

# GEROPSİKIYATRİK

GÜNCEL KONULAR

Öğr. Gör Pınar HARMANCI



İKSAD

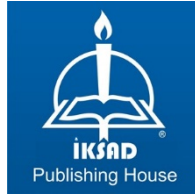
Publishing House

# GEROPSİKİYATRİK GÜNCEL KONULAR

Öğr. Gör Pmar HARMANCI

EDİTÖR:

Doç. Dr. Funda BUDAK



Copyright © 2019 by iksad publishing house  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any means, including photocopying, recording, or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law.  
Institution Of Economic Development And Social Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)  
TURKEY TR: +90 342 606 06 75  
USA: +1 631 685 0 853  
E mail: [iksadyayinevi@gmail.com](mailto:iksadyayinevi@gmail.com)  
[www.iksad.net](http://www.iksad.net)

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2019©  
**ISBN: 978-625-7029-35-3**  
Cover Design: İbrahim Kaya  
December / 2019  
Ankara / Turkey  
Size = 14.8 x 21 cm

## İÇİNDEKİLER

**ÖNSÖZ** ( 1 – 2 )

### **BÖLÜM 1**

**1. YAŞLILIKLA DEĞİŞEN CİNSEL FONKSİYONLARIN  
PSİKOLOJİK ETKİLERİ** ( 3 - 18 )

### **BÖLÜM 2**

**2015-2019 YILLARI ARASINDA TÜRKİYEDE  
YAPILMIŞ “YAŞLI RUH SAĞLIĞI”  
ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ** ( 19 – 34 )

### **BÖLÜM 3**

**BİR ALT UZMANLIK ALANI: GEROPSİKİYATRİ  
HEMŞİRELİĞİNİ ANLAMAK** ( 35 – 48 )

### **BÖLÜM 4**

**YAŞLILIKTA DUYUSAL DEĞİŞİKLİKLER** ( 49 - 67 )

### **BÖLÜM 5**

**YAŞLILARDA YAŞAM SONU DEPRESYONU** ( 69 – 82 )

### **BÖLÜM 6**

**YAŞLI İSTİSMARI** ( 83 – 95 )

### **BÖLÜM 7**

**GERİATRİK PSİKİYATRİDE EĞİTİM** (97-105)



## ÖNSÖZ

Giderek yaşlanan dünyada yaşlılıkla ilişkili fonksiyon bozuklukları yaşam kalitesini, güvenliği ve sosyal hayatı önemli oranda etkilemektedir. Yaşlı bireyler sadece fiziksel sağlıklarını değil; psikolojilerini, spiritüel iyilik hallerini, sosyalliklerini etkileyen yeni bir gelişimsel döneme girmektedirler. Öyle ki; yaşlılıkla ilişkili olsa da; her zaman yaşlanmaya bağlı ortaya çıkmayan bu fonksiyon kayıpları ya da değişiklikleri “stigmatizasyon” sebebi haline dahi gelebilmektedir. Tüm yaşlı bireylerin “fonksiyonlarını kaybetmiş olduğu; duyuşsal, cinsel ya da sosyal açıdan tam bir yetersizlik gösterdikleri” düşüncesi de yaşlı bireylerin yardım aramalarını etkilemektedir. Yaşlılıkla ilişkili olduğu düşünölen fonksiyon kayıplarına; toplumsal açıdan sınırlayıcı düşünceler geliştirmek ve yaşlı bireyleri “komik” algılamak da fonksiyon kayıplarının yanlış algılandığını göstermektedir. Yaşlılık ilişkili fonksiyon kayıplarının kesin olarak gerçekleşecek gelişmeler olmadığı bilinmektedir. Fonksiyon kaybı yaşayan yaşlı bireye hemşirelik bakımı ve tanıları sırasında özellikle dikkat edilmelidir. Hemşire gerekirse ev halkına (yaşlı

birey ile birlikte yaşıyan) fonksiyonlardaki değişikliklerin ‘‘ne durumda olduğunu ve bireyin bu değişiklikler sonucunda ne hissedeceğini’’ açıklayabilmelidir. Bu kitap yaşlılık ile ilgili sınırlı değişiklikleri anlatmaktadır. Yaşlılık gelişim döneminin son ve en karmaşık evresi olarak bilinmektedir. Öyle ki bu karmaşık dönem bireyi ihmaller ve istismarlara karşı da açık hale getirebilmektedir.

Yaşlılıkla ilgili değişiklikleri ‘‘psikiyatrik’’ açıdan değerlendirebilecek, organize edilmiş bir hemşirelik sertifika programı ya da yüksek lisans-doktora eğitiminin olmayışı önemli bir alana ait bakımın eksik kalabileceği sorularını doğurmaktadır. Üstelik medikal sağlık öğrencilerinin de geriatrik psikiyatri seçiminin tüm dünyada ‘‘az’’ olduğu vurgulanmaktadır.

Kitap yaşlanmaya bağlı gelişen fonksiyon bozuklukları ve geriatrik bazı güncel konularda hemşire ve hemşirelik öğrencilerine temel bilgiler sunmayı hedeflemektedir.

Öğr. Gör. Pınar HARMANCI

# **1. YAŞLILIKLA DEĞİŞEN CİNSEL FONSIYONLARIN PSİKOLOJİK ETKİLERİ**





Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlanmayı sınıflandırmıştır. 65-75 yaş arasını yaşlı, 75-85 yaş arasını orta yaşlılık, 85 ve üzerini ise ileri yaşlılık dönemleri ile belirtmektedir. Yine DSÖ (2006)' da cinselliği; cinsel yaşam süresince devam eden cinsel aktiviteler, cinsiyet rolleri, cinsel yönelim, haz, erotizm ve üreme'' olarak tanımlamaktadır. Ancak bu kavramların hepsi aynı anda olmayabilir. Cinsellik birçok açıdan çevreden kişinin içsel süreçlerinden etkilenen bir süreçtir. Cinselliğin yaşlı bireylerde kültürel engellere maruz kalması, yaşlı bireyin 'cinsel aktivite sorunlarını'' yaşlılığın bir parçası olarak görmesi, toplumun ''cinsellik ve yaşlılığı'' birlikte söylerken alaycı bir bilince sahip olması, yaşlının ''sağlıklı cinselliği'' konusunda eğitilmiş ve danışman rolü üstlenecek profesyonellerin olmayışı, ülkemizdeki sağlık profesyonellerinin bu konunun önemini ihmal etmesi, özellikle yaşlı bireylerle hem hastalık sürecinde hem de aktif yaşlanma sürecinde birlikte olan hemşirenin bu alanı yeterince değerlendirmemesi; yaşlı bireyin ''cinsel sorunlarının'' psikolojik göstergelerle artacağını işaret etmektedir

## GİRİŞ

Yaşlanma ile duygusal, sosyal, fiziksel, psikolojik birçok farklılıklar yaşanmaktadır. Yaşlılık döneminde artan kronik hastalıklar, değişen hormonal denge, fiziksel güçsüzlük, artan ruhsal sorunlar, değişen sosyal statü beraberinde çok güçlükler ortaya çıkarabilen bir süreç yaratabilmektedir. Bununla birlikte her yaşlı birey aynı süreçten geçmeyebilmektedir, kadın ve erkek bireyler arasında da hem sosyal hem duygusal hem de fiziksel farklılıklara bağlı olarak değişen bir süreç göze çarpmaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlanmayı sınıflandırmıştır. 65-74 yaş arasını yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlılık, 85 ve üzerini ise ileri yaşlılık dönemleri ile belirtmektedir (2). Yine DSÖ (2006)' da cinselliği; cinsel yaşam süresince devam eden cinsel aktiviteler, cinsiyet rolleri, cinsel yönelim, haz, erotizm ve üreme'' olarak tanımlamaktadır. Ancak bu kavramların hepsi aynı anda olmayabilir. Cinsellik birçok açıdan çevreden kişinin içsel süreçlerinden etkilenen bir süreçtir (1). Bu bilgiyle birlikte bilinen bir başka gerçek ise hem Türkiye'de hem de dünyada yaşlı

birey sayısı giderek artmaktadır. Bu artış yaşlı bireylerin ihtiyacı olan sağlık bakım yaklaşımlarını da değiştirmektedir. Hatta yaşlı bireylerin değişen dünyadan beklentileri de değişmektedir (4,5,6). Cinselliğin yaşlı bireylerde kültürel engellere maruz kalması, yaşlı bireyin ‘cinsel aktivite sorunlarını’ yaşlılığın bir parçası olarak görmesi, toplumun ‘cinsellik ve yaşlılığı’ birlikte söylerken alaycı bir bilinçle sahip olması, yaşlılığın ‘sağlıklı cinselliği’ konusunda eğitilmiş ve danışman rolü üstlenecek profesyonellerin olmayışı, ülkemizdeki sağlık profesyonellerinin bu konunun önemini ihmal etmesi, özellikle yaşlı bireylerle hem hastalık sürecinde hem de aktif yaşlanma sürecinde birlikte olan hemşirenin bu alanı yeterince değerlendirmemesi; yaşlı bireyin ‘cinsel sorunlarının’ psikolojik göstergelerle artacağını işaret etmektedir (14, 15, 16).

Bu kapsamda; bu derleme çalışması göz ardı edilen ‘yaşlı cinselliğinin ortaya çıkardığı psikolojik etkilerin’ önemine vurgu yapmakta ve farkındalık yaratmakta önemlidir.

## **Cinsel Fonksiyonlardaki Değişimin Yaşlı Bireylerdeki Psikolojik Etkileri**

Yaşlılıkla birlikte hem kadında hem de erkekte önemli fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Kadınlarda, hormonal etkinliğin değişmesiyle birlikte vajinal daralma ve kısıalma, vajinal salgılardaki azalma ve vajinal epitelin düzleşmesi, enfeksiyonlara yatkınlığın artması gibi nedenler ortaya çıkabilmekteyken; erkelerde, hormonal etkiler erektil disfonksiyona neden olmaktadır. Kadınlarda uterus ve overlerdeki atrofinin yanı sıra önemli bir diğer gelişme de memelerde fibröz doku artışı, meme sertliğinde artma ve memede sarkıklık meydana gelmektedir. Buna rağmen erkelerde olan değişiklikler genellikle fiziksel değişiklikler değildir. Yaşlı erkek bireylerin cinsel sağlıkları daha çok ‘‘aktivite intoleransı, beden imajında değişiklik, erektil disfonksiyona’’ bağlıdır (7). Bu bilgi yaşlı erkek bireylerin cinselliklerinin daha fazla psikososyal etkilerle değişeceği izlenimi vermektedir. Ancak yaşlı kadın bireyler için sağlıklı cinsel yaşantıların sürdürülebilir olması için psikososyal faktörlerin daha etkili olduğunu bilmekteyiz (8).

Tüm dünyada yaşam süresinin uzaması cinsel ihtiyaçların değişmesine neden olmaktadır. Oysa cinsellik sanki bir gençlik eylemi gibi düşünülmektedir. Hatta yaşlı bireylerin cinselliklerinin olmadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte 90'larında bir yaşlı bireyin de sağlıklı cinsellik yaşayabileceği bilinmektedir. Yaşlılıkta ortaya çıkan libido azlığı ve cinsel ihtiyaçlardaki azalma "sağlıklı cinsellik" yaşamak için engel olarak görülmemektedir (10). Örneğin; yaşlanmaya bağlı olarak orgazm için daha fazla uyarıcının olması gerektiği ve uyarının uzun sürmesi gerektiği görüşü doğruyu yansıtmamaktadır. Öyle ki, yaşlılığa bağlı cinsel sorunlar çoğu kez "normal yaşlanma süreci" ile açıklanmakta, yaşlı birey de bunu içinde bulunduğu toplumun dinamikleri ile içselleştirmektedir (9).

Yaşlanmayla beraber ortaya çıkabilen kronik ağrı sendromunun da libidonun düşmesine neden olduğu bildirilmektedir. Yine yaşlı bireylerde menapoz ve andropozun etkisiyle ortaya çıkan kızgınlık, anksiyete, depresyon, zihinsel fonksiyonlarda bozulma, yorgunluk cinsel ilişkiye girmekten çekinmeye neden olmaktadır,

aynı şekilde cinsel ilişkiye girmede motivasyonun azlığı da; bu ruhsal sorunları pekiştirmektedir (24,25).

Channon ve Ballinger (1986) 'da yaptıkları çalışmada; fiziksel değişikliklerle birlikte değişen cinsel fonksiyon sürecinde yaşlıların en çok depresyon nedeniyle libido kaybı yaşandığını anksiyete nedeniyle de ilişki sıklığında azalmanın olduğuna dikkat çekmektedirler. Din ve ark (2019)' da Malazya'da yaşlılarda depresyon ve seksüel yeterlilik arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; seksüel yeterlilik ve depresyon arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedirler. Zhong ve ark (2018) ' de Amerika'da yaptıkları ve yaşlılarda cinsellik ile duysal disfonksiyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; duysal disfonksiyon ile cinselliğin olmaması arasında bir ilişki olabileceği ancak yaşlı bireylerde cinsel aktivitenin sürdürülmesi için önemli olanın cinsel motivasyon olduğunu söylemektedirler.

Sathyarayanan ve ark (2018)'de yayınladıkları klavuzda; yaşlılıkta cinselliğe motive olmayışın ciddi bir depresyon nedeni olabileceğine ve depresyonda

kullanılan ilaçların, depresyonla birlikte cinsellikte önemli sorunlar oluşturduğunu söylemektedirler. Aynı klavuzda yaşlılıkta meydana gelen cinsellik ile ilgili sorunların çözümünde; cinsel terapilerin, bilişsel terapilerin önemi vurgulanmaktadır.

Tüm bunların yanında yaşlı bireyin kendini çekici bulmaması, cinsel aktivitede başarısız olacağı korkusu, çeşitli nedenlerle değişen (cerrahi, fizyolojik yaşlanma...) bedeni nedeniyle utanma, cinselliği ‘toplumsal dinamiklere uymayan, ayıp gören’ içsel mekanizması, toplum tarafından damgalanma korkusu cinsel aktivitesi olmayan yaşlının doğmasına neden olmaktadır (22). Cinsellik yaşamın her döneminde eşsiz bir deneyim olabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin bu aşamada sağlayacağı motive edici eğitim ve terapiler yaşlının kendini kendine dönük damgalamasını da engelleyecektir (23).

Ülkemizde cinsel terapi eğitimi; hemşirelik eğitimi içinde verilmemektedir. Üstelik hasta bireyi ya da yaşlıyı değerlendiren gözlem formlarında çoğu kez kültürel sebepler nedeniyle (hemşirelik öğrencisinin, hemşirenin



kendi kültürel değerleri ya da hastanın kültürel değerleri nedeniyle yeterince cevap verememesi) atlanmaktadır (18, 19, 20).

Yaşlı bireylerde cinselliğin sağlıklı hale getirilmesi için motivasyon, eğitim, terapi yapan sağlık profesyonellerinin engelleri olarak, bireyin ailesinin ve ya primer bakım vericisinin çıktığını görmekteyiz (21).

Cinselliği yalnızca cinsel birleşme olarak algılamamalıyız. Yaşlılıkta cinsellik; eşlerin fiziksel yakınlığı, dokunma, hoşgörü ve destekle birlikte sarılıp uyuma, eşin sıcaklığını hissetme ile desteklenmelidir. En önemlisi de yaşlının cinsellik ile ilgili sorunlarına bağlı gelişen psikolojik problemlerinin temelinde, yardım arama davranışının olmaması yatmaktadır (25).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak kültür, yaşlının içsel engelleri, toplumsal engeller, ailenin cinselliğe bakış açısı gibi nedenlerden dolayı yaşlı bireyin cinsellikle ilgili sorunlarına çözüm araması gecikmektedir ya da gerçekleşmemektedir. Ülkemizde yaşlı cinselliği ile ilgili yeterince sağlık profesyoneli bulunmamaktadır. Yaşlının cinsel sorunlarının çözümü için bireylere yardım aramaları adına eğitim verilmesi ve eğitimli personelin sahalarda çalışması gerekmektedir. Her ne kadar yaşlanmaya bağlı olarak depresyon, anksiyete, kronik ağrı sedromu gibi sorunlar ortaya çıkabilse de, yaşlının cinsellikle ilgili sorunları bu ruhsal sorunları derinleştirmektedir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva, 2006;sayfalar. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health)
2. World Health Organization (WHO). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Proceedings of The Regional Consultation Convened by Pan American Health Association 2000: 19-22.
3. REYHAN, F., ÖZERDOĞAN, N., & Elif, A. R. I. K. (2018). İHMAL EDİLEN BİR KONU: YAŞLILIKTA CİNSELLİK. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 76-79.
4. Heidari S. Sexuality and Older People: A neglected issue. *Reproductive Health Matters* 2016; 24:1-5.
5. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı 2013. ([eyh.aile.gov.tr/](http://eyh.aile.gov.tr/))

data/544f6b29369dc328a057d006/blob.docx Erişim  
tarihi: 24.03.2017)

6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar Haber Bülteni (Sayı: 24644) Ankara: TÜİK 2017 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644> Erişim tarihi: 16.05.2017)

7. Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi. 2008 [Erişim tarihi 21.04.2012]

8. Fookan I. Sexuality in the later years-the impact of health and body-image in a sample of older women. Patient Educ Couns 1994;23(3):227-33

9. Messinger-Rapport BJ, Sandhu SK, Hujer ME. Sex and sexuality. Clin Geriatrics 2003;11:45-54

10. McNicoll, L. (2008). Issues of sexuality in the elderly. Rhode Island Medical Journal, 91(10), 321.

11. Channon, L. D., & Ballinger, S. E. (1986). Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during

menopause and their relation to anxiety and depression. *British Journal of Medical Psychology*, 59(2), 173-180.

12. Din, H. M., Akahbar, S. A. N., & Ibrahim, R. (2019). The association between depression and sexual satisfaction among Malay elderly in Malaysia. *Heliyon*, 5(6), e01940.

13. Zhong, S., Pinto, J. M., Wroblewski, K. E., & McClintock, M. K. (2018). Sensory Dysfunction and Sexuality in the US Population of Older Adults. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 502-509.

14. Zeiss, A., & Kasl-Godley, J. (2001). Sexuality in older adults' relationships. *Generations*, 25(2), 18-25.

15. Steinke, E. E. (1997). Sexuality in aging: implications for nursing facility staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(2), 59-63.

16. Şen, S., Usta, E., Aygin, D., & Sert, H. (2015). Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 17(60), 64-7.

17. Sathyanarayana, T. R., Tandon, A., Manohar, S., & Mathur, S. (2018). Clinical Practice Guidelines for management of Sexual Disorders in Elderly. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S397-S409.
18. Gölbaşı, Z., & Evcili, F. (2013). Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 182-189.
19. Fışkın, G., & Beji, N. K. (2014). Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*, 56, 73-76.
20. Süt, H. K., Aşcı, Ö., & Gökdemir, F. (2015). Hemşirelik bölümü yaz okulu öğrencilerinin cinsel tutumları ve etki eden faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(4).
21. Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 512-518.

22. de Araújo Nóbrega, T. M., Vasconcelos, S. C., Beserra, J. F., Bittencourt, K. G. D., & da Nóbrega, M. L. (2017). IMPACT OF SEXUALITY IN THE LIFE OF THE ELDERLY PERSON: INTEGRATIVE REVIEW.

23. Brandon, M. (2016). Psychosocial aspects of sexuality with aging. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 32(3), 151-155.

24. Dhingra, I., De Sousa, A., & Sonavane, S. (2016). Sexuality in older adults: Clinical and psychosocial dilemmas. *Journal of Geriatric Mental Health*, 3(2), 131.

25. KAPTANOĞLU, A. Y. (2011). Yaşlı Sağlığı.

**2. 2015-2019 YILLARI ARASINDA TÜRKİYEDE  
YAPILMIŞ ‘YAŞLI RUH SAĞLIĞI’  
ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ**





2030 yılına kadar özellikle Avrupa ve Amerika’da yaşlı oranı şimdinin %20 fazlasını oluşturacağı, tüm dünyada ise; yaklaşık iki milyar yaşlı yaşamına devam edeceği öngörülmektedir. Giderek yaşlanan insanlığın yaşlanmaya bağlı olarak kronik hastalıklarında da bir artış olacağını bilmekteyiz. Ancak bu kronik hastalıklar daha çok fiziksel sorunlar etrafında yoğunlaşmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak bireyin; statü kaybı, beden imajındaki değişiklikleri, yalnızlaşması, eşini kaybetmesi gibi pek çok neden kronik ruhsal sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Amaç: Bu çalışmanın amacı; son beş yılda ülkemizde yapılmış “yaşlı ruh sağlığı” çalışmalarına ulaşmak ve çözüm önerilerini incelemektir. Materyal Metod : Çalışma; “Ulakbim veri tabanı ve Google akademik arama motoru” yolu ile “yaşlı ruh sağlığı, geriatric ruh sağlığı, yaşlı mental sağlığı” kelimeleri ile taranarak yapılmıştır. Bulgular: Çalışma 6 araştırma ve derleme makale ile oluşturulmuştur. **Sonuç** Ve Öneriler: Son yıllarda Türkiye’de yapılmış “yaşlı ruh sağlığı” çalışmaları yetersizdir. Sonuç ve önerilerin dikkat çektiği nokta genellikle “geriatric psikiyatrik” sağlık hizmeti verebilecek sağlık personelinin eksikliği ve yaşlı bireylerin psikiyatrik hastalıklar açısından hassas bir grup olduklarıdır.

## GİRİŞ

Normal yaşlanma biyolojik ya da mental bir patoloji olmaksızın yaş alma süreci olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bilimleri açısından incelendiğinde yaşlanma; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunulması gereken bir gelişimsel dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (3,4). Schaie (2016) yaşlanmanın sadece biyolojik kökenleri ile değil daha geniş bir açıdan değerlendirilmesi gerektiğini bildirmektedirler. Yaşlanmanın; 50’li yaşların sonu, 60’lı yaşların başında psikolojik işlevselliklerde iyilik halinin sürdürebilenler (birinci grup), 80’li yaşların sonuna doğru ılımlı bilişsel fonksiyonlarda gerilemeleri olanlar (ikinci grup ki bu grubun ancak ölümden hemen önce dramatik bir şekilde kötüye gidişlerinin olduğu) olarak şanslı iki grubunun olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte; “başarılı bir yaşlanma süreci” genetik ve sosyoekonomik olarak “iyi” durumda olmanın etkisiyle, ölümden hemen önceye kadar sürdürülebilir optimum bilişsel, fonksiyonel, psikolojik refahla ilişkilendirilmektedir. Schaie bu bakış açısıyla “ Tanıma uyan birinci ve ikinci grup yaşlı bireyler, yaşam

beklentileri ve süreleri beklenen yaşam beklenti ve süresinden fazla olan şanslı kişilerdir” demektedir. Bir diğer yaşlı birey grubu ise ılımlı olarak bilişsel fonksiyonlarında gerilemelerle karşımıza çıkmaktadır. Son grup ise; diğer yaşlanan bireylerden çok daha fazla bilişsel yıkıma sahip olanlar olarak bilinmektedir.

Normal yaşlanma süreci için bir diğer yaklaşım ise; var olan, ortaya çıkmış bir rahatsızlığın olup-olmamasıdır. Bu yaklaşımda yaşlı bireyde kronik bir hastalığın ortaya çıkmış olması yeterli değildir, hastalığa bağlı belirtilerin yaşamı etkiliyor olması gerekmektedir.

Gene Cohen (1992)’de yaşlanmanın ve mental sağlığın arasında bir etkileşim olduğunu söylemektedir ve bu etkileşimin dört temel ayağından söz etmektedir.

1 Psikojenik stresin varlığı diğer sağlık problemlerine yatkınlığı artırabilmektedir.

2 Varolan sağlık problemleri psikiyatrik hastalıklara neden olabilmektedir.

3 Var olan ve süren fiziksel ve mental sağlık problemleri daha büyük sorunlara birlikte neden olabilmektedir.

4 Sosyal ve psikososyal kaynaklar, fiziksel ve mental sağlık sorunlarını etkileyebilmektedir.

Günümüz yaşlılarının tüm bu etkileşim içerisinde bir ruhsal sorun yaşadığında; ruh sağlığı profesyonellerinden önce diğer medikal birim doktorlarına, komşusuna ya da sosyal destek alacağı diğer bireylere-kurumlara başvurduğu görülmektedir. toplumda ve özellikle yaşlı bireyler arasında ruh sağlığı ile ilgili konular sürekli damgalanmaya maruz kalmaktadır. Bu durum yaşlı bireyin yardım arama davranışını engellemektedir ya da geciktirmektedir. Hatta yaşlı bireyler bir ruh sağlığı profesyoneline başvursalar bile, tedavi almakta güçlük yaşamaktadırlar. Bu sürecin daha çok kişinin kendine ve toplumun ruh sağlığı sorunu olan bireye bakış açısının yeri olduğu ön görülmektedir. yaşlı bireyler çoğunlukla hastanede yatışlarının yapılması gereken ciddi ruhsal sağlık sorunları yaşadıklarında düzenli ilaç tedavisi ve terapi

desteği almaktadır. Oysa 1950lerden sonra psikofarmakolojik gelişmeler günümüz yaşlı bireylerinin tedavisini daha rahat gerçekleştirebilmektedir (3,4,5).

Yaşlı bireyin ruh sağlığı bozuklukları ile yardım arayışının olmaması arasındaki ilişkiyi sadece damgalanmaya bağlamak da oldukça basit kalmaktadır. Yaşlı birey kültürel özellikleri, ırkı, cinsiyeti, aile tipi, doğup- büyüdüğü toplumun inançları ve gelenek görenekleri ile de karar verebilmektedir (4,5).

## **AMAÇ**

Bu çalışmanın amacı; son beş yılda ülkemizde yapılmış “yaşlı ruh sağlığı” çalışmalarına ulaşmak ve çözüm önerilerini incelemektir.

## **MATERYAL METOD**

Çalışma; “Google akademik” kullanılarak yapılmıştır. Arama motoruna (2015’den itibaren yapılmış çalışmalar arasından) “yaşlı ruh sağlığı, geriatrik ruh sağlığı, yaşlı mental sağlığı” kelimeleri yazılarak yapılmıştır.

Taramada 852 sonuç bulunmuştur. Bunlardan çalışmanın ‘‘dahil etme’’ ktiretleri olan;

1. Yayınlanmış (makaleye dönüştürülmüş) açikerişim tezler,
2. Türkiye’de yapılmış çalışmalar
3. Tam metnine ulaşılabilen çalışmalar maddeler uymayan ve arama motoruna yazılan anahtar kelimelerin içinde hiç geçmediği ve konu ile ilgisi olmayan 847 çalışma çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmaya 7 derleme ve araştırma makalesi dahil edilmiştir.

Bununla birlikte ‘Google akademik’’ ile ulaşılabilen ancak tam metnine ulaşılamayan birçok ‘yaşlılıkta ruh sağlığı çalışması’’ bulunmaktadır. Bazı dergilerin son yıllarda konu ile ilgili olarak, ‘‘özel sayı’’ ekleri oluşturduğu göze çarpmaktadır.

## **BULGULAR**

Çalışmanın bulguları bu bölümde dahil edilen 7 araştırmaya ait çıktılarını ‘‘yazarın adı, çalışmanın adı,

yöntemi ve sonucu ‘ bölümlerinden oluşan bir tablo (Tablo 1) ile sunulmuştur.

**Tablo 1. Çalışma Kriterlerine Göre; Çalışmaya Dahil Edilen Makaleler**

Yazarın adı	Çalışmanın adı	Çalışmanın yöntemi	Çalışmanın sonucu
Ayşegül BİLGE, Gizem ELBAY, Merve CÜRGÜL, Tuğçe KORU, Sevnaz ŞAHİN	Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel Ve Ruhsal Sağlık Durumları İle Beslenme Durumları Arasındaki İlişki	Çalışma huzurevinde yaşayan 122 yaşlı bireyle tanımlayıcı olarak yapılmıştır.	Çalışmanın sonucunda; yaşlılardaki bedensel ve ruhsal sağlık sorunları ile beslenmelerinin ilişkili olabileceği belirtilmektedir.
Bahar YEŞİL, Behice HAN ALMIŞ	Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Acil Servisine Başvuran Yaşlı Hastaların Sosyo Demografik Ve Klinik Özellikleri	Çalışmada acil servise başvuran 185 yaşlı birey retrospektif tanımlayıcı olarak incelenmiştir.	Anksiyete ve depresyonun yaşlılarda acil psikiyatrik başvurularda başı çektiği bununla birlikte diğer psikiyatrik acillerin de sıklıkla acil servise geldiği bildirilmektedir. Araştırmacılar; sağlık personelinin geriatrik aciller konusunda donanımının artması gerektiğini önermektedir.



<p>Nuray ŞİMŞEK, Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK, Hatice YÜCELER KAÇMAZ,</p>	<p>Yaşlılık Yalnızlık</p> <p>Ve</p>	<p>Çalışma bir derleme çalışmasıdır.</p>	<p>Özellikle yalnızlıkla ilgili riskli gruptaki bireylerin iyi takip edilmesi, eğitilmiş personel tarafından bilgilendirilmesi ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesi bir çok hastalığa sebep olabilecek “yalnızlık duygusunun” giderilmesinde önemli olarak belirtilmektedir. Aynı zamanda çalışma, yaşlılık dönemi ile ilgili araştırmaların artırılmasını, yaşlılarla ilgili sosyal programların artırılmasını, yaşlı birey ve ailesine sosyal desteğin düzenlenmesini önemli görmektedir.</p>
<p>Ferhat TOPER Yasemin ÖZKAN</p>	<p>Huzurevinde Kalan Yaşlıların Algıladıkları Duygusal İstismar Düzeylerinin Bazı Değişkenlerle İncelenmesi</p>	<p>Araştırma ilişki arayıcı tanımlayıcı olarak dizayn edilmiştir.</p>	<p>Geliri iyi olan yaşlı bireylerin diğer yaşlı bireylere oranla daha çok duygusal istismara uğradıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireyler içinde algıladığı duygusal istismar oranı fazla olanların birçoğunun (%74,1) boşanmış bireyler olduğu anlaşılmıştır.</p>

Meral SERTEL, Tülay TARSUSLU ŞİMŞEK, Eylem TÜTÜN YÜMİN	Yaşlılarda kognitif durum, depresyon düzeyi ve denge arasındaki ilişkinin incelenmesi	Araştırma 100 gönüllü bireyde ilişki arayıcı tanımlayıcı olarak dizayn edilmiştir.	Yaşlı bireylerde, bilişsel durum ve depresyon oranı denge ve süreli performans puanlarını olumsuz yönde etkilemektedir.
Murat ASLAN, Çiçek HOCAOĞLU	Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar	Çalışma bir derleme makalesidir.	Yaşlı nüfus önemli bir psikiyatrik ve fiziksel risk altın görölmektedir. Multidisipliner bir sağlık ekibi ile yaşlı bireyin psikiyatrik problemleri çözülebilir ve psikiyatrik morbidite önlebilir görölmektedir.
Nurten Elkin	Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerde Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi	Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerle, tanımlayıcı olarak dizayn edilmiştir.	Çalışmanın sonunda; yaşlı bireylerde depresyon ve yaşam doyumunda düşüklük tespit edildiği görölmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuç

1. Araştırmaların sayısı ve çerçevesi yetersizdir.
2. Türkiye’de “yaşlı psikiyatrisi” alanında eğitilmiş, tanı, tedavi ve bakım sürecinde çalışan profesyonel eleman eksikliği vardır.
3. Yaşlı ruh sağlığını birçok başka (beslenme...) etkilemektedir.
4. Yaşlı bireyler ruh sağlığı bozuklukları açısından riskli grubu oluşturmaktadır.
5. Türkiye’de yaşlı bireyler ve aileleri için yeterli sosyal destek sağlayan kurum yoktur.

### Öneri

1. Çalışmaların kapsamı genişletilip özellikle ruh sağlığı açısından deneysel ve tanımlayıcı araştırma makaleleri elde edilmelidir.
2. Yaşlı bireylerin psikososyal sorunları ile ilgilenen yerel birimlerde masalar kurulabilir.

3. Yaşlı bireylerin ruh sağlığını etkileyen çevresel ve ekonomik faktörler de bütüncül olarak incelenmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Cohen, G. D. (1992). The future of mental health and aging. In Handbook of mental health and aging (pp. 893-914). Academic Press.
2. Schaie, K. W. (2016). Theoretical perspectives for the psychology of aging in a lifespan context. In Handbook of the psychology of aging (pp. 3-13). Academic Press.
3. Blazer, D. G., & Schultz, S. K. (2018). Geriatric psychiatry. *Psychiatric Clinics*, 41(1), xiii-xv.
4. Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2018). *Aging and mental health*. John Wiley & Sons.
5. Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Barriers to mental health treatment in rural older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1172-1178.
6. Bilge, A., Elbay, G., Cürgül, M., Tuğçe, K. O. R. U., & Şahin, S. (2017). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel Ve Ruhsal Sağlık Durumları İle Beslenme

Durumları Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 40-45.

7. YEŞİL, B., & ALMIŞ, B. H. (2017). Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Acil Servisine Başvuran Yaşlı Hastaların Sosyo Demografik ve Klinik Özellikleri. Fırat Tıp Dergisi, 22(3).

8. Kaçmaz, H. Y. (2018). Yaşlılık Ve Yalnızlık Old Age And Loneliness Nuray Şimşek Gülhan Küçük Öztürk. The Journal, 11(58).

9. Toper, F., & Özkan, Y. (2018). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Algıladıkları Duygusal İstismar Düzeylerinin Bazı Değişkenlerle İncelenmesi Investigation Of Perceived Emotional Abuse By Elderly People Rest In Nursing Home With Some Variables. The Journal, 11(57).

10. Sertel, M., Şimşek, T. T., & Yümin, E. T. (2016). Yaşlılarda kognitif durum, depresyon düzeyi ve denge arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation, 3(3), 90-95.

11. Aslan, M., & Hocaoglu, C. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 53-62

**3. BİR ALT UZMANLIK ALANI:  
GEROPSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNİ ANLAMAK**





Yaşlılık birçok farklı nedenle ortaya çıkmaktadır; yaşam boyu geçirdiğimiz hastalıklar, protein metabolizmasında ve yapısındaki değişiklikler, hastalıklara bağlı mitokondrial ve somatik mutasyonlar, hücresel bölünmenin sınırlılığı... Biyolojik olarak yüz civarında teori olduğu söylenmektedir. Örneğin immünolojik açıdan; yetişkinlikte en iyi düzeyine ulaşan savunma mekanizmamız yaşlılıkla birlikte mutasyonlara, yaralanmalara, hastalıklara neden olmaktadır. Ya da tam tersi yaşlılıkla birlikte, bireye ait vücut hücrelerini tanıyan Ümmin sistemin, patojen ve kendi hücrelerinin ayrımını yapamadığı için vücut hücrelerini yok etmeye başlaması olarak bilinmektedir. Bir başka açıdan yaşlanmayı açıklayan biyolojik teori de; anaerobik metabolizma ile serbest radikallerin hücrelerde birikip zarar vermesi ile karakterizedir. Ancak bu yaşlanma sürecinde neyin normal, neyin patolojik yaşlanma olduğu bilinmemektedir. Tüm bu teorilere ek olarak; DNA'daki bireysel değişiklikler, kopma kısalma ya da RNA sentezindeki hatalı protein yapıları, biyolojik olarak yaşlanmayı başlatan gen dizilimlerinin tartışıldığı görülmektedir (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15).

Jeste ve ark (1999)' da yaşı ruh sağlığının sorunlarını ortaya çıkan ve yaklaşan bir kriz olarak göstermektedirler. Çünkü yaşı ruh sağlığı elemanlarının yetişmemiş ya da yetersiz oluşu, bu alana ayrılan finansal gücün azlığı, sağlık bakım hizmetlerinin yetersiz ve haksız dağıtımı psikiyatrik bakım ihtiyacı olan yaşı birey için önemli engeller olarak bildirilmektedir. Tıp Enstitüsü (2008)'de mevcut hemşire uygulayıcılarının, yaşı bireyin akut hastane gereksinimine, uzun dönem bakımına, primer ve hastaya özel öncelikli bakıma cevap verecek eğitimi aldığını söylemektedir. Buna karşın temel yaşı ruh sağlığı gereksinimleri yaşlılığın çok boyutlu ele alınma ve tanınması ile olabilmektedir. 2006'nın Nisan ayına kadar olan süreçte, Amerikalı hemşirelerin sadece %1'inin bu eğitimi aldığı söylenmektedir. Hatta yetmiş bin-seksen bin yüksek hemşire arasında yüzde beş ya da altı civarında yaşı sağlığı eğitimi alan hemşire bulunmaktadır (18,19).

Ülkemizde de durum pek farklı olmamakla birlikte genel yaşlı sağlığı hemşireliği yüksek lisans ve doktora programı çok az sayıda üniversitede bulunmaktadır. Bulunan programların ders içerikleri yoğun olarak fizyolojik yaşlanma ve yine fizyolojik patolojilere odaklanmakla birlikte, geropsikiyatri seçmeli ders olarak görünmektedir ( 16,06.07. 2019 internet erişimi).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) (1998) , hem genel hemşirelere hem de gelişmiş geriatrik hizmet standartları sunabilecek ve güvenliği sağlayacak, kişisel farklılıkları gözlemleyecek ve yaşlı bireyin ruh sağlığına yönelik bireysel tedbirler alabilecek hemşirelerin de olmasını öngörmektedir. Bu kapsamda hemşirelik sürecini yönetirken görev planlanmasını da içeren bir fikir de sunmaktadır;

**Tablo 2: Üç farklı hemşirelik alanında geriatrik bakım süreci uygulama**

	Gerontoloji hemşiresi	Psikiyatri hemşiresi (Tüm basamaklarda mental sorunlara yönelik algoritma vardır)	Entelektüel ve gelişimsel yeti yitimi hemşiresi
<b>Ön Değerlendirme</b>	Sağlık verilerini toplar.	Yaşlı bireyin sürekli sağlık durumunu ve şu anki durumunu karşılaştırır.	Yaşlı bireyin sürekli sağlık durumundaki ve şuanki durumunda varolan belirtileri karşılaştırır.
<b>Tanılama</b>	Verilere uygun tanıları belirler, ve verileri inceler.	Risk düzeyini de içine alan tanılarını belirler.	Belirtilere ait verilere uygun tanılarını belirler.
<b>Sorunun tanımlanması /kişisel çıktılar</b>	Bireyin beklenen, olası sürecini belirler.	Kişisel olarak değerlendirdiği yaşlı bireye özgü beklenen sonuçları organize eder.	Kişisel belirtilerine yönelik olası sonuçları belirler.
<b>Planlama</b>	Beklenen çıktılara ulaşmak için müdahalelerini planlar.	Hem alternatif hem de stratejik bakım müdahaleleleri için bakım planı geliştirir.	Belirtilere uygun çıktılar için alternatif bakım müdahalelerini planlar.

<b>Uygulama</b>	Bakım planını uygular.	Geliştirdiği bakım planını uygular.	Bakım planını uygular.
<b>Değerlendirme</b>	Beklenen çıktılara göre müdahaleyi değerlendirir.	Çıktılar için geliştirdiği alternatif sürece ait müdahaleleri değerlendirir.	Belirtilere yönelik programlarını değerlendirir.

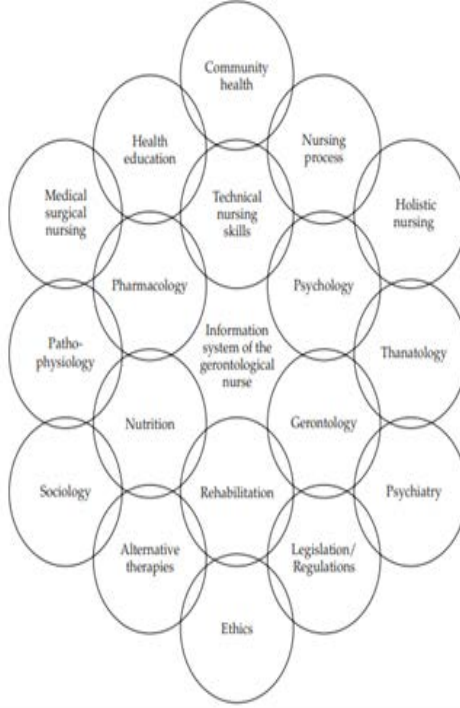
Kaynak: Data from American Nurses Association and American Association on Mental Retardation (2004); American Nurses Association, American Psychiatric–Mental Health Nurses Association, & International Society of Psychiatric–Mental Health Nurses (2007); and American Nurses Association (2001). Reproduced with permission of the American Nurses Association.

Geropsikiyatri hemşiresi, üç farklı uzmanlık alanının işini tek bir alt uzmanlıkta çözebilmektedir. Çünkü medikal bilim, psikiyatri hemşireliği teorileri, insan ve davranışı ile ilgili bilimler, sosyal bilimlerin tüm teorilerini kullanabilmektedir. Geropsikiyatrik vakalar çok çeşitli yönleri ile incelenmektedir. Yaşlı bireyler, diğerlerinden daha farklı kültürel bağlılıklar yaşayabilmekte, hatta uzun yaşam dönemlerinde aynı toplumda farklı sosyolojik süreçler yaşayarak ruhsal sağlık sorunları yaşayabilmektedir. Ya da nörobilişsel sürecini değiştiren biyolojik patolojilerin ortaya çıkardığı

psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedirler. Gerontolojistler multidisipliner bir yaklaşım, bakım, rehabilitasyon sürecini içine alan teoriler geliştirmişlerdir (20,21).

Geropsikiyatri hemşiresi tüm ayakları “birey için, bireye özgü” oluşturacağı bakım planları ile gerçekleştirebilecektir. Yaşlı bireyi; fizyolojik süreçleri, mental süreçleri, yeti yitimnin derecesi ve süreci, sosyal faktörlerinin etkileşimi, kültürüne ve bireye empatik yaklaşımı içine alan geniş kapsamlı bir değerlendirmede geropsikiyatri hemşiresi tanılayıcı, değerlendirici ve açıklayıcı olabilecektir. Akut bakım süreçlerinde kriz yöneticisi, vaka yöneticisi, terapist gibi roller de alarak yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu mental sağlık hizmetlerine ulaşmasını kolaylaştıracaktır (19).

Bu kapsamda geropsikiyatri hemşiresinin bilgi sistemlerinin birbirleri ile ilişkili ve holistik kavramlar olduğu düşünülmektedir (Şekil.1).



### Şekil.1: Geropsikiyatri Hemşiresinin Bilgi Sistemleri

Kaynak: Adapted from Eliopoulos, 2010, p. 74. Reproduced with permission.

Şekilde görüldüğü gibi yaşlanma süreci ve gelişen ruhsal hastalıkları çok farklı kavramlarla açıklanabilen birçok alanın etkili olduğu bir süreç olarak karşımıza



çıkılmaktadır (Şekil.1). Geropsikiyatri hemşiresi; etik, terapi, beslenme, psikiyatri, cerrahi sürecin etkilerine yönelik temel bilgi, holistik bakım, psikoloji, patofizyoloji, teknik hemşirelik becerileri, sosyoloji... gibi alanlarda eğitim almış ve ya nasıl yardım alacağını bilen bir süreci yönetebilecek alt bir psikiyatri hemşireliği alanıdır.

Eğitim olanaklarının artırılmasından doğacak maddi kayıp, hiçbir zaman eksik alınan bakım sürecinin yarattığı tahribattan büyük olmayacaktır.

## **KAYNAKLAR**

1. Oğuz MT. Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişimler [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı; 2007.
2. Güler Ç. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S, editörler. Geriatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. s. 50-60.
3. Baştürk B, Boyacıoğlu S. İmmün yaşlanma. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7(3): 159-61.
4. Pawelec G. Immunosenescence and vaccination. Immunity & Ageing. 2005; 24(2): 2-16.
5. Karabulut H, Gülay MŞ. Serbest radikaller. MAKÜ Sağ Bil Enst Derg. 2016; 4(1): 50-9.
6. Shinde A, Ganu J, Naik P. Effect of free radicals & antioxidants on oxidative stress: a review. J Dental Allied Sciences. 2012; 1(2): 63-6.

7. Sohal RS, Mockett RJ, Orr WC. Mechanisms of aging: an appraisal of the oxidative stress hypothesis. *Free Radic Biol Med.* 2002; 33(5): 575-86.
8. Öksüzokyar MM, Eryiğit SÇ, Öğüt DK, Erdoğan MB, Sökmen ÜN, Öğüt S. Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. *MAKÜ Sağ Bil Enst Derg.* 2016; 4(1): 34-41.
9. Müftüoğlu M. DNA tamiri ve erken yaşlanma sendromları. *Turk J Biochem.* 2003; 28(1): 20-4.
10. Arı N, Işık AC, Karasu Ç. Yaşlanma ve ileri glikozillenme son ürünleri. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics.* 2008; 1(2): 9-15.
11. Şekeroğlu ZA. Oksidatif mitokondrial hasar ve yaşlanmadaki önemi. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi.* 2009; 2(2):69-74.
12. Jazwinski SM. Aging and longevity genes. *Acta Biochimica Polonica.* 2000; 47(3): 269-79.
13. Bhaskar SM, Janine HS, Bennett VH. Mitochondrial DNA repair and aging. *Mutat Res.* 2002; 509(3): 127-51.

14. Burçak G, Andican G. Oksidatif DNA hasarı ve yaşlanma. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2004; 35(1): 159-69.

ASLAN, M., & HOCAOĞLU, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 53-62.

15. [https://ebys.ege.edu.tr/ogrenci/ebp/organizasyon.aspx?kultur=tr TR&Mod=2&ustbirim=193&birim=44&altbirim=3&program=4400&organizasyonId=60066&mufradatTurId=932001](https://ebys.ege.edu.tr/ogrenci/ebp/organizasyon.aspx?kultur=tr%20TR&Mod=2&ustbirim=193&birim=44&altbirim=3&program=4400&organizasyonId=60066&mufradatTurId=932001) (erişim 06.07.2019)

16. Data from American Nurses Association and American Association on Mental Retardation (2004); American Nurses Association, American Psychiatric–Mental Health Nurses Association, & International Society of Psychiatric–Mental Health Nurses (2007); and American Nurses Association (2001). Reproduced with permission of the American Nurses Association.

17. Jeste, D. V., Alexopoulos, G. S., Bartels, S. J., Cummings, J. L., Gallo, J. J., Gottlieb, G. L., et al. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in

geriatric mental health: Research agenda for the next two decades. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 848–853.

18. Melillo, K. D., & Houde, S. C. (Eds.). (2005). *Geropsychiatric and mental health nursing*. Jones & Bartlett Learning.

19. Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf.

20. McHugh, P. R., & Clark, M. R. (2006). Diagnostic and classificatory dilemmas. In *ve okuma gibi* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

21. Adapted from Eliopoulos, 2010, p. 74. Reproduced with permission.

## **4. YAŞLILIKTA DUYUSAL DEĞİŞİKLİKLER**



Yaşlı bireylerin duyularıyla çevresel etkileşimleri kişisel deneyimleriyle ilgilidir. Görme, işitme, koklama, tatma çevresel duyarlılık ve bunlar aracılığıyla güvenli etkileşim, dünyadan zevk alma yine yaşlı bireylerde kişisel deneyimlere dayanmaktadır. Duyusal fonksiyonlardaki değişiklikler insanların yaşlarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu duyuşal değişiklikler kişinin kabiliyetlerine, çevresiyle etkileşimini yaşam kalitesini negatif etkileyebilir. Örneğin işitmedeki değişiklikler yaşlı bireylerde iletişim becerilerine, görmedeki değişiklikler güvenli ilaç alımını ve sağlıklı diyetini etkileyebilmektedir. Araştırmacılar yaşlılardaki duyuşal bozulmanın tahmin edilenden daha tehlikeli olabileceğini söylemektedirler. Günümüzdeki çalışmalar duyuşal bozulmaların ( özellikle görme ve işitmedeki bozulmalar ) mortalite artışının bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Görme ve işitme kabiliyetleri konuşma dışında seslenme ve okuma gibi dilin kullanımında temel önem taşımaktadır. Koklama duyusundaki azalmalar yaşlı bireylerin yangın ya da bozulmuş gıdaların kokusuna ait verileri almasında problem oluşturabilmektedir. Birçok yetişkin tat alma duyusundaki azalmanın yeme isteğinde



azalmaya yol açtığını söylemektedir. Çevresel duyarlılığın azalması yaşlı bireylerde düşme riskini artırmaktadır.

### **Görme:**

Yaşlı insanlarda yaşla birlikte gelişen görmeyi olumsuz etkileyen ciddi değişiklikler vardır. Görmede bulanıklığın başlaması sınırlı görme alanının gelişmesi pubillerin kontraksiyon ve dilatasyonunun daha uzun sürmesi akomodasyonda azalma ve presbyopia ( lenslerdeki elastikiyetinin kaybı ve kas fiberlerinin göz lenslerinde meydana getirdiği hareketin azalması ile karakterizedir.) yaygınlaşması.

### **İşitme:**

İşitme kanallarındaki kıl fiberlerinin fonksiyonlarındaki azalma yaşlanmaya bağlı gelişen normal bir değişikliktir. Kulak zarının daha az esnek olması üzengi kemiğinin üzerindeki vibrasyonun azalmasına bu da seslerin daha sınırlı duyulmasına neden olmaktadır. Yaşlanmayla birlikte gelişen yüksek frekanslı duyuşal işitme kaybı aslında çok merkezli değişikliklerden ileri gelmektedir. Kan damarlarındaki değişiklikler kıl

hücrelerinin kademeli olarak kaybedilmesi bu değişiklikleri desteklemektedir. Genetik çevresel maruziyet mitokondriyal DNA yaralanmaları diğer nedenler arasında bilinmektedir.

### **Koklama:**

Koklamada da yaşla birlikte değişiklikler yaygın olarak görülmektedir fakat yaşlanmanın doğal bir parçası olarak düşünülmemektedir. Sıklıkla yaşlı insanlar koklama sorunlarıyla ilgili şikayet etmektedir. Yaş ve cinsiyet koklamanın duyuşsal kayıplarıyla ilişkilidir yaşlı erkekler daha fazla koklama sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Çevre travma bozukluklar ve hastalıklar koklama kaybına neden olabilmektedir. Koklama kayıpları nörolojik değişikliklerle de ilişkilili görünmektedir. Örneğin; parkinson bozukluğu ya da genetik ilişkilili alzheimer bozukluğu bunlar arasında sayılabilmektedir.

### **Tat alma:**

Geç yetişkinlerle karşılaştırıldığında dildeki yanmayla karakterize ağrı ve dokunma gibi somatik duyarlılık olmayan tat duyarlılığı yaygın olarak yaşlı

bireylerde daha fazladır. Buna rağmen tat alma duyusunun tamamen kaybı nadiren görülür ve tatlardaki değişiklikler ağız diő sağlığı ile daha sık karşımıza çıkmaktadır. Rinit alerjiler, enfeksiyonlar, ilaçlar, kanser tedavisi ( özellikle baş boyun) de tat alma duyusunda değişikliklere neden olan faktörler arasında görölmektedir.

### **Çevresel algı:**

Periferik sinir fonksiyonları ( dokunma duyusunun kontrolünü sağlarlar) yaşla birlikte azalma göstermektedir. Bu fonksiyonlar dokunma duyusunun kontrolünü de sağlamaktadır. Bu nedenle dokunma algısında ki azalmalar periferik sinir fonksiyonlarının azalmasıyla iliőekli görölmektedir. Ağrı uyarını yaşla birlikte azalmaktadır. Fakat bu durumu ağrı stimölazasyonunun zamanında uzama olarak da görebilmekteyiz.

## **Duyusal mekanizmaların muayenesinde hemşire değerlendirmeleri:**

### **Görme:**

Görmenin değerlendirmesinin temel parçası yaşlının sağlığı ile ilgili hikayeleridir. Ciddi sağlık sorunları yaşayan yaşlı birey görme duyusunda bozukluklarla karşılaşmaktadır. Örneğin diyabetin bozukluk ilişkili retinopati ile ilgisi olduğu bilinen yaygın bir gerçektir. Hipertansiyon hastaları hipertansiyona bağlı retinopati riski taşımaktadır. Hemşire bu noktada hastaya kronik hastalıklarının yanında kornea ile ilgili y da bir katarakt cerrahisi ile ilgili sorular sormalıdır. Ülkemizde olmamasına rağmen Amerika'da çalışan hemşireler gözün reflekslerini, hareketini değerlendirmek amacıyla oftalmoskop kullanabilmektedir. Pupil kontraksiyonu sıklıkla zor sağlanmaktadır. Karanlık bir oda pupillerin dilatasyonuna sıklıkla yardım edebilmektedirken, kontraksiyon sırasındaki değerlendirmeler kolay yapılamamaktadır. Katarakt retinanın önünde lensin ise bir kısmında karanlık bir gölge gibi ortaya çıkmaktadır.

Her bir göz dilatasyonundan önce görme testleri tamamlanmalıdır. Örneğin göz çarkları altın standarttır, görme uzaklığını değerlendirme de çok sık kullanılmaktadırlar. Sıklıkla 4 metreden daha az bir uzaklığı görme kabiliyeti olan yaşlı birey diyabeti de mevcutsa dikkatle takip edilmelidir. Yakını görmek doğru yiyecekler ve doğru ilaçları kullanmak için sağlık literatüründe önemli görülmektedir.

### **Görme ile ilgili sorular şunlar olabilmektedir:**

- Son göz muayeneniz ne zaman yapıldı?
- Görmenizi nasıl tanımlarsınız?
- Görmenizde herhangi bir değişiklik var mı? Bu değişikliği ne zaman farkettiliniz?
- Görmenizde herhangi bir bulanıklık var mı?
- Çift görüyor musunuz?
- Sınırlı bir görme alanına sahip misiniz?
- Görmenizde ağrı var mı?
- Gözünüze bir travma aldınız mı ya da bir yaralanma hikayeniz var mı?
- Göz ameliyatı geçirdiniz mi?

- Kataraktınız var mı?
- Ailenizde göz sorunları var mı?

## **Yaşlı insanlarda görme değişikliklerinin belirleyicileri:**

### **Görme bozukluğunun hasta güvenliğine etkisi:**

- İlaçlarını düzgün kullanmakta ve okumakta zorluk.
- Yön bulmada zorluk.
- Araba kullanmakta zorluk.
- Karşıdan karşıya geçerken zorluk.

### **Görme bozukluğunun yaşam kalitesine etkisi:**

- İşlerini bağımsız yerine getirebilmekte.
- Okumada zorluk ya da okuyamama.
- Düşme.

Hemşire yaşlı bireye görme bozukluğu değerlendirmelerinden sonra güvenli bir çevre sağlamak için yardım etmelidir. Özellikle gece ışığı mutlaka sağlanmalıdır. Yaşlı bireyin tolere edebildiği kadar okuma yapmasına izin verilmeli ve okuma ışığı düzgün

ayarlanmalıdır, mümkünse direk göze gelmemeli okunacak alan aydınlatılmalıdır. Işık kişiye göre farklı pozisyonlarda denenebilmelidir. Gözlük kullanımı yaşlı bireye bir sınırlanma hissettirebilmekte ve zor gelebilmektedir. Bu durumda gerekirse aileye de gözlük kullanımının önemi anlatılmalıdır. Yıllık kontroller hatırlatılmalı ve önemi anlatılmalıdır.

### **İşitme:**

Yaşlı bireyler sık sık işitme ilişkili bozukluklarını kendileri bildirmektedir. İşitme ilişkili sorunlar 65-74 yaş arasında %25, 75 yaştan sonra %50 ve üzeri olarak bildirilmektedir. İşitme sorunları yaşlı erkek bireylerde yaşlı kadın bireylerden daha fazla ve daha ilerleyicidir. Tüm yaşlı bireylerin 1/3 'ü işitme sorunları yaşamaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan popülasyon önemli oranda artmış görünmektedir. Yaşlı bireylere işitme testleri uygulandığında bireylerin farkına varmadıkları işitme kayıplarının da çok ciddi bir düzeyde olduğu görülmektedir. dolayısıyla odyometrik testlerin uygulandığı yaşlı bireylerde %90 oranlarına varan işitme kayıpları tanımlanabilmektedir. İşitme

kaybının tüm yaşlı bireylerde rutin bir şekilde ortaya çıktığı ve odyometrik testlerin bu bireylerde rutin olarak kullanılmadığı bilinse de yaşlı bireylerin yaş ilişkili işitme bozuklukları yaşadığı bilinmektedir. Sık sık daha ciddi işitme kayıpları yaşlı birey tarafından daha ileri yaşlarda farkedilmektedir. Yaşlı bireyler çoğunlukla evdeki diğer bireylerin yüksek sesle soru sormasından dolayı şikayetlerde bulanmaktadır. Tüm bunlar progresive işitme kayıpları için birer işarettir. Primer bakım verenler işitme kayıplarının tanımlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Yaşlı bireylerde işitmeyi ölçmek için çok çeşitli testler yapılabilmektedir. Bunlar arasında 10 sorulu olan günlük yaşamı, işitmeyi ve işitme yardımlarının ölçen yaklaşık 5 dakika süren ev halkına uygulanan yaşlı bireyler için işitme engeli ölçeği kullanılmaktadır. Bir diğer önemli test ise 2 adım uzaktan kulak kanalına yerleştirilmiş bir huni yardımıyla seslenerek yapılan (3 kelime ile) whisper testidir. Yaşlı bireyin söylenen 3 kelimeyi de doğru söyleyip söylemediği sorgulanmaktadır. Bir başka test ise el yardımı ile uygulanan odioskop yöntemidir. Direk kulak



zarını hedef alan ve çeşitli desibel miktarlarıyla yapılan bir testtir.

## **Yaşlı bireylerde işitme değişikliklerinin belirleyicileri:**

Yaşlı bireylerdeki işitme bozuklukları iletişimin kalitesini, düşük öz saygıyı, düşük yaşam kalitesini ve hatta yaşlı bireyin sosyal izolasyon yaşamasını beraberinde getirmektedir. Hatta günümüzde demans ve yüksek ölüm oranları ile yakından ilişkili bulunmuştur. İşitme kayıplarına bağlı gelişen işitme ve sorunları ve kelime hafızasındaki değişiklikler yaşlı bireyin güvenlik sorunları da yaşamasına neden olmaktadır. Örneğin ilaçlarını nasıl kullanacağını sadece konuşarak anlatabilmekteyiz. Tüm anahtar veriler yaşlı bireye yanlış ya da hatalı aktarılabilmektedir. Sevdiği insanlar ve arkadaşlarıyla konuşma sorunlarına yol açabileceği ve sınırlı olarak anladığı kelimeler sevdikleriyle ilişkilerinin bozulmasına yol açabileceği için birçok sosyal soruna neden olabilmektedir. Ancak yaşlı bireyler stigmatizasyon iyi sağlık sağlayıcılarına ulaşmak için yaptıkları harcamalar işitme bozukluklarında yardım

aramalarında engellere neden olmaktadır. Bu nedenle çoğunlukla erken dönemde işitme sorunları çözülememektedir. Teknolojinin gelişimi ile birlikte kulak içi araçlar duyma kaybının düzenlenmesinde büyük oranda yardım edebilmektedir. Koklear implantlar diğer bir teknolojik gelişim araçlarıdır ve pozitif çıktılar göstermektedir. Hatta duyma sınırı yaralanmalarında bile önemli gelişmeler kaydedilmektedir.

### **Koku ve tat:**

Koku ve tat birbirinden zorlukla ayrılan iki duyudur. Çünkü özellikle bir yiyecek yendiğinde her ikisindeki algının da iyi olması beklenmektedir. Bu iki duyu kimyasal algılarla birbirine bağlıdır. Burun, ağız, boğaz ve bunlar üzerinde gerçekleşen kimyasal reaksiyonlar her iki duyunun da iyi çalışmasının gerektirmektedir. Her iki duyu da yaşla birlikte bozukluklar göstermektedir. Yaşlı bireylerin % 50 si koku ile ilgili sorunlar yaşamaktadır, bu da güvenlik sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Örneğin bir yangına ait kokuları alamamaktadırlar. Günümüz çalışmaları koku duyusundaki kayıpların Alzheimer ve Parkinson gibi

nörodejeneratif hastalıklarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

## **Yaşlı İnsanlarda Yaygın Olarak Görülen Koku Ve Tat Değişiklikleri**

**Hiposmia:** Koku duyusunun azalmasıdır.

**Parosmia:** Koku duyusunun azalması ya da tuhaf bir koku almadır. ( bu aşamada tuhaf koku sağlayacak bşr dış etken bulunmaktadır.)

**Anosmia:** Koku duyusunun yokluğudur.

**Fantosmia:** Herhangi bir tuhaf koku sağlayacak bir dış etken olmadığı halde kokunun ya da tadın tuhaf algılanmasıdır.

Olfaktör sinir bozukluklarında yaşam kalitesi etkilenmekte ve yaşlı yetişkinlerin ölüm oranları artmaktadır. Yaşlı bireyler bu durumda yemek yeme isteğinde azalma, bozulmuş yemeklerin kokusunu ya da tadını alamama, sigara ya da zehirli gazların kokusunun alınamaması gibi zorluklarla karşılaştıklarını bildirmektedirler. Hemşire kranial sinirin muayenesi için

baş ve boyun incelemeleri yapmalıdır. Eğer bir sinir yaralanması tespit ederse hastayı yönlendirmelidir. Tat bozukluklarını değerlendirebilmek için çok az test bulunmaktadır. Bu nedenle hemşire hastanın hikayesini iyi almalıdır. Hatta sigara, alkol, kokain gibi maddeleri de içine alan madde kötüye kullanımı olup olmadığını sorgulamalıdır.

### **Çevresel algı:**

Periferel nöropati genel tıbbi uygulamalardaki nöropatinin %7sini oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerdeki nöropatik sorunlar 70-79 yaş arsında %28 iken (ayaklardaki his kaybı ile karakterize) 80 yaş ve üzerinde %35 'e kadar artmaktadır. Bu bilgi çok önemlidir çünkü sinir fonksiyonlarındaki azalma yaşam sonu yeti yitimleri arsında görölmektedir. yaşlı bireylerde periferik nöropatiye neden olan çok sayıda faktör vardır. Diyabet, alkol bağımlılığı, osteoporoz, periferel vasküler hastalıklar, enfeksiyonlar, beslenme bozuklukları, maligniteler en büyük nedenler arsında sayılabilmektedir. Çevresel algı azalmalarını: periferel

nöropati, diyabetik nöropati, fantom bacak ağrısı, akut duyu kaybı olarak sınıflandırabilmekteyiz.

Hemşire çevresel algı sorunları yaşayan yaşlı bireye fiziksel muayenesi sırasında fantom ağrılar yaşıyorsa, mutlaka etkilenmiş ekstremitayı de içine alan bir muayene gerçekleştirmelidir. Hemşire diyabeti olduğunu bildiği nöropatik sorunlar yaşayan yaşlı bireye ayak boyunca vibrasyon testi yapmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T. T., & Zwicker, D. (Eds.). (2016). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Springer Publishing Company.

Brooks SE, Peetz AB. Evidence-based care of geriatric trauma patients. *Sur Clin North Am* 2017;97:1157–1174.

Brummel-Smith, K. (2019). Geriatric rehabilitation. *Aging and Disabilities: Seeking Common Ground*.

Caterino JM, Brown NV, Hamilton MW, Ichwan B, Khaliqdina S, Evans DC, et al. Effect of geriatric-specific trauma triage criteria on outcomes in injured older adults: A statewide retrospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1944–1951.

Flaherty JH, Morley JE. Delirium in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:632–634.

Flaherty JH, Steele DK, Chibnall JT, et al. An ACE unit with a delirium room may improve function and equalize

length of stay among older delirious medical inpatients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010;65:1387–1392.

Flaherty JH, Tariq SH, Raghavan S, Bakshi S, Moinuddin A, Morley JE. A model for managing delirious older inpatients. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1031–1035.

Flaherty JH, Yue J, Rudolph JL. Dissecting delirium: Phenotypes, consequences, screening, diagnosis, prevention, treatment, and program implementation. *Clin Geriatr Med* 2017;33:393–413.

Fox, M. T., & Butler, J. I. (2016). Nurses' perspectives on how operational leaders influence function - focused care for hospitalised older people. *Journal of nursing management*, 24(8), 1119-1129.

Holyday M, Daniells S, Bare M, Caplan GA, Petocz P, Bolin T. Malnutrition screening and early aged care: A randomised controlled trial. *J Nutr Health Aging* 2012;16:562–568.

Leibovitz A, Lubart E, Rabinovich H, Baumohl L, Platinovich N, Habet B. A 10-year perspective on the patients referred to a geriatric rehabilitation complex: The influence of managed care. *J Am Med Dir Assoc*

Lindley RI, Amayo EO, Marshall J, Sandercock PA, Dennis M, Warlow CP. Hospital services for patients with acute stroke in the United Kingdom: The stroke Association Survey of consultant opinion. *Age Ageing* 1995;24:525–532.

O’Shea E, Trawley S, Manning E, Barrett A, Browne V, Timmons S. Malnutrition in hospitalized older adults: A multicenter observational study of prevalence, associations and outcomes. *J Nutr Health Aging* 2017;21:830–836.

Vellas, B., & Morley, J. E. (2018). *Geriatrics in the 21 st century.*





## **5. YAŞLILARDA YAŞAM SONU DEPRESYONU**



Yaşam sonu depresyonunun yaşlı bireylerde (%13.3) yaygın görüldüğü bilinmektedir. Bu durum ölüm ve hastalık oranlarının artması ile yakından ilişkili olarak görülmektedir. Hatta tedavi harcamalarının yüksek olması (ülkemizde sosyal sağlık güvenceleri kapsamında bu sorunun yaşanmadığı düşünülmektedir) tedavi sürecinden geçen yaşlı bireylerdeki depresyonun gelişme riskini diğer yaşlı gruba göre 1.86 kat daha fazla artırdığı söylenmektedir. Tedavi edilmeyen yaşam sonu depresyonu düşük yaşam kalitesi, kronik hastalıkların alevlenmesinde artış, ve yaşlı intiharı gibi sorunları beraberinde getirebilmektedir. Yaşam sonu depresyonu tanısında; yaşlı bireyin atipik semptomlarından dolayı sıklıkla yanlış tanılar konulabilmektedir. Buna rağmen erken yaşam sonu depresyonu tanısı hayat kurtarabilmekte ve tedavi edildiğinde iyi prognostik özellikler gösterebilmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam sonu depresyonlarında antidepresanlar %70 oranında kullanılmaktadır ve depresif epizodları büyük oranda antidepresan ile tedavi edilebilmektedir.

Yaşam sonu depresyonu 60 yaşından sonra ortaya çıkan depresyon olarak tanımlanmaktadır. “Depresyon” terimi; Mental Bozukluklar Tanı ve Tedavi Klavuzu (DSM 5) tarafından majör depresif bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Majör depresif semptomların klavuzda yer alan önemli belirteçleri arasında, anhedoni (hoşa giden aktivitelere olan ilgide azalma) ve günün büyük bölümünde depresif duygu durumu yer almaktadır. Bu baş semptomlardan 4 ya da daha fazlası son iki haftada görünüyorsa majör depresyon atağı olduğu söylenmektedir. Tüm bunların yanında kiloda artış ya da azalma, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, tükenmişlik, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon; karar vermede ve konsantrasyonda azalma, değersizlik ve suçluluk hissi, intihar ya da ölüm düşünceleri de tanı koyulması için önemli belirtiler olarak ortaya çıkmaktadır. Bazen yaşlı bireylerde depresyon tanı koyulmamış fiziksel sorunlardan oluşmaktadır (ağrı,baş ağrısı, diz ağrısı, tükenmişlik, yorgunluk...). DSM 5’e göre tanılanan depresyonun, yaşlılardaki depresyon için hatalı olduğu da söylenmektedir.

Öyle ki; tanı kriterlerine eşlik eden birçok farklı belirti de eş zamanlı görülebilmektedir. Yaşam sonu depresyonu Tablo 3 yer aldığı gibi çok farklı olarak tanılanmaktadır. Fiziksel muayene ve bilişsel alanda yapılacak gözlem hemşireye depresyon ile eş zamanlı ortaya çıkabilecek olan diğer sorunların elenmesinde yarar sağlayabilmektedir. Sonuç olarak; yaşlı bireyin sağlık ilişkili hikayesi, teknik gözlemi tavsiye edilmektedir. Bu geropsikiyatri hemşiresine önemli veriler sunacaktır.

**Tablo 3. Yaşam sonu depresyonunun tanımlanmasında farklılıklar**

Santral sinir sistemi bozuklukları (demans, Parkinson ve neoplastik lezyonlar)
Diğer psikiyatrik bozukluklar (distimi, bipolar, anksiyete)
Endokrin bozuklukları (hipotroidizm, hipertroidizm ve hiperparatroidizm)
Bazı farmakolojik ajanların yan etkileri (örneğin; beta blokörler, santral aktif bazı antihipertansif ilaçlar, steroidler, h2 anti reseptörleri, sedatifler, bazı kemoterapötik ajanlar...)
Yaşamsal deneyimler (finansal kayıplar, yas...)
Madde kullanımı, madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı
Enfeksiyonel ve enflamatuvar bozukluklar ( HIV, Sistemik lupus eritematoz) ve uyku bozuklukları (obstrüktif uyku apnesi)

Örneğin; parkinson'u olan yaşlı bireylerin %35'inde eş zamanlı olarak depresyon görülmektedir. Özellikle anti depresan tedaviye yanıt vermeyen dirençli yaşlı olgularda Parkinson'un belirtileri iyi irdelenmelidir. Depresyonun patofizyolojik mekanizması hala bilinmemektedir.

**Tablo 4. Depresyon Ve Demans'ın Tanısal Farklılıklarının Karşılaştırılması**

	<b>Yaşam sonu depresyonu</b>	<b>Demans</b>
<b>Başlangıç</b>	Yavaş ya da akut	Yavaş ve progresif
<b>Değerlendirme (Evrimi)</b>	Olayları kronolojik sırasına göre hatırlamaktadır.	Hastalar bozukluğun başlaması ile birlikte hatırlamakta değişik düzeylerde zorluklar yaşamaya başlamaktadır.
<b>Yaşam kalitesine etkisi</b>	Azalmıştır.	Hasta yaşam kalitesindeki bozulmayı bir sorun olarak değerlendiremez.



<b>Hafıza</b>	Konsantrasyon ve düşüncenin azalması	Önceki bilgileri hatırlamakta ve yeni bilgiler öğrenmekte bozulmalar. Bu süreç bilişsel fonksiyonlardaki değişiklikler nedeniyle olmaktadır.
<b>Dil ve alışkanlıklar</b>	Normal	Azalmış
<b>Duygulanım</b>	Apatik, depresif duygu durumu, psikomotor retardasyon	Duygulanımda dalgalanmalar
<b>Somatik göstergeler</b>	Uyku bozuklukları Somatik bozukluklar (uykusuzluk, horlama, ağrı...) Düşük enerji	Somatik belirtiler yer alabilir ancak başlangıç şikayetleri arasında görülmemektedir.
<b>Prognoz</b>	Tedavi edilebilir	Geri dönüşsüz

Bunların yanı sıra; aile üyeleri ve ya bakım verenlerden alınan hastaya ait bilgiler de tanı koyulmasında önemli bir yer tutmaktadır. Depresyondaki altın standart davranışlar üzerinde yoğunlaşmaktadır ve

en temel konu davranışlardaki azalmadır. Hastalara yardım etmek için geropsikiyatri hemşireleri yoğun olarak biyo-psikososyal modeller kullanmaktadırlar.

Yaşam sonu depresyonunda biyolojik ve psikososyal risk faktörleri söz konusu olmaktadır.

Biyolojik risk faktörleri; kadın cinsiyet ve daha ileri yaşlar yaşam sonu depresyonu ile daha fazla ilişkili olarak görülmektedir. buna ek olarak; genetik çeşitlilik taşıyan bireyler diğerlerinden daha fazla riske sahip görünmektedirler.

Nörodejeneratif bozukluklar ve ılımlı bilişsel bozulma, yaşam sonu depresyonu için muhtemel risk faktörleridir. Hala güncel çalışmalarda da sık tartışılan bir konu olan; demansın erken evre belirtisi olarak depresyonun karşımıza çıkıyor olmasıdır.

Yaşam sonu depresyonu için vasküler hipotez şunu öngörmektedir; serebrovasküler olaylar yaşam sonu depresyonu için predispozan faktörleri oluşturmaktadır.

Psikososyal risk faktörleri; yaşam sonu depresyonunun psikososyal en büyük risk faktörünün ‘yaşama amacının kaybı’ olduğu söylenmektedir. Düşük eğitim düzeyine sahip yaşlı bireyler arasında da yaşam sonu depresyon daha sık karşılaşılan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Yalnızlık ve boşanma birer yaşam sonu depresyonu risk faktörüdür. Bunun yanı sıra, stresli yaşam olayları, sosyal desteklerin azlığı ileri yaş depresyonunun en büyük belirleyicileri arasında bilinmektedir.

Olumsuz yaşam şekli; sigara ve alkol kullanımı, uyku bozuklukları da psikososyal risk faktörleri arasında bilinmektedir.

Geropsikiyatri hemşiresinin yaşam sonu depresyonun bakımında en önemli yaklaşımı belirtileri izlenmek ve yaşam sonu depresyonu belirtilerinin derecesini saptamak (ılımlı, orta ve şiddetli) ile başlamaktadır. Başlanan tedavinin etkisini izlemek, hastayı uygun aralıklarla görüşmeye teşvik etmek gerekmektedir.

**Tablo 5. Yaşam Sonu Depresyonunda Seviyeye Göre (Depresyonun Düzeyi) Geropsikiyatri Hemşiresinin Tedavi Basamaklarındaki Görevleri**

<b>Mild</b>	Psikoeğitim, davranışın desteklenmesi, davranışın izlenmesi
<b>Moderate</b>	Antidepresanların terapötik etkilerinin ve yan etkilerinin izlenmesi Psikoterapi Kombine (psikoterapi ve ilaç) tedavi
<b>Severe</b>	Kombine tedavinin izlenmesi İşbirlikçi bakım Acil psikiyatrik ihtiyaçları belirleme
<b>Suicid Risk Or Not Reponsive</b>	Hastaneye yatışın planlanması Tedavinin izlemi Tedavinin düzenlenmesinde gözlemlerin aktarılması

Yaşam sonu depresyonunda hemşire uygulamalarından cevap alınmadığında, depresyonun düzeyine göre bir sonraki adıma geçilmektedir.

Beslenme eksiklikleri ya da bozuklukları, kardiyovasküler sistem sorunları yaşlı bireylerde depresyon oluşturan en ciddi fizyolojik sorunlardır. Arteriosklerozis, serebrovasküler sorunlar da yaşam sonu depresyonu beraberinde getirebilmektedir. Bu sebepten hemşirenin yaşlı bireyde beslenmesini düzenlerken; günlük folik asit miktarının ve D vitamininin alınması olmasına dikkat etmesi gerekmektedir. Bunun dışında yüksek protein içerikli beslenme için yaşlı birey desteklenmelidir. Özellikle folik asit ve vitamin eksiklikleri yaşlı bireylerde önemli düzeyde yaşam sonu depresyonu oluşturabilmektedir.

Psikoeğitim; depresyon tedavisinde terapötik düşüncenin geliştirilmesi ve desteklenmesi, biyopsikolojik hassasiyetlerin ortaya çıkarılması, depresyon belirtilerinin farkındalığını yaratma gibi temel amaçları içermektedir. Ek olarak; yaşlı bireyin eğlenceli ve sosyal ilişkilerinin arttığı ortamlarla buluşturulması ve

yaşlı bireye yaşamsal amacını hatırlatmak için önemli bir yer işgal etmektedir. Düşüncelerin pozitif düşüncelerle yer değiştirmesini sağlamak da aslında temel hedeflerinden birisi olarak görünmektedir.

## KAYNAKLAR

Morrison-Valfre, M. (2016). *Foundations of Mental Health Care-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nonaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., ... & Fujiwara, Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & mental health*, 19(4), 306-314.

Varcarolis, E. M. (2016). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Luck-Sikorski, C., Stein, J., Heilmann, K., Maier, W., Kaduszkiewicz, H., Scherer, M., ... & Bock, J. O. (2017). Treatment preferences for depression in the elderly. *International psychogeriatrics*, 29(3), 389-398.

Joo, J. H., Hwang, S., Abu, H., & Gallo, J. J. (2016). An innovative model of depression care delivery: peer mentors in collaboration with a mental health professional to relieve depression in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 407-416.

## **6. YAŞLI İSTİSMARI**





Yaşlı istismarı konusu sağlık bakım profesyonelleri için önemli bir konudur. Çünkü sağlıklı yaşlanmada yaşam kalitesi ve iyi oluşluğun geliştirilmesi, yaşlının şiddetten uzak tutulması güvenliği ve temel haklarının korunması için önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlı istismarını tek ya da tekrarlayan eylemler, yaklaşan eylemler olarak tanımlamaktadır.

- 1- Güven ve bağlılığın getirdiği herhangi bir yakın ilişki ile oluşan eylemler
- 2- Yaşlı bir insana yönelik distres ve yaralamaya yönelik eylemler olarak ayrılmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal yaşlı istismarı merkezi yaşlı istismarını yedi alt tipte toplamıştır.

### **Kendini İhmal:**

Yaşlı bireyin davranışlarıyla kendi güvenliği ya da sağlığını tehlikeye atması olarak tanımlanmaktadır. Örneğin yetersiz beslenme, temel ilaçlarının alımında yetersizlik bunlar arasında sayılabilmektedir.

**İhmal:**

Hassas grubu oluşturan yaşlılar korunma, sağlık bakımı, barınma, yiyeceğin sağlanması gibi konularda göz ardı edilebilmektedir.

**Fiziksel istismar:**

Fiziksel ağrı ya da yaralanma yaşamı tehdit eden yaralanma, tehdit eden fiziksel saldırı yaşlının fiziksel istismarını oluşturmaktadır.

**Psiko sosyal istismar:**

Mental, sosyal, fiziksel olarak yaşlı insan üzerinde distrese yol açan her türlü sözlü ya da sözlü olmayan eylemlerdir.

**Sömürme:**

Yaşlı bireyin parasal konularda hataya, gaspa, haksız yere almaya maruz kalmasıdır.

**Cinsel istismar:**

Yaşlı bireyin herhangi bir cinsel olaya şahitlik etmesi ya da herhangi bir çeşit cinsel eyleme maruz kalmasıdır.

### **Terkedilme:**

Yaşlı bireyin harcama ve bakım sorumluluklarını alan herhangi birinin bu görevleri üstlenmemesidir.

Bu yedi alt başlık dahi yaşlı bireyin uğrayabileceği istismar şekillerinin karmaşıklığını tam olarak açıklayamamaktadır.

Bilim adamları ve sivil toplum kuruluşları aslında yaşlıların yaşlı istismarından algıladıklarını birbirinden farklı olduğunu ortaya koymuşlardır. Yaşlı bireyler genel olarak en yaygın deneyimledikleri alt tipin psiko-sosyal istismar olduğunu vurgulamaktadırlar. Yaşlı istismarı ile ilgili olan en temel ve kompleks üç soru bulunmaktadır.

1-Yaşlı istismarı kurbanı olan yaşlı bireyler hangileridir?

2-Yaşlı istismarı faili kimdir?

3-Yaşlı istismarı niçin olur?

Bu soruların cevapları birçok tartışmayı da beraberinde getirmektedir. Bazı sorunlar bu üç sorunun cevabını da daha karmaşık hale getirmektedir.

- 1- Yaşlı istismarının yaygın bir tanımı bulunmamaktadır.
- 2- İstismar formlarına göre uyarı çeşitliliği önemlidir.
- 3- Birine güven yoluyla istismara uğramak ve kendi ihmalinin olduğu durumlarda içeriğe uygun uyarıların yapılması önemli görülmektedir.

İstismara uğrayan yaşlı bireylerin durumu birçok kez hizmet sağlayıcılar ve araştırmacılar tarafından görülmez ve rapor edilmez. İstismara uğrayan yaşlı bireyler nadiren çalışmalara konu edilmektedir. Yaşlı bireyleri istismara uğratan failler güvenilir kaynak olmamalarına rağmen bilgi sürekli onlardan alınmaktadır.

### **Yaşlı İstismarında Sosyal Risk Faktörleri**

Yaşlı ayrımcılığı terminolojisi ilk defa 1968 yılında bilimsel olarak tartışılmaya başlanmıştır. İlk ortaya çıktığında yaşlı bireylerin ayrımcılığının nasıl ortaya çıktığı ve yaşlı bireylere bakım veren bakım servislerinin ve ayrılan ücretlerin azlığından bahsetmekteydi. Ancak yaşlı bireyler toplum içinde saygınlıklarının kaybolmaya

başlamasını daha önemli görmektedirler. Yaşlı ayrımcılığını oluşturan bir başka sorun olarak; yaşlılıkta ortaya çıkan yeti yitimlerinin insanlar tarafından ön yargılı ve toplumsal stereo tipi haline getirmesi görülmektedir. Örneğin; yaşlı bireyler hakkında yalnızlık, spordan uzak hayat, bilişsel hassasiyetler, yabancılara güvenmek zorunda olmak gibi bazı önyargılı düşünceler bulunmaktadır. Hastalıklardan korunma ve kontrol merkezi yaşlı bireylerle ilgili:

- 1- Agresif davranışların kabulü ve yüksek toleransı
- 2- Aile üyelerinden başka kimseden yardım aranmadan bakım beklenmesi
- 3- Bağımlı yaşlı bireyler hakkında karar vermek için bakım veren kişinin zorunlu olarak kişi üzerinde karar verme hakkının olması
- 4- Yaşlı bireyin ağrılarını göz ardı etmesi acılarına katlanması ya da sessiz kalması insanlar tarafından kabul edilen davranışlar arasında görülmektedir.

Yaşlı bireylerin daha fazla istismara uğramasına neden olan temel nedenler arasında gösterilmektedir. Yaşlı bireye uygulanan istismarın neredeyse tüm tiplerinde sosyal izolasyon ve sosyal desteğin azlığı neden olarak yer almaktadır. Yaşlı bireyler için sosyal izolasyon artabilmektedir. Bunların nedenleri arasında aşağıdakiler sayılabilmektedir.

- 1- Yaşlı birey kendi yaşamının kontrolünü almak, otonomisini sağlamak, özel hayatının gizliliğini sağlamak için kendisini toplumdan geri çekebilmektedir.
- 2- Yaşlı bireyler huzur evleri gibi sosyal evlere yerleştirilmemek için kendilerini toplumdan geri çekebilmektedir.
- 3- Demansı olan yaşlı bireyler karar verme kabiliyetlerinde bozulma, utanç duyma ve problem çözme becerilerinde azalma yaşadıkları için kendilerini toplumdan geri çekebilmektedirler.
- 4- Bakım vericiler ve aile tarafından uygulanan istismar davranışları yaşlı bireyin sosyal izolasyonunu geliştirebilmektedir. Bakım verici ve

aile sosyal izolasyonu psiko-sosyal istismar olarak uygulayabilmektedir.

- 5- Sosyal izolasyon örneğın kırsal kesimlerdeki bir gelenek olarak coğrafik ve çevresel bir gelenek olabilmektedir.
- 6- Bazı yeti yitimleri örneğın konuşmada bozulma, duymada bozulma iletişim sorunlarına yol açmaktadır. Bu da sosyal geri çekilmelere neden olmaktadır.

Düşük sosyal destek yaşlı bireyleri hem hassas grup haline getirip bir kurban oluşturmakta, hem de aile üyelerinden bakım vericileri istismarı uygulayan birer fail haline getirmektedir.

### **Yaşlı istismarının Sonuçları:**

Yaşlı istismarıyla birlikte sosyal ve kişisel düzeyde bir çok sorun ortaya çıkmaktadır. Kişisel düzeyde; stres, depresyon, duygusal travma, yaşam kalitesinde düşme, diğerleri üzerinde bağımlılığın artması sayılabilmektedir. Belki de en önemli sorun yaşlı istismarıyla birlikte yaşlı bireyin yeti yitimlerinin hastalıklarının, fonksiyon bozukluklarının artması görülmektedir. bu sorunlar



sonucunda yaşı bireyin istismara bağı ölümü de karşımıza çıkmaktadır. Yaşı bireyin istismara uğramasının sonucu olarak ortaya çıkan bazı sorunlar şöyle irdelenmektedir:

- 1- Yaşı bireyin tüm sağığı üzerinde olumsuzluğun artması: istismar yaşı birey için fonksiyonel sınırlılık riskini artırmaktadır. Bu sınırlılık yeti yitimine neden olmaktadır ve yaşı bireyin kişiye ya da kurumlara bağılılık riski de aynı oranda artmaktadır.
- 2- Psikolojik-duygusal etkiler: korku, anksiyete, depresyon, öz saygıda azalma, utanç hissi, suçluluk, güçsüzlük ortaya çıkabilmektedir.
- 3- Yaşam süresine etkisi: yaşam uzunluğunu tartışmasız kısaltmaktadır.
- 4- Sosyal etkiler: izolasyon, stigma
- 5- Fiziksel istismarın ani etkileri: ağrı, ateş, kırıklar, malnütrisyon, dehidratasyon yaşamı tehdit eden yaralanmalar, ölüm.
- 6- Finansal istismarın etkileri: temel bakım ihtiyaçlarını ödeyememe

- 7- Cinsel istismarın etkileri: fiziksel yaralanma ve travma, duygusal travma, posttravmatik stres bozukluğu, cinsel yolla bulaşan bozukluklar.

### **Yaşlı İstismarı Hakkında Hemşireler Niçin Bilgi Sahibi Olmak Zorundadır**

Yaşlı bireylere bakım veren profesyonel bir grup olarak hemşirelerin istismara uğrayan yaşlıların en az %10'u ile yüz yüze geldikleri bilinmektedir. Bu vakaların bir çoğu yaşlı istismarına maruz kaldığını bilmemektedir ve bunu açıklayamamaktadır. Hemşireler yaşlı istismarı ile ilgili acil talepleri ve halk sağlığı problemi olarak değerlendirdikleri bu vakaları profesyonel olarak bildirmek zorundadırlar. Eğer yaşlı bireyde onu etkileyen yeni bir hastalık tanımlıyorlarsa risk grubu olarak hastalığa yatkınlığı arttıysa bu bir halk sağlığı krizi olarak tanımlanmaktadır. Risk grubu altındaki bu yaşlı bireylerin akrabalarını, arkadaşlarını en çok hemşireler tanımaktadır ve hemşirelerin profesyonel sorumlulukları onları iyi değerlendirebilmektir.

Bir profesyonel olmaktan daha önemlisi insancıl ve etik bir bakış açısıyla hemşireler yaşlı bireyin

bütüncül bir bakım alabilmesi için onu ve çevresini iyi tanımak zorundadır. Hemşirelerin bu bakış açısı yaşlı bireyleri istismara uğradıkları adresten ve eylemlerden uzak tutmanın yanı sıra multidisipliner sağlık profesyoneli olarak da tamamlayıcı bir bakımın verilmesi için önemli bir görev sunmaktadır. Yaşlı istismarında kurbanın ya da kurban riskinin oluşmaması için anahtar görev yapan hemşireler sık sık farkında olmadığımız bu sorunda liderlik rollerini yerine getirebilmektedirler.

## **KAYNAKLAR**

Melillo, K. D. (2017). Geropsychiatric Nursing: What's in Your Toolkit?. *Journal of gerontological nursing*, 43(1), 3-6.

Miller, C. A. (2016). *Elder abuse and nursing: What nurses need to know and can do about it*. Springer Publishing Company.

Mugdha E. Thakur, Dan G. Blazer, David C. Steffens., editors. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*, American Psychiatric Association. 2014

Devanand DP. *Psychiatric Assessment of the older patient*. Ninth Edition Ed Benjamin Sadock and Virginia Sadock. 2009

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.



## **7. GERİATRİK PSİKİYATRİDE EĞİTİM**



### **Yaşlanma:** Bir engel midir?

Dünya çapında yaşlı yetişkin popülasyonu artmaya devam etmektedir. Bu artış, yaşlı yetişkinlerin sosyal ihtiyaçları ve karmaşık sağlık sorunlarının bakımı için yerel ve ulusal hükümetler üzerinde ekonomik bir yük ile karşımıza çıkmaktadır. Birleşmiş Milletlerin 2002’de Yaşlılık Uluslararası Eylem Planına göre yaşlı yetişkinlerin ihtiyaçları devletler için pahalı ve karmaşık olarak tanımlanmıştır. Bu raporun ana odağı uzayan yaşamın iyi oluşluk ve gelişmiş sağlığıda beraberinde getirmesidir. Örneğin yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık, iyi eğitilmiş sağlık personellerinin varlığı ve yaşlı popülasyonda özel bir mental sağlık anlayışının gelişmesi, bakım verici ihtiyacının karşılanması, yaşlı istismarının doğru tanımlanması bu raporun ana sınırlarını oluşturmaktadır.

### **Bilişsel Yaşlanma:** Bir fırsat mıdır?

2005’de Birleşik Devletler Bilim Akademisi’nin Tıp Enstitüsü “ Bilişsel Yaşlanma: Eylemler için fırsatlar ve anlamlandırma sürecinde gelişim.” Bu rapor yaşlanma sürecine ve bilişsel gelişime odaklanmıştı, oysa



var olan yayınlar Alzheimer bozuklukları gibi nörodejeneratif bozuklukların yaşlılıktaki etkisine odaklanmaktadır. Oysa hafızanın ve bilişsel esneklikteki değişimlerin ortaya çıkması normal yaşlanma sürecinin doğal bir parçasıdır. Üstelik demans gibi patolojik fenomenlerin gölgede kaldığı olumlu süreçler yaşanmaktadır. Bu rapora göre yaşlı insanların mental sağlık çıktılarında bilişsel yaşlanma önemli yeni paradigmaların oluşması için yaşlı bireye yardım etmektedir. Yaşlılıkta görülen psikopatolojik durumlardan ziyade bilişsel esneklik, eğitimi dahi etkileyebilmektedir. Bilişsel yaşlanmayla ilgili Tıp Enstitüsünün önemli tavsiyeleri bulunmaktadır.

- a) Bilişsel yaşlanmanın standart ölçülerinin geliştirilmesi ve araştırmaların artırılması.
- b) Bilişsel yaşlanma üzerine toplum temelli verilerin geliştirilmesi.
- c) Bilişsel yaşlanmanın gelişimi için müdahaleler geliştirilmesi.

- d) Sağlıklı bilişsel yaşılanmanın gelişimi için kullanılan müdahalelerin etkisi üzerine yapılan araştırmaların artırılması.
- e) Bilişsel yaşılanmaya yardım etmek için bunlara özel ürünlerin oluşturulması ve pazarı.
- f) Bilişsel yaşılanmada eğitim için anahtar kavramlar ve bunların dönüşümünün geliştirilmesi.
- g) Bilişsel yaşılanmanın gelişimi boyunca ziyaretler.
- h) Bilişsel yaşılanmayla ilişkili geri dönüşüm sağlanması için bireylere yönelik geri dönüş klavuzlarının oluşturulması.
- i) İhtiyaçlar ve tanışma için hizmetin yaygınlaştırılması.
- j) Bilişsel yaşılanmayla ilgili halk eğitiminin yapılması.

Amerikan Psikiyatri Birliği bu sorunlarla ilgili farkındalığın ve eğitimin geliştirilmesi için “ pozitif psikiyatri” kavramını gündeme getirmiştir.

## **Dünya Çapında Geriatrik Psikiyatri Eğitimi**

Latin Amerika, Orta Doğu, Çin ya da Hindistan gibi önemli popülasyonların yaşadığı ülkelerde konu ile ilgili herhangi bir makale bulunmamaktadır. Bu sebepten bu uluslarla ilgili geriatrik psikiyatri ile ilgili eğitim modelleri adına bir sonuç bildirmemektedir. Kanada’da yapılmış bir çalışmada geriatrik psikiyatri eğitiminde tıp öğrencilerini etkileyen 4 primer faktör tanımlanmaktadır.

- a) Katılımcı öğrencilerin üçüncü yıllarından önce geriatrik psikiyatri rotasyonlarını tamamlamaları.
- b) Geriatrik hastalar ve onların aileleri ile çalışmaları.
- c) Tıp fakültelerine girmeden önce yaşlı insanlarla pozitif çalışma deneyimleri.
- d) Yıllık konferanslara katılmaları.

Bir Fransız çalışmasında katılımcı olan tıp fakültesi öğrencilerinin %96’sı eğitim modüllerini ‘yaşlılık dönemi psikiyatrisi’ eklenmesini önermektedir. Amerikalı Bilim Adamları ise anahtar nokta olarak dünya çapında geriatrik psikiyatri eğitiminin standardize edilmesini önermektedir. Avrupa Devletleri yaşlılık çağı

psikiyatrisinin bağımsız bir bilim dalı olarak tanınmasını öngörmemektedir. 2012’de 30 Avrupa Ülkesinin katıldığı bir araştırmada sadece 11 Avrupa Ulusu geriatrik psikiyatri eğitim programlarını tanıdıklarını bildirmektedirler. Bazı ülkelerde geriatrik psikiyatri master programları tartışılırken Avrupa’nın bazı ülkelerinde geriatrik psikiyatri için ulusal düzeyde profesyonel bir ekip dahi bulunmamaktadır. Tüm bu spesifik tavsiyeler geriatrik psikiyatri eğitiminin Avrupa’da standart hale getirilmesi için önemli görülmektedir. Birçok çalışma geriatrik psikiyatri eğitimi için haftalar süren kurslar ya da 50 saatlik spesifik online eğitim modüllerinin oluşturulmasını öngörmektedir. Fakat ülkeler arası farklılıklar eğitim modeli seçiminde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Dünya çapında mental sağlık bakımına ve mental sağlık hizmetlerine ulaşımında büyük farklılıklar yaşanması nedeniyle standart bir eğitimin geliştirilmesi mümkün görülmemektedir.

## Tıp Öğrencilerinin Eğitimi

Amerika’da geriatrik psikiyatride çalışan tıp fakültesi mezunu sayısının gelecek 10 yılda azalacağı tahmin edilmektedir. Bundan dolayı tıp öğrencilerinin geriatrik bakım üzerine yoğunlaşması kritik önem taşımaktadır. 2015 yılında Amerika’da yapılmış bir çalışmaya göre geriatrik bakımdaki standart kılavuzların sınırlılıkları üzerine dikkat çekilmektedir. Geriatrik psikiyatrinin teorik ve klinik olarak tıp fakültelerinde verilmesi gereken eğitim yoğunluğunun sadece %21’ini karşıladığı görülmektedir. Öyle ki ana konular demans, deliryum, yaşam sonu depresyon gibi temel konuların oluşturduğu görülmektedir. Tıp fakülteleri öğrencileri profesyonel dalları olarak geriatrik psikiyatriyi seçmemektedirler.

Ülkemizde geropsikiyatri hemşireliği ile ilgili spesifik bir yüksek lisans ya da doktora programı bulunmamaktadır.

## **KAYNAKLAR**

Vahia, I. V., & Kirwin, P. D. (2019). Education in Geriatric Psychiatry. *Education about Mental Health and Illness*, 245-261.

Juul, D., Colenda, C. C., Lyness, J. M., Dunn, L. B., Hargrave, R., & Faulkner, L. R. (2017). Subspecialty training and certification in geriatric psychiatry: a 25-year overview. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(5), 445-453.

Wilkins, K. M., Blazek, M. C., Brooks, W. B., Lehmann, S. W., Popeo, D., & Wagenaar, D. (2017). Six things all medical students need to know about geriatric psychiatry (and how to teach them). *Academic Psychiatry*, 41(5), 693-700.

Keller, E., Bruneau, M. A., & Rousseau, F. (2017). the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry.

Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2017). ACGME program requirements for graduate medical education in geriatric psychiatry. 2017-3-21]. <http://www.acgme.org>.











**IKSAD**  
Publishing House



978-625-7029-35-3