyor ama diz ya da sırt fleksiyonu var ya da yürüme sırasında kollarını sallıyor. Sallanmıyor, fleksiyonu yok, kollarını ya da yürüme desteği kullanmıyor.	=0 =1 =2
16. Yürüme mesafesi	Topuklar ayrı. Yürüme sırasında topuklar neredeyse birbirine değiyor.	=0 =1

Duruş skoru:.../12

Toplam skor:.../28

26'nın altındaki skorlar genellikle bir problemi gösterir; skor düştükçe problem büyür. Skorun 19'un altında olması düşme riskini 5 kat artırır.

**Yönerge:**

Kişi muayene eden ile birlikte ayakta durur; koridor ya da oda boyunca önce mutad adımlarla yürür, sonra hızlı fakat güvenli adımlarla geri döner (sürekli kullandığı baston, yürüteç gibi destek aracı varsa bunları kullanır).

dayalı ağrı skalaları, ağrı lokalizasyonunu saptamak için de vücut şekilleri üzerine işaretlemeyi yararlanılabilir.

Nedene yönelik tedavi yanında, non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemler kullanılabilir. Yüksek doz analjezik kullanımının yol açtığı organ toksisitesi kısıtlayıcı bir unsurdur.<sup>17,18</sup>

## Duyusal İşlevler; Görme, İşitme

Görme ve işitme yetisinde azalma yaşlanma sürecine eşlik eder. Duyusal işlevlerin bozulması günlük aktiviteyi kuşkusuz etkileyecektir. Hareket kabiliyeti, beslenme, kişisel bakım gibi aktiviteler; görme ve duymanın azalması ile zayıflar. 65 yaşın üstünde görme ve işitme mutlaka yılda en az bir kez taranmalıdır. Her iki duyunun azalmasının, ileri yaşlarda dahi tedavi edilebilir nedenleri olabilir.

- Görmenin değerlendirilmesi için Snellen kartları, yakın görmenin değerlendirilmesi için gazetenin büyük ve küçük yazılarının okunması istenir.<sup>5</sup>
- İşitme kayıpları için soru formları vardır, öte yandan basitçe kişinin arkası dönükken fısıldamak da etkili bir muayene yöntemidir.<sup>5,8</sup>

İşitme ya da görme kayıpları yaşlının kaderi olarak görülmemelidir. Görme ve işitme testlerinde bozukluk olduğunda ilgili uzmandan konsültasyon istenmeli, kişinin uygun işitme, görme destek araçlarına ulaşması kolaylaştırılmalıdır.

## İdrar Kaçırma

Toplumda yaşayan yaşlıların %15-30'u, bakımevinde yaşayanların ise %50'si idrar kaçırmır.<sup>5</sup> Kadınlarda erkeklerle oranla iki kat daha sık olan idrar kaçırma, kadınlarda en sık pelvis tabanı zayıflığı, erkeklerde ise prostat problemlerine bağlıdır. Utanma ya da yaşlılığın doğal sonucu olarak kabul etme nedeniyle sıklıkla bildirilmez: Öykü alınırken bu durum kesinlikle sorgulanmalıdır.

- Son bir hafta içinde idrar kaçırmayı kaçırmadığı uygun bir dille sorularak kişiden bilgi alınabilir.<sup>5</sup>
- İdrar kaçırmanın tipi, sıklığı, şiddeti, süresi, kalıbı ve eşlik eden belirtiler de önemlidir.<sup>8</sup>

İdrar kaçırma sürekli değilse deliryum, enfeksiyon, atrofik vajinit, kullanılan ilaçlar, psikolojik bozukluklar, hareket kısıtlılığı ve şiddetli kabızlığa bağlı olabilir. En sık idrar kaçırmaya yol açan ilaçlar Tablo 5'te sıralanmıştır.<sup>8</sup> Neden bunlardan biri ise giderilebilir. Hasta ya da hasta yakını tarafından bir günlük tutulması tanı açısından çok yararlıdır. Kaçırılan idrar miktarı ve zamanı kaydedilmelidir. Günlük sayesinde idrar kaçırmanın

ilaçlar ve postürle ilişkisi, hangi durumlarda ortaya çıktığı saptanabilir. Tüm hastalarda rektal muayene, kadınlarda pelvik muayene ihmal edilmemelidir. İdrar kaçırmanın türüne göre mesane egzersizleri ve pelvis tabanını güçlendirici egzersizler önerilebilir.<sup>8</sup>

## Mental Durum

Fonksiyonel değerlendirme mental durum değerlendirmesi ile tamamlanır. Yaşlılarda en sık rastlanan ve sıklıkla da birlikte olan mental sorunlar demans ve depresyondur.

- Demans taramasında mini mental durum muayenesi güvenle kullanılabilir.<sup>5</sup>
- Kognitif fonksiyonun değerlendirilmesi için saat çizimi de kullanılabilir.<sup>19</sup>
- Depresyon tarama aracı olan Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği sınanmış geriyatrik depresyon ölçeği ve kısa formu kullanılabilir.<sup>20</sup>
- Zaman daha kısıtlı ise kısaca kişiye kendini çoğunlukla üzgün hissedip hissetmediği sorulabilir.<sup>5</sup>

Depresif bulgular, gerek yaşlı gerekse etrafındakiler tarafından yaşlılığın doğal gereği olarak görüldüğünden, hekim sorulmadıkça belirtilmediği akılda tutulmalıdır.<sup>5</sup>

## Beslenme

Yaşlılıktaki pek çok değişim genellikle beslenmeyi olumsuz yönde etkiler.<sup>8</sup> Yaşlılarda beslenme bozukluğuna neden olan başlıca değişiklikler; koku ve tat alma duyarlarının azalması, kronik hastalıklar nedeni ile diyet kısıtlamaları, sosyal engeller, yalnız yemek, maddi sıkıntılar sayılabilir. Kötü beslenme, yaşlılarda hastanede kalma süresinin uzamasına, komplikasyon sıklığının artmasına, ve demansın seyrinin kötüleşmesine neden olur; yaşlılarda %5'in üzerinde kilo kaybı ile izleyen yıl içindeki mortalite ilişkili bulunmuştur.<sup>21</sup>

- Beslenmeyi değerlendirmek üzere kişinin kendi tarafından doldurulan bir ölçek geliştirilmiştir.<sup>5</sup>
- Basitçe ağırlık takibi uygun bir tarama yöntemi olabilir. 6 ayda %10'u, 1 ayda %5'i aşan kilo kaybı anlamlıdır.<sup>5,20</sup>

Dikkat gerektiren, bir ayda %5'i aşan kilo kaybı kuşkusuz pek çok sebebe bağlı olabilir. Sinir, kas-iskelet sistemlerinde yemeye engel bir kusur olup olmadığı kontrol edilmelidir. En iyi değerlendirme yöntemi kişiyi yemek yerken izlemektir. Yaklaşımda mutlaka mental durum değerlendirmesi yer almalı, demans ya da depresyonun sıklıkla iştah azlığı ya da kötü beslenme sebebi olabileceği unutulmamalıdır. Kanseri, sindirim hastalıkları, en-

**Tablo 4**  
Yardımcı araç seçimi için sınıflama<sup>14</sup>

Bozukluk	Durum	Önerilen Araç
Periferik duyuşal	Duyusal Ataksi (arka kolon, periferik sinirler) Vestibüler ataksi Görsel ataksi	Baston
Periferik motor	Artrit Miyopati ya da nöropati	Hafif: Standart, denge bastonu Orta: Çok ayaklı baston ya da dört-tekerlekli yürüteç Şiddetli: Ön-tekerlekli yürüteç ya da standart yürüteç
Spastisite	Hemipleji/parezi Parapleji/parezi	Baston Kollu Baston, yürüteç
Parkinsonizm	-	Yürüteç
Serebellar ataksi	-	Standart yürüteç
Dikkatli duruş		Şiddete göre
Frontalle ilişkili duruş bozuklukları	Serebrovasküler hastalık Normal basınçlı hidrosefali	Standart yürüteç

**Tablo 5**  
İdrar kaçırma nedeni olabilecek ilaçlar<sup>8</sup>

Potent diüretikler	Sedatif ve hipnotikler
Antikolinergikler	$\alpha$ -adrenerjik blokerler
Antidepresanlar	$\alpha$ -adrenerjik agonistler
Antipsikotikler	Kalsiyum kanal blokerleri
Benzodiyazepinler	Alkol
Narkotik analjezikler	Vinkristin

feksiyonlar, kalp yetersizliği, KOAH gibi kronik hastalıklar kilo kaybına neden olabilir. Digoksin, alendronat, SSRI'lar, levodopa, ACE inhibitörleri yaşlılarda sık kullanılan ve iştahsızlığa neden olabilen ilaçlardır.

İleri yaşlarda, bazen, belirgin bir neden olmaksızın da kilo kaybı olabilir. Bu durumda alınabilecek birkaç önlem aşağıda sıralanmıştır:<sup>21</sup>

- Yemeklerdeki kısıtlamaların azaltılması,
- Yüksek kalorili yiyeceklerin tercih edilmesi,
- Kişinin yemeklerini istediği yerde ve istediği kişi ile birlikte yemesinin sağlanması,
- Porsiyon büyüklüklerinin artırılması, sık ve özellikle gece yatmadan önce yemek önerilmesi,
- Kahve-çay vd. yerine meyve suyu gibi yüksek kalorili içeceklerin seçilmesi,
- Gereğinde beslenmenin yüksek kalori ya da protein içerikli ticari ürünlerle desteklenmesi

## İlaç Kullanımı

Yaşlının kullandığı tüm ilaçlar görülerek kaydedilmelidir. Reçetesiz ilaç kullanımı yaşlılarda sıktır. İstanbul'un Anadolu yakasındaki huzurevlerinde yapılan bir

çalışmada katılımcıların %10'unun en az bir adet reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır.<sup>11</sup> Kişinin kullandığı tüm ilaçlar görülerek kaydedilmeli, son kullanım tarihi geçener ayrılmalı ve imha edilmelidir. Çeşitli ilaçların, özellikle yaşlıların sık kullandığı diüretik ve bezodiyazepinlerin düşme riskini artırdığı, yine özellikle yaşlıların kullandığı alendronate, ACE inhibitörleri, digoksin gibi ilaçların kilo kaybına neden olabilecekleri unutulmamalıdır.<sup>8</sup>

Yaşlılarda fonksiyonel kayıplar yanında duyuşal kayıpların da sık olduğu, yaşlıların sıklıkla yakınmalarını "doğal" ya da "yaşlılık gereği" kabul ederek bildirmedikleri, yaşlılığın bilgelik ve deneyim demek olduğu da akıldan tutmak da yararlı olabilir.

## Kaynaklar

1. **Devlet Planlama Teşkilatı.** Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Nüfus, Demografik Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu. DPT: 2556, ÖİK: 572. Ankara 2001.
2. **Peron VD, Robinson BE.** The aging process and functional assessment. *Archives of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 1998; 2(1): 1-8.
3. **Leveille SG, Guralnik JM, Ferrucci L, Langlois JA.** Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology* 1999; 149(7): 654-64.
4. **Hoeymans N, Feskens EJM, Van den Bos GAM, Kromhout D.** Age, time and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *American Journal of Public Health* 1997; 87(10): 1620-5.
5. **Miller KE, Zylstra ED, Standridge JB.** The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. *American Family Physician* 2000; 61(4): 1089-104.
6. **Bula CJ, Berod AC, Stuck AE ve ark.** Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: secondary analysis of a randomised trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 1992; 40: 175-94.
8. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** Merck Manual of Geriatrics. 2. Baskı. NJ, Merck&Co. Inc., 1996; 7-12, 171-7, 216-232-4.
9. **Kırımlı E.** Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Düşme Sıklığı ve Buna Etki Eden Nedenler. Marmara Üniversitesi Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2002.

10. **Coogler CE, Wolf SI.** Falls. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology Ed. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander JG., 4. Baskı. New York. McGraw Hill, 1999; 1535-47.
11. **Apaydın Kaya Ç.** Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Antihipertansifler ile Analjezik ve Nonsteroid Antiinflatuar İlaçların Kullanımı. Marmara Üniversitesi Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2002.
12. **Fuller GE.** Falls in the elderly. American Family Physician 2000; 61(7): 2159-68.
13. **Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC ve ark.** The effect of exercise on falls in elderly patients . *JAMA* 1995; 273(17): 1341-7.
14. **Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C.** Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet* 1999; 353: 93-7.
15. **Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM.** Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ* 1997; 315: 1065-70.
16. **Frederick WVH, DemonBreun DPT, Weiss BD.** Ambulatory devices for chronic gait disorders in the elderly. *American Family Physician* 2003; 67(8): 1717-24.
17. **Özyalçın S.** Yaşlılık Çağında Ağrı. İstanbul. Nobel Tıp Yayınevi, 2003; 39-49.
18. **Duquette C.** Improving function and quality of life for older adults through pain. Assessment and management of pain in the elderly. [www.medscape.com/viewarticle/443993\\_06.01.2004](http://www.medscape.com/viewarticle/443993_06.01.2004)'te erişilmiştir.
19. **Ruchinskas RA, Singer HK, Repetz NK.** Clock drawing, clock copying and physical abilities in geriatric rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 920-4.
20. **Ertan T, Eker E, Şar V.** Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1997; 34(1): 62-71.
21. **Huffmann GB.** Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. American Family Physician 2002, Feb 15. [www.aafp.org/afp/20020215/640.html](http://www.aafp.org/afp/20020215/640.html). 29.03.04 tarihinde erişilmiştir.

---

Geliş tarihi: 14.07.2004

Kabul tarihi: 27.10.2004

**İletişim adresi:**

Dr. Serap Çiççili  
Aydın Sok. No: 7/8 Altunizade  
Üsküdar 34662 İSTANBUL  
Tel: (0216) 327 56 12  
Faks: (0216) 325 03 23  
GSM: (0542) 232 46 52  
e-posta: serapc@veezy.com