

Bakımevlerinde Yaşlı Bakımı ve Psikolojik Değerlendirme

Doç. Dr. Haldun SOYGÜR*

"onlara ün mü gelir, bazı bir ses mi duyarlar
yumuşak bir kedere ufalar bakışları
idam mahkumlarıdır aslında ihtiyarlar
öliime koşullanmış bütün davranışları
yorgun öksürükleri oturup kalkışları
yaşayıp durmaktan gizlice utanırlar
her gece artık gitmek vaktidir sanırlar
geçmiş günlerinden bir destek aranurlar
uyusal bir gülümseme tek sızlanışları
idam mahkumlarıdır aslında ihtiyarlar
öliime koşullanmış bütün davranışları"
Atilla İlhan, İhtiyarlar Balladı,

"yaşlılık bir ruh halidir
zaman denen şeyle hiç bir ilgisi yoktur
kırıksıklıklar ve buruşukluklarla da hiç bir ilgisi yoktur
yeter ki ruhumuz kırıksımsın, buruşmasın
sevgiyle yaşarsanız
şunu anlayacaksınız ki
yaşlılık bir ruh halidir"

Richard E. Richardson,
De Witt Yaşlı Bakımevi aylık dergisi "Bugle'nin
editörüne,

Toplumu oluşturan yaşlı nüfusun artması sonucunda, yaşlı kişilerin bakımı ve bu alandaki organizasyonlar önem kazanmıştır. Gelişmiş ülkelerde, örneğin İngiltere'de, 65 yaş üstündeki kişilerin genel nüfusa oranı, ondokuzuncu yüzyıl

sonunda sadece %5 iken, yirmibirinci yüzyılın başına geldiğimiz bugünlerde %16'ya ulaşmıştır. 2034 yılında ise bu oranın %24'e çıkacağı tahmin edilmektedir (Butler ve Brayne 1998). Ülkemiz esas olarak genç bir nüfusa sahip olmasına karşın, ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır (United Nations 1993). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, önümüzdeki günlerde gelişmekte olan ülkelerin nüfuslarında %95 oranında bir artış beklenirken, yaşlı nüfus için bu artışın %240 oranında olacağı tahmin edilmektedir. Lehr'in yazdığı gibi dünya nüfusunun saçları ağarmaktadır (Lehr 1990). Bu epidemiyolojik saptamalar, yaşlılık çağı sorunlarının toplumsal boyutunun giderek arttığını vurgulamakta ve sorunun ekonomik, sosyal, kültürel, biyolojik, psikolojik bir bütünlük içinde ele alınması, bu doğrultuda çözüm üretilmesi gereğine işaret etmektedir.

YAŞLI BAKIMI VE ORGANİZASYON

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) (1997), kısa bir süre önce "Yaşlıların Ruh Sağlığı için Bakım ve Organizasyon İlkeleri"ni içeren bir görüş birliği raporu yayınlamıştır. Bu rapora göre, iyi sağlık hizmeti ve iyi yaşam nitelikleri temel bir insan hakları gerçeği olarak yaşlı insanların da hakkıdır. Tüm yaşlılar bu hizmetlerden yararlanma hakkına sahip olmalıdır. Toplumda siyasal yönetimi ellerinde

* SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

bulunduran güçler; ruh sağlığı sorunu olan yaşlılar, aileler, bakıcılar ve sivil toplum örgütlerinin etkin katılımını sağlayarak ve işbirliği yaparak, bu alanda sunulacak hizmetin daha iyi hale getirilmesi, devamlılık kazanması ve yerel gereksinimlerin saptanması sorumluluğunu taşımaktadırlar. Yaşlı bakımının iyi nitelikler taşıması; geniş kapsamlı, kolay ulaşılabilir, uyumlu, bireye özgü, etik ve kültürel değerler karşısında sorumlu, mültidisipliner ve sistematik olmasına bağlıdır. Yaşlıların ruh sağlığı açısından bakım gereksinimlerini saptamada önleme ve erken tanı öncelik taşır. Psikiyatrik tanıyı da içeren geniş kapsamlı bir tıbbi ve sosyal değerlendirme gereklidir. Bu girişim, olabildiğince hastanın doğal ortamında gerçekleştirilmelidir. Saptanan sorunlarla başetme ve tedavi yöntemleri, sorunla ilgili tüm odakların işbirliğiyle uygulanmalıdır. Bakımın devamlılığı, bilgilendirme, destekleme, danışmanlık ve olası sorunlara erken müdahale esastır. Hangi ortamda olursa olsun, bakım sorumluluğunu üstlenenlerin gözetilmesi, desteklenmesi ve zaman zaman dinlendirilmesi, hizmetin verimliliğini arttıracaktır. Yaşlı kişilerin yasal haklarının savunulması ve kamuoyu oluşturulması hizmetin gözardı edilmemesi gereken bir parçasıdır. Hizmetin mümkün olabildiğince yaşlı bireyin doğal ortamında sunulması amaçlanmakla birlikte, bakıcı yokluğu, yalnızlık ve ailede kriz ortaya çıkması gibi bir çok nedenle, bakımevlerinin varlığına ve işlevselliğine, en azından şimdilik büyük gereksinim duyulmaktadır (WHO ve WPA 1997).

BAKİMEVİ: TRAJEDİ VE UMUT

Bakımevi kavramı, tarihsel köklerini 16. Yüzyıl başlarında Ausburg'da kurulan düşkünlerevi ya da 18. yüzyılda Rahibe Theresia tarafından kurulan düşkünlerevinden almaktadır (Lehr 1990). İslam dünyasında, hastaların tedavi edildiği sağlık kurumları olarak tanımlanan "darüşşifa"lar da, tarihsel olarak çok daha önce bu tür hizmet veren kurumlar olarak bilinmektedir (Öztürk 1994). Dilimizde "huzurevi", "bakımyurdu" deyimleri, bakımevi sözcüğü ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1.5 milyon'un üzerinde yaşlıyı barındıran 25000 bakımevi bulunmaktadır. Buna göre, ABD'de yaşlı nüfusun yaklaşık %5'i bakımevlerinde yaşamaktadır. Bu oranın 2020'de ikiye,

2040'da üçe katlanacağı tahmin edilmektedir. Herhangi bir kişinin yaşamının herhangi bir zaman diliminde bakımevine ihtiyaç duyma olasılığı %25 olarak hesaplanmaktadır. ABD'de bakımevlerinin toplam maliyeti ise 46 milyar dolardır. Bakımevlerinin sayısı 1960'ların ortalarından bu yana dramatik bir artış göstermektedir. Bu artışa koşut olarak bakımevlerinde hasta bakımına ilişkin sorunlar tanınmaya başlamış ve reform ihtiyacı doğmuştur. 1986'da Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından hazırlanan "Bakımevlerinde Bakımın Niteliklerini Düzeltme" başlıklı raporda, bakımevlerinin birçoğunda iyi hizmet sunulduğu bildirilmesine karşın, bir kısmında sunulan hizmet ağır biçimde eleştirilmiştir. Hizmetin niteliklerinin yetersiz olduğu bakımevlerinde yaşayan yaşlıların fizik ve ruhsal sağlığının tehlikede olduğu, haklarının çiğnendiği ve suistimal edildikleri vurgulanmıştır (Katz ve Smith 1995). Ülkemizde, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, yerel yönetimler, diğer kamu kuruluşları, vakıf ve dernekler ve özel kuruluşlara bağlı bakımevleri ile bazı üniversitelerdeki geriatri birimleri yaşlılara yönelik olarak hizmet vermektedir. Bu kuruluşlar aracılığı ile yaklaşık 11000 kişiye hizmet verilebilmektedir. 1992 yılında Ankara'da toplanan 1. Ulusal Sağlık Kongresinde yayınlanmış olan "Yaşlılık Grubu Raporu"nda da ülkemizde bu alandaki hizmetlerin yetersizliği ve konu ile ilgili kurum ve kuruluşların eşgüdüm içinde çalışmadıkları vurgulanmıştır. Bakımevlerinde yaşayan ve uzun süreli bakıma gereksinim gösteren yaşlıların daha iyi hizmet alabilmeleri ancak biyopsikososyal bütünlük taşıyan bir bakış açısı ile oluşturulan projelerle mümkün olacaktır.

Toplumun önemli bir kesiminde bakımevlerine karşı olumsuz bir bakış açısı ve bakımevlerinde kalmaya karşı bir tutum sözkonusudur. Bir çok yaşlı insan, bakımevini yaşamlarının son durağı veya geridönüşü olmayan bir mekan olarak nitelermekte, kendilerini ailelerinden dışlanmış olarak algılamakta ve bakımevinde kalmayı reddetmektedir (Zarit ve ark. 1998). Bir çok kişi için, bakımevi sözcüğü Dante'nin İlahi Komedyada adlı yapıtındaki "Buraya girenler bütün umutlarınızı terkediniz" sözcüğünü çağrıştırmaktadır. 83 yaşındaki yatalak babasını bakımevine yatıran bir kadın, babasını ziyaret ettikten sonra şöyle söylemiştir: "Bana bakımevinden sözetmeyin.

Evet dışarıdan şahane görünüyor; çiçekler ve fiskyelerle sulanan çimenler var. İçeride duyuları yeniden canlandırma programları uygulanıyor, birisi günlük olaylarla ilgili konuşmalar yapıyor, çok sayıda insan resim yapıyor ve benim babam her gün biraz daha ölüyor". Bakımevi yöneticiliği yapan ve bu alanda değerli hizmetler vermiş olan Dr. Lichtman'ın "kendiniz yaşamadıkça bir kurumda yaşamamanın ne demek olduğunu anlayamazsınız ya da ancak Thomas Mann'ın Sihirli Dağ adlı yapıtını okuduğunuzda anlayabilirsiniz" sözleri de bakımevleri sorununun, trajedi ve umutla içiçe geçen gerçeğini vurgulamaktadır (Puner 1988). Bakımevleri, insanın üzerinde bunaltıcı ve hüzmün verici bir etkide bulunur. Yine de bakımevlerinde yaşanan hayatın pek çok yaşlı için ne yıpratıcı ne de moral bozucu olduğu, gerçekten de bazılarında evdeki yaşamdan daha uygun geldiği -yaşlıların bizzat gösterdikleri- kanıtlarla ortaya çıkmıştır. Ayrıca, günümüzün yaşlanmakta olan insanı için en fazla umut verici olan durum, bugünkü geleneksel bakımevlerinden daha iyi nitelikler taşıyan yeni seçeneklerin ortaya çıkabileceğidir (Zarit ve ark. 1998, Puner 1988).

BAKİMEVİNE YERLEŞİM

"Karşılıklı ilişkileri en fazla etkileyen faktör, yaşlıların bir kuruma girme konusunda hissetmiş oldukları duygulardır. Yaşlılar ancak bir kurumda yaşama fikrini kendileri benimsemiş, buna kendileri razı olmuşlarsa, çocukları ile iyi ilişkilerden sözetsmektedirler. Diğerleri ise çocukları ile birlikte yaşama olanağı bulamadıkları için incinirler ve aralarındaki ilişki kötüye gider" (Puner 1988).

Araştırmalar, özellikle çocukları ve torunlarıyla yakın ilişkiler içinde olan ve "ebeveyn" rolünü hoşnutlukla benimseyen yaşlıların bakımevine karşı en fazla olumlu tutum içinde olduklarını göstermektedir. Bakımevine yerleştirilme süreci içinde olmayan yaşlılar, bakımevine yerleşmek için aday olan yaşlılara göre, bağımsızlık/özerklik kaybetme kaygısını daha fazla yaşamaktadırlar. Bakımevine taşınmak için aday olan yaşlılar, yaşam koşullarının kolaylaşacağına ilişkin bir beklenti taşımaktadırlar. Cinsiyet farklılığı bakımından, erkek yaşlılar kadınlara göre bakımevi fikrine daha fazla karşı çıkmaktadırlar. Yaşlıların sağlık sorunlarının ağırlığı arttıkça bakımevine gitme eğilimleri artmaktadır. Yaşam

koşulları iyi olan ve toplumsal bütünleşmelerini gerçekleştirebilmiş yaşlılar bakımevine yerleşme düşüncesinden uzak durmaktadırlar. Ancak ekonomik nedenler, konut sorunlarının varlığı ve sağlık sorunları bakımevine yerleşme kararını hızlandırmaktadır (Barker ve Johnson 1990, Lehr 1990, Berkowitz ve ark. 1988).

Bakımevine gidişin öncesi, yaşlı birey için belirsizliklerle dolu, yeni ve bilinmeyen olana karşı korku duyulan gerilimli bir dönemdir. Kişinin bakımevine yerleştirilmeden önce hazırlanması, bilgilendirilmesi, küçük ziyaretlerle ortamın tanınması, bu gerilimi azaltır. Bakımevi koşullarına uyum sağlamada güçlük oluşturan en önemli etken, yaşlının yetersiz bir hazırlık sürecinden geçmiş olmasıdır. Yaşlıların bakımevindeki yaşama etkin olarak katılımlarının sağlanması ve mümkün olduğunca ortamda yapılacak değişikliklerde varlıklarının tanınması, bakımevi koşullarına uyumu artırmaktadır. Bakımevindeki yaşama en kolay uyum sağlayanlar, geçmiş yaşamlarında da uyumlu, sosyal ve üretken olanlar olmuştur (Barker ve Johnson 1990).

BAKİMEVİ YAŞAMINDA SORUNLAR

Fiziksel Sorunlar

Yaşlanmayla birlikte başta kalp-damar sistemi, solunum sistemi ve hareket sistemi olmak üzere tüm vücutta bir dizi değişiklik ortaya çıkar. Kalp-damar sistemindeki değişikliklerin sonucu olarak, sistolik hipertansiyon, postural ve postprandial hipotansiyon, egzersiz toleransında azalma, disritmi, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar gelişir. Solunum sistemindeki değişim ventilasyon kapasitesini azaltır. Kas-iskelet sistemine ilişkin olarak, vücut esnekliği azalır; vücut yağ miktarında artış, kas atrofisi, eklem hastalıkları ve osteoporoz meydana gelir. Böbrek ve karaciğer işlevleri azalır. Glikoz toleransındaki bozulma sonucunda diabetes mellitusa eğilim artar. Kadında östrojen, erkekte testosteron hormon düzeyleri azalır. Mide-barsak sisteminde, atrofik gastrit, hiatal herni, divertiküloz ve kabızlık sorunları gelişir. Sinir sisteminde nöronal kayıp ve beyin metabolizmasında azalma ortaya çıkar. Tüm duyu işlevlerinde azalma olur. Bağışıklık sisteminin işlevinin azalması sonucunda enfeksiyonlara ve kansere hassasiyet artar. Serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, Parkinson hastalığı ve artritler

bakımevlerinde en yaygın görülen hastalıklardır. Görme ve işitme bozuklukları iletişimde önemli aksamalara neden olur. İnkontinans, kırıklar ve dekubitus ülserleri yaygın sorunlardır. Tüm bu fiziksel sorunlar ve hastalıklar, yaşlıların yaşamında kısıtlanmaya ve yeti yitimine yol açar. İşlevselliği ve toplumsal uyumu bozulan yaşlının yaşam nitelikleri azalır (Morley 1995).

İlaç kullanımı

Bakımevlerinde yaşayan yaşlıların, evlerinde yaşayanlara göre dört kat daha fazla ilaç kullandıkları saptanmıştır (Walley ve Scott 1995). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da, bakımevindeki yaşlıların evde kalanlardan yaklaşık üç kat fazla ilaç kullandıkları bulunmuştur (Büyükçöşkun 1990). Bakımevlerinde polifarmasi oldukça yaygındır. Bir çok çalışmada bakımevlerindeki yaşlıların yaklaşık yarısının 5'ten fazla ilaç kullandıkları gözlenmiştir. Yaşlılar, ilaç etkilerine ve iyatrojenik hastalıklara özellikle duyarlıdır. İngiltere'de hastaneye yatış endikasyonu konulan yaşlıların %19'unun uygunsuz ilaç kullanımına bağlı olarak yatırıldıkları gösterilmiştir (Cannon ve Hughes 1997). Bakımevi sakinleri bu açıdan daha yüksek risk altındadır. ABD'de bakımevlerinde 6 aydan uzun bir süre psikotrop ilaç kullananların oranı %11-74 arasında rapor edilmiştir (Buck 1988). İngiltere'de bu oran %26 olarak saptanmıştır (Lunn 1997). Bakımevlerinde antipsikotik ilaç kullanım oranı %20-50 arasındadır. Ancak Arling'in 1991'de yaptığı bir araştırmanın sonuçlarına göre antipsikotik kullanan yaşlıların %37'sinde herhangi bir mental hastalık bulunmadığı bildirilmiştir. Bakımevlerinde anti-depresan ilaçların kullanım oranı %6-15'tir. Bakımevlerinde depresyon yaygınlığının daha yüksek olduğu gözönünde tutulduğunda bu oranın düşük olduğu söylenebilir. Bakımevlerinde hipnotik ilaçların kullanım oranı %25'tir. Psikotrop ilaçlar dışında en çok kullanılan ilaç grupları, diüretikler, analjezikler, potasyum tuzları, kardiyak glikozitler ve laksatiflerdir (Furniss ve ark. 1998).

Psikososyal Sorunlar

Bugüne kadar bakımevi sakinleriyle gerçekleştirilen bir çok araştırmanın sonucu doğrultusunda, bakımevindeki yaşlıların yaşadıkları psikososyal sorunlar aşağıda sunulduğu biçimde özetlenebilir (Lehr 1990, Barker ve Johnson 1990, Terakye

1989, Thoma 1991, Jolley ve ark. 1998):

- Kimlik duygusu ve benlik saygısında zedelenme
- Uyum sağlama yeteneğinde zayıflama
- Toplumsal rollerden uzak kalma zorunluluğu nedeniyle belirli işlevlerin kaybı
- Sosyal ilişkilerde azalma
- Genel aktivite düzeyinde düşme
- Geleceğe yönelimde sınırlanma
- Bilişsel yetilerde gerileme (daha iyi eğitim görmüş yaşlılarda bu soruna daha az rastlanıyor)
- Özerklik kaybı, denetim yitimi duygusu
- Kurumdaki sosyal ilişkiler, duygusal yaklaşım, uyaran doygunluğu, aktivite seçeneklerinin çokluğu sorunları azaltıyor
- Kurumda belirli ölçüde seçme ve denetleme olanaklarına sahip oldukları izlenimi verilen yaşlılarda yaşam doyumu daha iyi düzeydedir.

Ülkemizde gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda da yaşlıların psikososyal sorunlarına ilişkin saptamalar yapılmıştır. 1992'de yapılan Adana huzurevi çalışmasında, huzurevindeki yaşlıların üçte birinin kendilerini yalnız hissettiği, yaklaşık yarısının egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Ekici ve Ünal (1992) tarafından yapılan Gaziantep huzurevi çalışmasında, huzurevinde yaşayan yaşlıların evlerinde yaşayanlara göre daha fazla psikolojik belirti gösterdikleri, bu farkın paranoid belirtiler açısından anlamlı düzeye eriştiği gözlenmiştir. Araştırmacılar bu sonuçları, huzurevinde kalan yaşlıların daha güvensiz, kuşkucu, suçlayıcı, yansıtıcı, düşmanca duygularla yüklü olabilecekleri ve sevdiklerinden uzak oluş, yeni insanlarla sıcak ve yakın ilişki geliştirme güçlüğü, sosyal desteklerin azlığı gibi faktörlerle yorumlamışlardır. Ankara Seyranbağları huzurevinde yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayanların %38'inde motivasyon eksikliği (doğal çevrelerinde yaşayanlarda bu oran %16) ve yarısında boş zamanlarını değerlendirememesi (doğal çevrelerinde yaşayanlarda bu oran %96) saptanmıştır (Kırdı ve ark. 1992). İzmir huzurevinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada da huzurevindeki yaşlıların %75'inin hiç bir uğraşı olmadığı, yalnızca radyo dinleyip TV izledikleri gözlenmiştir (Fadıloğlu ve ark. 1992)

BAKİMEVLERİNDE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Bakımevlerinde yaşlı bakımının psikiyatrik yönleri ilk kez 1962'de Alvin Goldfarb tarafından araştırılmıştır. Goldfarb, bakımevi sakinlerinde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını %87 olarak saptamıştır. Daha sonra yapılan bir çok çalışmada elde edilen sonuçlar da bu ilk sonuçlarla benzerlik taşımaktadır. Rovner ve arkadaşlarının 1990'da yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre; bakımevlerinde tüm psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %80.2'dir. Demanslar, psikiyatrik bozuklukların %67.4'ünü oluşturmaktadır. Demansların %6.3'ünde depresyon, %13.5'inde psikoz, %7'sinde deliryum tabloya eklenmiştir. Araştırmada depresyon yaygınlığı %10.4, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yaygınlığı %2.4 olarak saptanmıştır. İstatistikler, bakımevlerinde psikiyatrik bozuklukların yüksek bir yaygınlık oranı göstermesinin, kurumlar arası nakillere ve daha çok kronik psikiyatrik hasta kabul edilmesine bağlanamayacağını göstermektedir (Katz ve Smith 1995).

Bakımevinde yaşayan ve bilişsel bir bozukluk göstermeyen yaşlılarda major depresyon yaygınlığı %25 olarak bildirilmektedir. Bu oran toplumdaki depresyon yaygınlık oranından daha yüksektir. Bakımevindeki yaşlılarda depresyon yaygınlığı, ayaktan takip altındaki tıbbi hastalığı olan yaşlılardan da yüksektir. Bakımevlerinde yaşanan psikososyal sorunlar gözönünde tutulduğunda bu oran şaşırtıcı görünmemektedir (Katz ve Smith 1995). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da huzurevi sakinlerinde depresyon oranı, toplumdakinden yüksek bulunmuştur. Bekaroğlu ve arkadaşlarının 1991'deki çalışmalarında; huzurevi sakinlerinde depresyon oranı %41 bulunurken, kendi evlerinde yaşayanlarda %29 olarak saptanmıştır. Kurtoğlu ve Rezaki, 1999'daki çalışmalarında; ICD-10 tanı sınıflamasına göre şimdiki depresyon nöbetinin yaygınlığını %10.2 olarak bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmada yaşlıların %36'sında bilişsel bozuklukların olabileceği saptanmıştır. Depresyonu olanların %77'sinde, bilişsel bozukluğu olanların %69'unda orta ya da ağır derecede yeti yığını bulunmuştur.

Bakımevlerinde Psikolojik Değerlendirme

Psikolojik değerlendirme, bireyin davranışları, yetileri ve kişisel özelliklerini, çeşitli psikolojik

yöntemler aracılığıyla inceleme süreci olarak tanımlanır. Psikolojik değerlendirmede, hastanın öyküsü, ruhsal durum muayenesi, yapılandırılmış görüşme araçları, testler ve derecelendirilmiş ölçeklerden yararlanır. Bu amaçla kullanılan test ve ölçeklerin, güvenilirlik, standardizasyon ve geçerlik gibi belirli özellikleri olmak gerekir (Segal ve ark. 1998). Bu yazıda, bu kavramların ayrıntılı tanımlarına değinilmeyecektir. Ancak, gerek araştırma gerekse hizmet amacıyla gerçekleştirilecek psikolojik değerlendirmelerde kullanılacak ölçeklerin, güvenilirlik, geçerlik ve standardizasyon çalışmalarının yapılmış olması gereği iyi bilinmelidir. Genel olarak yaşlı bireylerin davranışlarını değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen ölçeklerde farklı değerlendirme stratejileri izlenir. Ölçekler, bilgi kaynağına (örneğin hastabakıcı veya hastanın kendisi), değerlendirilen davranış türüne (örneğin duygudurum, düşünce içeriği veya psikomotor aktivite), ölçeğin uyarıldığı ya da geliştirildiği kaynağına (psikiyatri ya da nöroloji alanında kullanılmış diğer ölçekler), ölçeğin uygulanma amacına (örneğin davranışsal tanımlama, uzun süreli izlem ya da ayırıcı tanı) göre farklılıklar taşırlar. Araştırmacılar, davranış değerlendirme ölçekleri için gerekli olan en iyi bilgi kaynağının kim olduğu konusunda farklı düşüncelere sahiptir. Davranışsal değerlendirmede dört ayrı bilgi kaynağından yararlanılabilir: hastayla ilgilenen aile bireyleri, profesyonel hastabakıcılar, hekimlerin hasta gözlemleri ve hastaların kendi ifadeleri. Evde yaşayan yaşlılar için, hastayla içli dışlı olan aile bireyleri en iyi bilgi kaynağı gibi görünmekle birlikte, özellikle teknik bilgi gerektiren konularda yanlışlık ya da yetersizlik gösterebilir. Kurumda yaşayan yaşlılarda, profesyonel olarak eğitilmiş hastabakıcıların gözlemlerine dayanan ifadeleri kullanan ölçekler yararlı olacaktır. Bunun avantajı, bilgi kaynağının tecrübeli kişilerden oluşmasıdır. Dezavantajı ise, hastayı sadece tek bir iş nöbeti sırasında gözlemleyen kişilerden alınıyor olmasıdır. Hekim gözlemine dayanan ölçeklerin avantajı, konuya en çok vakıf olan kişinin güvenilir gözlemlerinden kaynaklanması, dezavantajı ise sadece sınırlı bir gözlem dönemindeki değerlendirmeyi içeriyor olmasıdır. Hastaların kendi ifadelerine dayanan değerlendirme ölçekleri, özellikle duygudurum değerlendirmelerinde yararlıdır. Ancak örneğin orta ya da ileri evre bir demans hastası için, kişisel

ifadelerin yeterince güvenilir olduğu söylenemez (Cummings 1996).

Yaşlı bireyler için geliştirilen davranışsal değerlendirme ölçeklerinin içeriği, yaşlımın tek bir yönüne odaklanabildiği gibi çok yönlü ya da geniş kapsamlı da olabilir. Davranışın tek bir yönüne odaklanan ölçekler, özellikleri konusunda kesin ve ayrıntılı bilgi sunmakla birlikte davranışın bütün spektrumunu yansıtmazlar. Geniş kapsamlı ölçekler ise, hastanın genel bir izlenimini sunarlar ancak, tek tek davranışların ayrıntıları konusunda yetersiz kalabilirler (Segal ve ark. 1998).

Klinik Durumlar ve Ülkemizde Güvenirlik-Geçerlik Çalışması Yapılmış Ölçeklere Örnekler

A. Bilişsel (Kognitif) Ölçekler:

1. Standardize Mini Mental Test

Folstein ve arkadaşları tarafından 1975'de geliştirilen ve dünyada ve ülkemizde çok yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin, Türk toplumunda demans tanısındaki duyarlılık değerleri Ertan ve arkadaşları tarafından 1999'da araştırılmıştır. Ertan ve arkadaşları ölçeği eğitimliler ve eğitimsizler için olmak üzere iki ayrı formda hazırlamışlardır. Ölçeğin her iki formunda da alt başlıklar aşağıdaki biçimdedir: oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama, lisan. Bu ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Alman puanının 25'in altında olması muhtemel bir bozukluğa, 20'nin altında olması kesin bir bozukluğa işaret eder. Ertan ve arkadaşları (1999) çalışmasında da demans için eşik değer 23/24 olarak saptanmıştır.

2. Kısa Kognitif Muayene Çizelgesi

Kayatekin ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve toplam 28 sorudan oluşan bu ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1985'de yapılmış, güvenilirliği ve geçerliği yüksek bir test olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt kategorileri şu başlıklar altında ele alınabilir: Yönelimle ilgili sorular, dikkatle ilgili sorular, bellekle ilgili sorular, genel bilgi soruları, nörolojik yüksek kortikal işlev soruları. Değerlendirmede, 44 puanın altındaki performanslar "organisit" açısından uyarıcı bir nitelik taşır.

3. Global Yıkım Ölçeği

Reisberg ve arkadaşları tarafından 1982'de geliştirilen bu ölçeğin çevirisi Ertan ve Eker tarafından yapılmış olup, güvenilirlik ve geçerlik

çalışması halen aynı araştırmacılar tarafından sürdürülmektedir. Ölçekte bilişsel işlevler 7 evrede ele alınmakta ve hastanın yıkım düzeyi buna göre saptanmaktadır.

4. Deliryum Derecelendirme Ölçeği

Bu ölçek, deliryumun bilişsel ve psikotik belirtilerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997'de yapılmıştır. Ölçeğin değerlendirmesi görüşmeci tarafından yapılır. Her bir madde 0-3 arasında puanlanır. Madde başlıkları aşağıdaki gibidir: psikomotor etkinlik, yönelim, dikkat, bellek, algılama, düşünce süreci, düşünce içeriği, uyku-uyamlılık döngüsünde bozulma, gün içi değişkenlik, duygudurumda dalgalanma.

B. Depresyon Ölçekleri:

1. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği

Toplam 30 maddeden oluşan yaşlılar için depresyon ölçeği, Yesevage ve arkadaşları tarafından 1983'de geliştirilmiş olup, sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda ve hafif-orta düzeyde demansı olanlarda güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde iki ayrı grup tarafından yürütülen çalışmalarda da güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak bulunmuştur (Ertan ve ark. 1996, Sağduyu 1997). Yaşlılar için depresyon ölçeği, fiziksel hastalıklara bağlı olarak yaşlılarda sık görülen uyku bozukluğu, kilo kaybı gibi somatik belirti sorularından kaçınarak düzenlenmiştir.

2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

İlk kez 1960'da Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek dünyada ve ülkemizde çok yaygın olarak kullanılmaktadır. 1978'de Williams tarafından yapılaştırılmış formu geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerlik çalışması, Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde yaşlı hastalarda bir çok çalışmada kullanılmıştır (Sağduyu 1997).

C. Geniş Kapsamlı Ölçekler:

1. Alzheimer Hastalığında Davranış Patolojisi Ölçeği

Reisberg ve arkadaşları (1987) tarafından Alzheimer hastalığının davranışsal belirtilerini

ölçmek üzere geliştirilen ölçeğin Türkçeye çevirisi Ertan ve Eker tarafından yapılmıştır. Güvenirlilik ve geçerlik çalışması halen aynı araştırmacılar tarafından yürütülmektedir. Ölçekte 7 alt kategoriden oluşan bir özgül değerlendirme bölümü ile ayrı bir genel değerlendirme bölümü bulunmaktadır. Alt kategorilerin başlıkları şu şekildedir: Paranoid ve hezeyanlı fikirler, halüsinasyonlar, aktivite bozuklukları, saldırganlık, diüurnal ritm bozuklukları, affektif bozukluklar, anksiyeteler ve fobiler.

2. Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği

Helmes tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Kurumlarda yaşayan yaşlı hastaların işlevselliğini çok yönlü olarak değerlendirmek üzere hazırlanmış bir ölçektir. Ülkemizde ölçeğin güvenirliliği ve yapısal geçerliği Soygür ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 5 altbaşlıkta kümelendirilen toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Altbaşlıklar, sırasıyla, kendine bakım, yönelim bozukluğu davranışı, depresif/anksiyöz duygudurum, irritabl davranış, toplumdan uzaklaşma davranışıdır. Her bir madde 0-4 arasında puanlanır.

BAKİMEVLERİNDE YAŞLI BAKIMI

Yukarıda sunulan fiziksel ve psikososyal sorunların varlığı, bakımevlerinde yaşlı bakımının biyopsikososyal bir bütünlük taşıması gerekliliğini vurgulamaktadır. Bakımevlerindeki geleneksel bakım anlayışına "medikal model" egemendir. Medikal model geleneğinde birincil amaç, sağlık ve güvenliğin sağlanması olarak görülmektedir. Bu modelde, kurumdaki sağlık çalışanları, her türlü kararı alan ve uygulayanlar, kurumdaki yaşlılar ise "bakıma muhtaç" hastalardır. Böyle bir ortamdaki yaşlı, yardım ihtiyacı içinde ve bağımlıdır. Giderek gelişen bakımın "terapötik modelleri" özerklik-korunma diyalektiğinden yola çıkarlar. Özerklik ve korunma arasındaki denge çok önemlidir. Her iki kavram da kişinin "kendisini iyi hissetmesi için" temeldir. Ancak özellikle yaşlı bireylerde bu dengeyi korumak oldukça zor bir görevdir. Yaşlı birey çevresindeki uyaranlarla etkileşim içinde olmalı, koruma işlevi bunaltıcı ve kısıtlayıcı hale getirilmemelidir. Geleneksel bakım anlayışında, kurumda güvenliğin sağlanması amacıyla gerçekleştirilen girişimler, bağımlılığın pekişmesine yol açmaktadır

(Zarit ve ark. 1998). Ülkemizde, Aslan'ın 1983'te yaptığı çalışmada, bakımevinde yaşayan yaşlıların hemşirelerin görev tanımında çoğunlukla hemşirenin tedavi uygulayıcı görevini tanımladıkları saptanmıştır. Yaşlılar, hemşirelerden herhangi bir beklenti talep etmemişler ve hemşirenin kurum içindeki görevlerini yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Bakımevlerinde yaşlı bakımının "terapötik modelleri"nde, yaşlının özerkliğini sağlamanın bir yolu olarak, bakımevinde medikal bakım işlevi gören birimlerle, günlük yaşamın sürdürüldüğü birimlerin birbirinden ayrılması önerilmiştir (Lidz ve Arnold 1990). Bakımevi içinde Demanslı hastalara yönelik ayrı bir bakım biriminin kurulması, demansa özgü sorunlarla başedilmesi için gereken düzenlemelerin daha rasyonel yapılmasını sağlamaktadır. Bu birimde, eğitilmiş profesyonel personel tarafından, uyaranların azaltılması, hastaların durumuna uygun bireysel aktiviteler ve uygun çevresel düzenlemeler yapılır. Böylece, özerklik-korunma diyalektiği demanslı hastalar için ve farklı gereksinimleri olan diğer yaşlılar için ayrı ayrı gerçekleştirilmiş olur (Zarit ve ark. 1998).

Bakımevlerinde yaşlı bakımının nitelikleri ve standartları aşağıda sunulduğu biçimde optimize edilebilir (Schneider 1999):

- Bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal ve entellektüel potansiyellerini en iyi biçimde değerlendirebilmeleri sağlanmalıdır.
- Yaşlıların temel gereksinimleri ve kişisel sağlıkları en iyi biçimde karşılanmalıdır.
- Yaşlıların mahremiyetlerine, özsaygılarına, yeteneklerine ve duyarlılıklarına değer verilmelidir.
- Yaşlıların kişiliklerine, özgür iradelerine, özerkliklerine ve risk alma-seçim yapma haklarına saygı gösterilmelidir.
- Ortam, onların kafalarını karıştırmayacak biçimde düzenlenmelidir.
- Yaşlıların birbirleriyle ve kurum çalışanlarıyla ilişkileri, sosyal bağları, ilgileri, faaliyetleri yakından izlenmeli ve mümkün olan en iyi niteliğe kavuşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4):251-259.
- Arling G, Ryther BJ, Collins T ve ark. (1991) Mental illness and psychotropic medication use in the nursing home. *J Ageing Health*, 3:455-472.
- Aslan A (1983) Bakımyurtlarındaki yaşlıların hemşirelik bakım gereksinimleri, Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aydemir Ö, Noyan A, Gülseren AŞ ve ark. (1997) Deliryum derecelendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve güvenilirliği: Ön bulgular. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya, s.178.
- Barker BM, Johnson C (1990) A critique of the care-giving literature. *Gerontologist*, 30:26-29.
- Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S ve ark. (1991) Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84:174-178.
- Berkowitz MW, Vaxmann R, Yaffe L (1988) The effects of a resident selfhelp model on control, social involvement and self-esteem among the elderly. *Gerontologist*, 28: 620-624.
- Buck JA (1988) Psychotropic drug practice in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 36:409-418.
- Butler R, Brayne C (1998) Epidemiology. *Seminars in Old Age Psychiatry*, R Butler, B Pitt (Ed), The Royal College of Psychiatrists, Thornliebank, Glasgow, Bell & Bain Ltd, s.16-27.
- Büyükcoşkun A (1990) Yaşlı bireyin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması, Yayınlanmamış Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Cannon J, Hughes CM (1997) An assesment of the incidence and factors leading to drug-related hospital admissions in the elderly. *Eur J Hosp Pharm*, 3:14-18.
- Cummings JL (1996) Therories behind existing scales for behavior in dementia. *Int Psychogeriatrics*, 8(Suppl 3): 293-300.
- Ekici H, Ünal S (1992) Akyol Sağlık Ocağına bağlı, evinde kalanlarla huzevinde yaşayan yaşlıların psikolojik semptom taraması ve yaşam doyumu. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 26-27 Kasım 1992, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, Ankara, s.121-129.
- Ertan T, Eker E, Gürgen C ve ark. (1999) The standardized mini mental state examination for illiterate Turkish elderly population. Second international symposium on neuropsychological and neurophysiological assessment of mental and behavioral disorders. Augst 28-30, 1999, Kirazlıyayla, Bursa.
- Ertan T, Eker E, Şar V ve ark. (1996) Geriatrik depresyon ölçeği ile kendini değerlendirme depresyon ölçeğinin 60 yaş üzeri Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi. 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, GATA Basımevi, Ankara, s.139.
- Fadıloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A (1992) Huzuevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık durumlarının incelenmesi. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 26-27 Kasım 1992, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, Ankara, s.139-148.
- Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR (1975) Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12:189.
- Furniss L, Craig SKL, Burns A (1998) Medication use in nursing homes for elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13:433-439.
- Hamilton MA (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56-62.
- Helmes E (1987) Multidimensional observation scale for elderly subjects. *J Gerontol*, 42:395-405.
- Jolley D, Dixey S, Read K (1998) Residential and nursing homes. R Butler, B Pitt (Ed), The Royal College of Psychiatrists, Thornliebank, Glasgow, Bell&Bain Ltd, s.225-246.
- Katz IR, Smith BD (1995) Psychiatric aspects of long-term care. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2. Cilt, 6. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s.2622-2627.
- Kayatekin MS, Öztürk O, Savaşır I (1985) Kısa kognitif muayene çizelgesinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 7-13 Ekim 1985, Adana-Mersin, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mimeray Ofset, s.155-157.
- Kırdı N, Cavlak U, Meriç A ve ark. (1992) Doğal çevrelerinde ve huzuevinde yaşayan yaşlılarda risk faktörlerinin incelenmesi. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 26-27 Kasım 1992, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, Ankara, s.130-138.
- Kurtoğlu DT, Rezaki SM (1999) Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluklar ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3):173-179.
- Lehr U (1990) Yaşlanmanın Psikolojisi. Çev: B Çotuk, N Eryar, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Yayın, İstanbul, s.507.
- Lidz CW, Arnold RM (1990) Instituional constraints on autonomy. *Generations*, 14(Suppl):65-68.
- Lunn J, Chan K, Donoghue J ve ark. (1997) A study of the appropriateness of prescribing in nursing homes. *Int J Pharmaceut Prac*, 5:6-10.

- Morley JE (1995) Physiological aspects. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2535-2539.
- Öztunç G, Büyüksürücü L (1992) Adana huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki bireylerin yaşlılık ve sağlıklarına ilişkin görüş ve uygulamaları ile mevcut durumlarının saptanması. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 26-27 Kasım, Ankara, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, s.112-120.
- Öztürk O (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 5. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.567.
- Puner M (1988) İyi ve Uzun bir Hayata Doğru, Çev: T Turgut, Ankara, Bilgi Yaymevi, s.388.
- Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ (1982) The global deterioration scale for assesment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139:1136-1139.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP ve ark. (1987) Behavioral symptoms in Alzheimer's Disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 48(Suppl 5):9-15.
- Rovner BW, German PS, Broadhead J ve ark. (1990) The prevalance and management of demantia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr*, 2:13.
- Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1): 3-8.
- Sağlık Bakanlığı (1992) 1. Ulusal Sağlık Kongresi Yaşlılık Grubu Raporu: Mevcut durumun değerlendirilmesi. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 26-27 Kasım 1992, Ankara, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, s.385-388.
- Schneider J (1999) Residential care: Quality and costs. *Old Age Psychiatry*, R Howard (Ed), Petersfield, UK and Philadelphia, Wrightson Biomedical Publishing Ltd. s.119-132.
- Segal DL, Coolidge FL, Hersen M (1998) Psychological testing of older people. *Clinical Geropsychology*, IH Nordhus, GR VandenBos, S Berg (Ed), Washington DC, American Psychological Association, s.231-258.
- Soygür H, Aydemir Ç, Güzelarslan S ve ark. (1998) Multidimensional observation scale for elderly subjects: A study of interrater reliability, internal consistency reliability and correlations of subscales. *International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics, A Joint Meeting, Book of Abstracts*, May, 21-23, 1998, Istanbul, Turkey.
- Terakye G (1989) Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik saygısının incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(3):15-24.
- United Nations (1993) *World Population Prospect: The 1992 revision*, New York.
- Walley T, Scott AK (1995) Prescribing in the elderly. *Postgrad Med J*, 71:466-471.
- Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton depression rating scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45:742-747.
- World Health Organization and World Psychiatric Association (1997) *Organization of care in psychiatry of elderly: a technical consensus statement*, Geneva, s.16.
- Zarit SH, Dolan MM, Leitsch SA (1998) Interventions in nursing homes and other alternative living settings. *Clinical Geropsychology*, IH Nordhus, GR Vandenbos, S Berg (Ed), Washington DC, American Psychological Association, s.329-344.