

# Travma ve Ruh Sağlığı

YAZAR  
ASLIHAN OKAN İBİLOĞLU

# **BİDGE Yayınları**

Travma ve Ruh Sağlığı

**Editör:** Aslıhan OKAN İBİLOĞLU

ISBN: 978-625-372-285-2

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.06.2024

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

[www.bidgeyayinlari.com.tr](http://www.bidgeyayinlari.com.tr) - [bidgeyayinlari@gmail.com](mailto:bidgeyayinlari@gmail.com)

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /  
Ankara



# ÖNSÖZ

Travmatik yaşam olayları, yaşamın her döneminde oldukça yaygın biçimde görülebilmektedir. Yaşamımızda bir çok faktörün etkisiyle ruh sağlığımızda olumsuz bazı değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bireylerin bir olaya farklı tepkiler geliştirdiğini görürüz. Olumsuz yaşam olaylarına karşı ruh sağlığımızın karşılaştığı bazı ruhsal patolojilerden bahsettiğimiz bu kitabın, okuyucuya yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

**Editör**

Aslıhan OKAN İBİLOĞLU

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ÖNSÖZ .....                                                                                  | 3  |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                            | 4  |
| Yaşlanma ve Yaşlılık Sorunları .....                                                         | 5  |
| Banu BEYAZ .....                                                                             | 5  |
| Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Rolü: Bir Gözden Geçirme Çalışması..... | 45 |
| Gökce BAYRAM .....                                                                           | 45 |
| Sultan OKUMUŞOĞLU .....                                                                      | 45 |
| Şizofrenide Uzun Etkili Antipsikotikler ile Güncel Tedavi Stratejileri.....                  | 69 |
| Selin BALKİ TEKİN.....                                                                       | 69 |
| Ruhsal Travmaların Etkisi ve Psikiyatrik Sonuçları .....                                     | 96 |
| Aslıhan OKAN İBİLOĞLU .....                                                                  | 96 |

# BÖLÜM I

## Yaşlanma ve Yaşlılık Sorunları

**Banu BEYAZ<sup>1</sup>**

### Giriş

Yaşlanma bedensel, ruhsal, zihinsel ve toplumsal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Yaşlı bireyin yaşadığı bu değişimlere uyum sağlamasını ve kendi potansiyellerini geliştirmesi için yardımcı olmak önemlidir. Fizyolojik bir olay olan yaşlanma, her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanmaktadır.

Canlının oluşumundan yaşamın bitimine kadar devam eden bir süreçtir. Diğer bir deyişle yaşlanma dört aşamada ele alınabilir;

- 1) Gelişme
- 2) Büyüme

---

<sup>1</sup> Dr. Psk., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Klinik Psikoloji Polikliniği, İstanbul/Türkiye

3) Duraklama ve gerileme başlangıcı

4) Gerileme

Yaşlanma, kişinin yalnız dış görünümünde değişiklik olarak düşünülmemelidir. Kişiyi iç ve dış tüm varlığı ile bütün olarak düşünmek gerekmektedir.

Yaşlanma sürecinde dışarıdan hemen gözlemlenebilen ciltteki kırışıklıklar, saçın beyazlaması ve seyrekleşmesi, bel kemiği omurlarının sıkışması sonucu bedenin kamburlaşması ve kısalmasıdır. Birey yaş aldıkça kan damarları, tendonlar, cilt ve bağ dokular esnekliğini kaybeder. Kan damarları ve eklemler sertleşir, kemikler kırılanlaşır ve inceler, hormonal etkiler ve refleksler yavaşlar. Dolaşım sistemindeki zayıflamalar sonucu sağlık sorunları artar. Vücutta üretilen kanın azalması zihinsel kapasiteyi düşürür, dengeyi bozar, kasların ve organların etkinliğini azaltır. Kalp krizi ve felç olasılığı yükselir. Birey yaşlandıkça kas gücünün bir kısmı yitirilir, koordinasyon ve dayanıklılık zor hale gelir. Akciğerler, böbrekler gibi organların fonksiyonlarında azalma görülür. Yaşlanma sürecinde duyma ve görme kapasitesi düşer, yiyecekler aynı şekilde tat vermeyebilir, dokunma hissinin duyarlılığı azalabilir, hafıza kayıpları başlayabilir. Burada anlatılan tüm bu yaşlanma süreci, bireyi doğrudan etkilemektedir (Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması, 2017).

## **Yaşlılık**

Yaşlılık, insan yaşamının en duyarlı ve kaçınılmaz dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü Psikogeriatrici Bilim Grubunun geçmiş dönemlere göre fiziksel ve zihinsel yetersizliklerin belirginleştiği ve “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme

yeteneğinin azalması” olarak tanımladığı yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü olarak kabul edilmektedir.

Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan pek çok faktör olduğu için yaşlılık farklı boyutlarda tanımlanabilmektedir. Fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kronolojik yaşlılık gibi (Cangöz, 2018).

*Biyolojik yaşlılık:* zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir. Yumurtanın döllemesinden sonra başlayıp yetişkinlik dönemi boyunca devam eden bir olgu olarak tanımlanır.

*Fizyolojik yaşlılık:* biyolojik yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişikliklerdir.

*Fiziksel ve zihinsel yaşlılık:* insanın bağımsız konumdan başkalarına bağımlı duruma geçmesi anlamına gelmektedir.

*Psikolojik yaşlılık:* bireyin fizyolojik yaşlanmasına bağlı olarak sosyal konumunun ve rollerinin değişmesi sonucu ortaya çıkan uyum bozukluğudur. Kişinin kendisini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesidir.

*Sosyal açıdan yaşlılık:* bireyin konum ve rollerinin değişmesidir. Topluma, kültüre ve değer yargılarına göre değişebilir.

*Ekonomik açıdan yaşlılık:* bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve çalışma hayatının sona erdiği, emekli olduğu dönem olarak ifade edilmektedir.

*Kronolojik yaşlılık:* doğumdan başlayarak bulunan zamana kadar geçen yılların toplamıdır.

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından dört gruba ayrılmaktadır:

- a) Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %4'den azdır.
- b) Erişkin toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %4-7 arasındadır.
- c) Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %7-10 arasındadır.
- d) Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus %10 üzerindedir.

Toplumların yaşlı oranlarının artmasında; teknolojik gelişmeler ve yaşam kalitesinin yükselmesi sonucu tıbbi bakımda kaydedilen gelişmelerin ve doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması da etkilidir (Yaşar, 2009).

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranında artış vardır. Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] 2014 verilerine göre, ülkemizde yaşlı nüfus oranı %8, 2023 yılında %10.2, 2050 yılında %20.8, 2075 yılında ise %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (Bozdemir & Tokgöz, 2000). Yaşlı nüfusun %63,8'inin 65-74 yaş aralığında, %27.9'unun 75-84 yaş aralığında, %8.4'ünün ise 85 ve üstü yaş grubunda olduğu açıklanmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi 78.6 olup kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadırlar. Erkeklerde beklenen yaşam süresi 75.9 yıl kadınlarda ise 81.3 yıldır (TÜİK, 2021).

Tıbbi açıdan, yaşlılık, yaşam sürecinde kayıpların ve çöküşün sıklıkla görüldüğü bir dönemdir. “Yaşlı” olarak tanımlanan nüfus grubu kendine özgü sorunları olan, diğer kesimlere göre çok



daha fazla sağlık riski taşıyan özel bir gruptur (Bozdemir & Tokgöz, 2000).

Yaşlı nüfus grubunun belirgin özellikleri şöyle özetlenebilir:

a) bu grupta yer alan kişilerin önemli bir bölümünün en az bir hastalığı ya da sağlık sorunu vardır;

b) bu grupta en sık olarak gözlenen sağlık sorunları, hipertansiyon, şeker hastalığı (diabetes mellitus), Kronik akciğer hastalığı, Parkinson, Demans, Alzheimer, Kemik erimesi (osteoporoz) gibi uzun süren, izlenme ve bakım gereksinimi doğuran hastalıklardır;

c) bireylerin yaşı ilerledikçe sağlık sorunları artmaktadır;

d) bu yaş grubunda bulunan bireylerden önemli bir kısmının sağlık hizmetine ulaşmak için bilgilendirmeye veya yönlendirmeye ihtiyaçları vardır.

Yaşlılar genel olarak üç ana grupta ele alınabilmektedir (Dölger, 2012).

- Ekonomik, kültürel ve toplumsal sebeplerle yaşanan düşkünlükler ve sağlıksız yaşlanma dönemi olarak adlandırılan, düşkün yaşlılık
- Üretime veya herhangi bir faaliyete etkisi olmayan, pasif yaşlılık
- Başarılı yaşlanma ve aktif yaşlanma gibi iki kavramdan oluşan, dinç yaşlılık

Bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmayı, “insanların yaşlanmasıyla birlikte yaşam kalitelerini geliştirmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlikle ilgili olanakları en uygun hale getirme süreci” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2002).

Başarılı yaşlanmanın (BY) belirleyicilerinin incelendiği bir derlemede ise; eklem sorununun olmaması, işitme güçlüğüünün olmaması, günlük yaşam etkinliklerinde bağımsızlık, sigara içmeme, fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olması, yaşlının kendi sağlığını iyi olarak değerlendirmesi, sistolik kan basıncının düşük olması, bilişsel işlevlerinin iyi olması ve depresyon olmaması BY’nin belirleyicileri olarak sıralanmıştır (Depp & Jeste, 2006).

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlamalar genel olarak “kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı” etrafında dönsede yaşam kalitesi, objektif ve subjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir (Aydiner & Öztop, 2013). Objektif göstergeler; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanan konutun durumu vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyum ise yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleridir (Torlak & Yavuzçehre, 2008). Kimi araştırmacılara göre objektif göstergelerin kimi araştırmacılara göre ise subjektif göstergelerin daha önemli olduğu vurgulansa da, ne objektif göstergeler için ne de subjektif göstergeler için evrensel bir sistem ve ya da standart yoktur.

Başarılı yaşlanma

- Sosyal katılım
- Hastalıktan ve engellilikten kaçınma

- Yüksek bilişsel ve fiziksel fonksiyon

Sağlık engeli dışında, insanların yaratıcılığı için hiçbir yaş sınırının olmadığı belirtilebilir. Bazı üreticilik türleri -yaratıcı katkılar ya da başarılar biçiminde olsun- uzun bir yaşamın sonlarına dek sürmektedir.

Bischof aşağıdaki örneklerin bunu kanıtladığını söylemektedir:

- Mikelanj, St. Peter'in kubbesini 70 yaşında bitirmiştir.
- Sofokles, Kral Oedipus'u 80 yaşında yazmıştır.
- Goethe, Faust'u 80'inden sonra tamamlamıştır.
- Gladstone, 84 yaşında dördüncü kez başbakan olmuştur.
- Hendel, Haydn ve Verdi ölümsüz melodilerini 70 yaşından sonra yaratmışlardır.
- Hobbes, 91 yaşına dek yazmayı sürdürmüştür.
- Franklin, 81 yaşında Anayasa Kurulu'nun etkin bir üyesi olarak çalışmıştır.
- Jefferson, 83 yaşındaki ölümüne dek yaratıcı ve etkin olmuştur.
- Tennyson, 80 yaşından sonrasına dek şiir yazmayı sürdürmüştür.
- Churchill, 77 yaşında başbakan olmuştur.

Daha yakın tarihlere gelindiğinde de pek çok ilginç örneğe rastlanmaktadır:

Oyun yazarı ve yöneticisi George Abbot 92 yaşında kitap yazmış, 100 yaşında müzikal oyun yönetmiştir; George Burns 80 yaşında en iyi yardımcı aktör Oscarını kazanmış, 88 yaşında film çevirmiştir; Ruth Gordon 83 yaşında Emmy ödülünü kazanmış, 85 yaşında kitap yayınlamıştır; Harry Lieberman 80 yaşında resme başlamış, 106 yaşındaki ölümüne kadar bunu sürdürmüştür; ressam ve heykeltci Georgia O’Keffe 90 yaşında Başkanlık Onur Madalyası’nı kazanmış, 95 yaşında sergi açmıştır; Pablo Picasso resim çalışmalarını 90 yaşına kadar sürdürmüştür; Scott O’Dell çocuk kitapları yazmaya 61 yaşında başlamış, 90 yaşında bile bunu bırakmamıştır; Erik Erikson 80 yaşında gelişim psikolojisi kitabı yayınlamış, 84 yaşında yaşlılık araştırmalarına katılmıştır (Onur, 1995).

Yaşam kalitesinin evrensel bir hedeftir ve böyle olmasının nedeni, Maslow (1970)’un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir. Bu teoriye göre insan gereksinimleri önceliklerine göre beş başlıkta sıralanmıştır:

- 1) Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
- 2) Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
- 3) Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
- 4) Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)

5) Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...vb)

*Maslow'un ihtiyaçlar teorisi* bize, insan yaşamının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçları sıralarken yaşam kalitesi, bu ihtiyaçların kantitesi (nicelik) ile birlikte kalitesinin (nitelik) de önemli olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin, yaşam süresinin uzunluğundan ziyade kalitesi, gelirin iyi olmasından ziyade kişiyi tatmin edip etmemesi vb. hususlar üzerinde durmaktadır. Nitekim kalite, bir bilinçlenme sürecidir ve tüm yaşam alanında her zaman ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyi olmalıdır (Aksungur, 2009). Yaşam kalitesinin mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, sağlık, iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal durum ve ekonomik statü gibi kavramlar ile eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir.

### **Yaşlılık Döneminde Görülebilecek Sorunlar Nelerdir?**

Yaşlılık döneminde görülebilecek sorunlar;

- Sağlık sorunları,
- Psiko-sosyal sorunlar,
- Ekonomik sorunlar,
- Bakım ve barınma sorunları,
- Yaşlı istismar ve ihmali ve ayrımcılığı sorunları şeklinde sıralanabilir.

**Sağlık Sorunları:** Yaşlılık tüm organ ve sistemleri etkiler, kişiden kişiye farklı ölçülerde sistemlerde değişiklikler meydana

gelir. Yaşlanma ile beraber, pulmoner sistem, üriner sistem, kardiyovasküler sistem, endokrin sistem, nörolojik sistem, kas iskelet sistemi, mide bağırsak sistemi ve deri yapısında önemli değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Kırdı ve ark., 2016).

**Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler:** Yaşlı bireylerde göğüs duvarının esnekliğinin azalması ve solunum kaslarının zayıflamasından dolayı respirasyon işlevlerinde azalmalar meydana gelmektedir. Bronşiyollerde daralma nedeniyle direnç artmaktadır. Yaşla birlikte akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı olarak öksürme ve nefes alma gücü oluşabilmektedir (Güneş, 2015). Yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar; solunum sistemi değişiklikleri sonucu pnömoni ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (Güneş, 2015).

**Kardiyovasküler Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler:** Yaşlanma ile beraber meydana gelen fizyolojik değişiklikler, uzamış nabız basıncı, sistolik basınçta artma, arter yapılarındaki değişiklikler kardiyovasküler hastalılar için risk faktörleridir (Scott, Warren & Maguire, 2016). Myokard infarktüsü (MI) yaşla beraber artmaktadır (Franklin ve ark., 1997). Konjestif kalp yetmezliği, Hipertansiyon ve koroner kalp hastalıkları yaşla beraber artmaktadır (Arioğul, 2006).

**Kas-İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler:** Yaşlılıkta kemikler daha zayıf ve kırılgan olmakta, kemiklerin yoğunluğu azalmakta ve vücut postürü bozulmaktadır (Ağar, 2020). En çok kaybın olduğu kemikler ulna ve radiusun eklemi ile temasta olan alt ucu, vertebra ve femur boynudur. Kas kayıpları 30 yaşında başlamakta olup, yaşam boyu sürmektedir. Yaşlanma sürecinde bağ

dokularda kireçlenme görülmekte, eklemlerin esnekliği azalmakta, omurlar arasında bulunan diskler zedelenmekte ve fibroz dokular artmaktadır. Ayrıca büyüme hormonu ve testosteron seviyesinin azalması nedeniyle kaslarda atrofi gelişmektedir (Toraman, 2011).

Ligamentlerin esnekliklerinin bozulması sonucunda eklemlerin hareket etme yetenekleri azalmaktadır. Kas gücünde azalma, duyuşal inputun azalması, vestibüler reflekslerin yavaşlaması ve postural yanıtların iletiminde uzama, yaşlıların hem duruşta hem de yürüyüşte denge sorunu yaşamalarına neden olmaktadır (Ağar, 2020). Yaşlanma sürecinde kas-iskelet sisteminde; dejeneratif eklem hastalıkları, osteoporoz, romatoid artrit, osteoartrit, düşme ve pelvik fraktürleri gibi hastalıklar görülmektedir (Toraman, 2011).

#### **Gastrointestinal Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler:**

Yaşlanmanın gastrointestinal sistemdeki etkisi hareket ve emilimdeki azalmadır. Yaşlılık sürecinde midenin elastikiyeti azalmakta ve mide daha yavaş boşalmaktadır. Mide dokusunda gelişen atrofi nedeniyle peptik ülser riski de artmaktadır (Ağar, 2020). Yaşlı bireylerde gastrointestinal sistemde oluşan farklılıklar nedeniyle; tat ve doku reseptörleri zayıflığı, ishal, kabızlık, iştahsızlık, hazımsızlık, çok şişman olma durumu, çok zayıf olma, dişlerde çürüme ve diş kayıpları, fekal inkontinans gelişmektedir.

#### **Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler:**

Mesane kapasitesi azalır, idrar inkontinansı artar. Üretral kan akımının azalmasıyla beraber mesane yapısının idrar biriktirme ve boşalma sisteminde bozulma sonucu, idrar inkontinansı artar (Camões ve ark., 2015). Üretral tıkanıklık kadınlarda nadir olmasına rağmen,

erkeklerde prostat büyümesine bağlı olarak daha sık görülür. Yaşlı erkeklerde prostat büyümesi ve prostat kanseri sık görülür (Dyche & Hollander, 2009).

**Deri Yapısında Meydana Gelen Değişiklikler:** Yaşın artması ile beraber melanosit yapısında azalmalar artmaktadır (Tobin, 2017). Epidermis yapısında kalınlaşma, ciltte kuruluk artar ayrıca epidermis ve dermis tabakasında düzleşme meydana gelir. Bunlara bağlı olarak ciltte yaralanmalar artar (Baumann, 2007). Deri yapısında kuruluk, elastikiyetinde azalma ve sarkmalar artar (Tobin, 2017). Deri yapısının incilmesi, kanlanmanın azalması, mast hücreleri ve ciltde fibroblastların azalması sonucu dekübit ülseri oluşma riskini arttırmaktadır. Deri bölgesinde D vitamini sentezlenmesi azalması sonucunda, D vitamini eksikliği artar.

**Nörolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler:** Yaşlanma ile beraber en çok etkilenen sistem nörolojik sistemdir. Yaşın artmasıyla beyin volümü azalmakta ve sinir hücrelerinin ölümü ile beraber gri madde artmaktadır. Beyin içerisindeki sinir hücrelerin kaybı homojen değildir. Hücre kaybı en çok frontal, en az oksipital kortekste meydana gelir (Peters, 2006). Piramidal sistemde dentrit ve sinaps sayısı azalır ve myelin kılıf 40 yaşından sonra bozulmaktadır (Burke & Barnes, 2006). Serebral korteks yapısındaki değişiklikler, uykusuzluk, dikkat dağınıklığı, depresyon, bellek kaybı, anksiyete ve parkinson hastalığı ile ilişkilendirilmiştir (Peters, 2006). Dopamin düzeyinin düşmesi ile beraber motor ve bilişsel hafıza işlevlerinde azalma meydana gelir (Peters, 2006). Serebral dolaşımın azalması, bilişsel işlevleri olumsuz etkilemektedir. Bilişsel işlevlerdeki bozukluklar kişilere göre farklılık gösterebilir. Bu bozulma en çok hafıza, problem çözme ve öğrenme alanlarında



olmaktadır. Yaşın artmasıyla bellek kayıpları artmaktadır (Fjell & Walhovd, 2010).

Bireyler yaşlandıkça sinir ve beyin sisteminde değişiklikler meydana gelir. Beyindeki hücre sayısı yaşın artmasıyla birlikte azalmaktadır (Ağar, 2020). Yaş ilerledikçe serebellumda yaklaşık %25 oranında hücrelerin azalması nedeniyle beyin yükü kadınlarda %5, erkeklerde %10'a kadar azalmakta, kan akımında ve beyin metabolizma hızında minimal azalma görülmektedir. Nörolojik sistem değişikliklerinin belirgin semptomları; reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş ile yaşlanmayla birlikte yeni materyalleri öğrenme, kelime hazinesi, kelimeleri hatırlama, kısa süreli hafıza gibi bazı mental fonksiyonların azalmasıdır (Tiftik, Kayış & İnanır, 2012). Bellekte zayıflama, düşünme, problem çözme gibi zihinsel yetilerde azalma ile kendini gösteren demans ya da bunama yaşlılarda sık görülür. Ancak yaşlıların hepsi demansı yaşamayabilirler. Yaşam kalitesi yüksek ve üretkenliğini sürdüren ileri yaşlardaki bireylerde demansın görülme sıklığı düşüktür. Ayrıca, unutkanlık yaşlılara özgü değildir. İnsanlar önceki gelişim dönemlerinde de unutkanlığı yaşayabilirler. Gençlerin unutkanlığı iş yükü ve dalgınlıkla açıklanabilirken, yaşlı bireylerde unutkanlık yaşlanmanın sonucu olarak görülür.

### **Endokrin Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler:**

Yaşlanma ile endokrin sistem hormonlarının çoğu etkilenmektedir. Yaşla beraber Tiroid Stimülan Hormon (TSH) artar, T3 ve T4 azalır. Yaşlanma ile seks hormonları, büyüme hormonları, gonad hormonları, serum ve testesteron düzeyleri azalır (Sawlanı ve ark., 2016). Kolestrol seviyeleri artar, HDL kolesterol düzeyi azalırken, LDL-kolestrol düzeyi ve trigliserit düzeyi artar, (Zjacić-Rotkvićvd,

2010). Melatonin hormonlarında oluşan bozukluklar uyku problemlerine sebep vermektedir (Jonas ve ark., 2015; Fırat, 2021).

#### Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler:

**Dokunma:** Dokunma duyusuyla ilgili asıl problem ağrının algılanmasındaki bozulmadır. Sıcaklık, soğuk ve basınç duyuları özellikle ellerde ve ayaklarda azalmaktadır. Bu durum yanık görülme riskinin ve travmaların artmasına neden olmaktadır (Güneş, 2015).

**Görme:** Görmede yaşanan en önemli değişiklikler; renk tonlarını ayırt edememe ve gölgede ince detayları fark edememidir. Bunun nedeni gözden beyne giden sinir hücrelerinin sayısında azalmadır (Ağar, 2020). Yaşlı bireylerde duyu organlarındaki farklılıklar nedeniyle göz enfeksiyonu, gözlerin kuruması, duyma zorluğu, istenmeyen yaralanmalar, dengesizlik, iletişim problemi ve bağımlı olma gibi durumlar yaşanmaktadır (Tiftik, Kayış & İnanır, 2012).

**İşitme:** Kulakların dengeyi sağlamak ve işitmek olmak üzere iki işlevi bulunmaktadır. Yaşlanmayla birlikte beyindeki işitme merkezinin işlevini ve özelliğini kaybetmesi sonucunda işitme kapasitesi azalmakta, yürürken veya oturup kalkarken denge kayıpları yaşanabilmektedir (Aging Changes in the Senses, 2017).

**Ağız:** Dil acı, tuzlu ve tatlı gibi temel tatları kolay algılamaktadır. Ancak karmaşık olanların tadını alırken, kokusunu da almalılar. Yaşlı bireylerde koku duyusu azaldığından dolayı karmaşık tatları net olarak algılayamazlar (Unlu, 2019). Ağız ve diş sağlığının bozulmasının nedeni yaşlanmanın doğal bir sonucu olmamakla birlikte, dengesiz ve yetersiz beslenme şekline, koruyucu

ağız bakımının olmamasına, çoklu ilaç kullanımına ve kronik hastalıklara bağlı olarak gelişebilmektedir. 65 yaşından sonra dildeki tat tomurcuklarının sayısı ve işlevi azaldığı için, tat duyusu da azalmaya başlamaktadır (Karadakovan, 2011; Ağar, 2020).

### **Kırılgnlık (Frailty)**

İngilizce kaynaklarda “Frailty” Türkçeye 2 farklı şekilde çevrilmiştir. Kimi kaynaklar, “kırılgn yaşlı” kimi kaynaklar ise, “narin yaşlı” kavramını kullanmaktadır (Koçak, 2017).

Kırılgn yaşlıyı tarif etmek gerekirse;

- Genel olarak vücut duruşu öne doğru eğilmiş,
- Yavaş yürüyen,
- Kas gücü ve esnekliğini kaybetmiş,
- İştahsızlık,
- Halsizlik,
- Düşünce esnekliği azalmış,
- Yeni olayları hatırlamakta zorlanan,
- Görme ve işitme keskinliği azalmış
- Refleksleri zayıflamış kişiler, olarak betimleyebiliriz.

Bu hastalarda kas ve kemik erimesi de sık görülür. Yaşla ilişkili iskelet kası ve kas kuvveti kaybı (sarkopeni), kırılgnlığın önemli bir bileşenidir ve kırılgnlık yaşlıya özgü görülebilir.

Kırılgnlık önemlidir, çünkü bu kişilerde;

- Hastalıkların iyileşme süresi uzar,

- Hastaneye yatış sayısı artar,
- Hastalık sonrası sekel sık görülür.

Bu nedenle erken fark edilip önlem alınırrsa, sakatlıklar ve ölümler engellenebilir.

### **Yaşlıda Kırılğanlık Neden Olur?**

- Yaşa bağılı olarak hormonların azalması,
- Bağışıklığın zayıflaması,
- Fiziksel gücün azalması,
- Kas-sinir sisteminin zayıflaması sonucu oluşur.

Bu şekilde vücudun yaşlanması, kişinin hastalıklara olan direncini azaltır ve gençlerde bir kayba neden olmadan atlatılan soğuk algınlığı, idrar yolu enfeksiyonu gibi hastalıklar, kırılğan yaşlılarda kolayca yeti kayıplarına yol açabilir ve hastaneye yatırılma gereksinimi oluşturabilir (Koçak, 2017).

### **Bağımlı Yaşlı ve Bağımsız Yaşlı Tanımı**

Yaşlıların bağımlılık, bağımsızlık tespitinde, yaşlının günlük yaşantısında başkasına ne derece bağımlı olduğı ve enstrümanları (telefon, toplu taşıma araçları vb.) kullanma düzeyi yol gösterici olabilir.

Kişinin;

- Telefon kullanma düzeyi,
- Toplu taşıma araçlarını yalnız kullanabilmesi,
- Tek başına alışveriş, yemek ve ev işleri yapabilmesi,

- İlaçlarını kendi alabilmesi de kırılğan ve sağlıklı yaşlıyı ayırt etmede büyük önem taşır.

Günlük hayatında bağımsız diyebilmek için;

- Yardımsız banyo yapabilmeli,
- Tek başına giyinebilmeli,
- Tuvalete yardımsız ulaşabilmeli ve yetişebilmeli,
- Evin içindeki diğer odalara yardımsız gidebilmeli,
- Kendi kendine yemek yiyebilmelidir.

Kardiyovasküler Sağlık Çalışma İndeksi (Cardiovascular Health Study-CHS Index), kırılğanlığın fenotipik tanımlamasını aşağıdaki 5 fiziksel faktörden en az 3 tanesinin görülmesiyle saptanabileceğini belirtmişlerdir. Bunlar; vücut ağırlığı kaybı, yorgunluk, güçsüzlük, yürüme hızında yavaşlama ve fiziksel aktivitenin azalmasıdır. Faktörlerden 1 veya 2'sinin görüldüğü bireyler pre-frail (kırılğanlığa yatkın) olarak tanımlanmıştır.

Yaş artıkça, kırılğanlık sendromu görülme oranı artmakla birlikte kadınlarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük yaşlılarda daha sık rastlanır. Geriatrik kırılğanlık, 75 yaş ve üzerindeki bireylerde %20-30 oranında görülmekte iken, bu oran 85 yaş ve üstündekilerde %30-45'e kadar yükselmekte, prevalansı yaşla birlikte artmaktadır (Topinková, 2008). Kırılğanlık günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, kilo kaybı, güçsüzlük ve bağımlı olma sorunlarına neden olabilir. Kırılğan yaşlının; yeti yitimi, bakımevine yatış ve hatta ölüm gibi olumsuz sağlık sonuçları ile karşılaşma riski sağlıklı akranlarına göre daha fazladır.

Nutrisyonel destek, hormonal veya anti inflamatuvar tedavi, fiziksel aktivite ve egzersiz, kırılганlık tedavisinde etkin olabilecek yöntemler olarak düşünölmektedir. Ayrıca toplum sağlığında ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin de kırılган yaşlı özelliklerini bilmesi ve kırılганlık öncesi dönemde yaşlı bireyin ele alınması ve takip edilmesinde etkili olması beklenilmektedir.

### **Sarkopeni Nedir?**

Sarkopeni, ilerleyen yaşa bağılı olarak, gittikçe artan bir şekilde kas kütesinin ve fonksiyonlarının kaybıdır. Yunanca “sarx” et (kas), “penia” ise kayıp, azalma anlamlarına gelmektedir. Sarkopeni kelime anlamıyla “kas kaybı” anlamına gelir. Kas erimesi olarak da adlandırılabilir. Sarkopeni, genellikle yaşlılarda önemli bir sorun olmakla birlikte, gençlerde de beslenme bozukluğu, kanser gibi bazı hastalıklarla beraber; hareketsizlik, yatağı bağımlı olma, kasları kullanmama gibi durumlarda da görölebilir. Bu nedenle, daha genç yaş grubunda göröldüğünde de tedavi edilmesi gereken önemli bir sorundur.

### **Sarkopenide görölen sorunlar;**

- 1) Kas kütesinde azalma
  - 2) Kas gücünde azalma
  - 3) Kas performansında azalmadır.
- Sadece kas kütesi azaldıysa, erken evrededir.
  - Kas kütle kaybı ile birlikte güç veya performans kaybı var ise, kişi sarkopeniktir.

- Ağır sarkopenik kişilerde ise tüm ölçütlerde yani, hem kas kütlesi, hem de kas gücü ve performansta azalma vardır.

Sarkopenik kişiler genellikle az kilolu olmakla beraber, kilolu da olabilirler. Fazla kilolu bireylerde, kilonun çoğunluğunu kas değil yağ dokusu oluşturuyor ve beraberinde kişide güçsüzlük de mevcut ise sarkopeni görülebilir (Savaş, 2017).

### **Sarkopeniden korunmada yapılacak egzersizler;**

- Direnç egzersizleridir (uygulanan bir kuvvete veya ağırlığa karşı yapılır)
- Aerobik egzersizler (yürüme, koşma, yüzme gibi) de ideal kilonun, zindeliğin sağlanması yoluyla faydalı olur.

Erişkin yaştaki kişilere ve sağlıklı 65 yaş üzeri kişilere fiziksel aktivite önerileri:

- Tüm erişkinler aktif bir yaşam tarzını benimsemeli, sedanter yaşam tarzından uzaklaşılmalı
- Dayanıklılığı arttırmak için, her bir seansı en az 10 dakika olan, tercihen haftaya yayarak;
- En az haftada 5 gün, günde 30'ar dakikalık tempolu yürüme, bahçede çalışma, dans etme

ya da

- En az 75 dk/hafta olmak üzere yüzme, koşma, merdiven çıkma gibi aktiviteler

- Kas güçlendirme için ise büyük kas gruplarını uyaran, bir dirence karşı (ağırlıklar, direnç bantları) veya kendi ağırlığıyla
- Direnç egzersizleri haftada 2-3 gün yapılmalıdır.

*Sadece 65 yaş üzeri için öneriler:* Kronik hastalığı olan yaşlılar tıbbi durumlarının elverdiği ölçüde aktif olabilirler. İleri yaşta egzersizler, kişinin fiziksel kondisyonuna göre belirlenmelidir. Kronik hastalığı olan yaşlılar, tıbbi durumlarının elverdiği ve güvenli olacak bir şekilde aktif olabilirler. Düşme riski olan yaşlıların, denge ve koordinasyon egzersizleri de yapmaları önerilmektedir (Savaş, 2017).

### **Direnç Egzersizleri**

Kas kütle ve gücünü arttıran egzersizlerdir (Ağırlıklarla, merdiven çıkarak, egzersiz alet ve lastikleri ile veya kendi vücut ağırlığına karşı). Bakkal alışveriş torbasını taşımak da, bir direnç egzersizidir.

Sarkopeniden korunmak için genel olarak dengeli beslenme, yeterli protein tüketilmesi önerilse de, ileri yaşta mevcut hastalıklar (böbrek yetmezliği, karaciğer hastalığı, kalp sorunları, şeker hastalığı gibi), kullanılan ilaçlar nedeniyle bireyselleştirilmiş öneri ve tedavilerin uygulanması gerekir. Örneğin; diyalize girmeyen ciddi böbrek yetmezliği olan hastalarda, protein alımı kısıtlanmalıdır. Her türlü beslenme önerisini uygulamadan önce hekim veya diyetisyen ile sağlık durumunuza uygunluğunu görüşmeniz uygun olur.



Genel olarak sarkopeniden korunmak için beslenme ile ilgili öneriler:

- İleri yaşta günlük protein ihtiyacı, genç yaş gruplarından daha fazladır.
- Günde 1.2 gr/kg düzeyinden fazla protein alanlarda, sarkopeni riskinin daha az olduğu, ciddi sarkopenik kişilerde ihtiyacın arttığı (1.5 gr/kg/gün protein alımı) bildirilmektedir.
- Bir seferde tüketmek yerine, her öğünde yeterli yüksek kalitede protein alınması (25-30 gr) önerilir.
- Yaşı bireyler D vitamini eksikliği açısından risk altındadırlar, eksiklik tespit edilen kişilere D vitamin tedavisi önerilir.
- Dengeli, kişiselleştirilmiş Akdeniz tipi diyet önerilir. Tipik Akdeniz diyeti; zeytinyağı, balık, sebze ve meyve içeren diyetir.
- Yaş ilerledikçe koku ve tat duyusunda azalma, çiğneme - sindirim sorunları, çeşitli hastalıklar nedeniyle beslenme yetersizliği gelişebilmektedir. Beslenme yetersizliği olan, gıda alımı düşük olan kişilerde sarkopeni gelişme riski artar. İleri yaştaki kişiler beslenme yetersizliği açısından araştırılmalı, risk altındaki kişilere beslenme desteği verilmelidir.

### **Malnütrisyon**

Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği (ESPEN) malnütrisyonu, besin alımındaki yetersizlik veya düzensiz beslenmeden kaynaklanan, vücut kompozisyonunun değişmesine (düşük yağsız kütle ve vücut hücre kütlesi) neden olan, fiziksel ve zihinsel işlevlerin azalmasına ve hastalık klinik sonuçlarının bozulmasına yol açan bir durum olarak tanımlamaktadır (Cederholm

ve ark., 2017). Yetersiz beslenme için tanı kriterleri konusunda konsensus, düşük kas kütlesini yetersiz beslenme tanımının bir parçası olarak önermiştir. Yetersiz beslenmenin tanımlanmasındaki kriterlerden biri olan vücut ağırlık kaybı ve BKİ (Beden Kitle İndeksi) kullanılmaktadır.

Avrupa’da 65 yaş üstü nüfusu arasında malnütrisiyon sıklığı, %23 ile %66 arasında değişmektedir. Malnütrisiyon, huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda yaygın bir sorundur ve bireylerin %47-62’si yetersiz beslenme riski altındadır. Malnütrisiyon, kırılganlık için bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Malnütrisiyonun yol açtığı vücut ağırlık kaybı, kırılganlığın diğer kriterleri olan yorgunluk, zayıflık, yürüme hızında yavaşlama ve azalmış fiziksel aktivite ile sonuçlanır. Kırılgan yaşlıların yarısı, malnütrisiyon için yüksek risk altındadır. Aynı şekilde malnütrisiyonu olanların da %90’ı kırılganlık veya kırılganlık-öncesi için risk altındadır (Can, 2017).

### **Psikososyal Sorunlar**

Psikososyal anlamda yaşlı bireylerin yakınlarının kaybı, statü kaybı, geçmiş ve geçmişte yaşanan durumlara takılıp kalma, yeni durumlara ve değişen hayat şartlarına uyum sağlayamama, sosyal etkinliklere katılamama, özgüvende azalma, karar vermede güçlük çekme, huysuzluk, alınganlık, yalnızlık ve terk edilme duygusu ve buna bağlı olarak kendisini değersiz hissetme gibi birçok sorunla karşılaşabilmektedir (Oz, 2002; Demirbaş, 2019). Yalnızlık; yaşlıya olan ihtiyacın azalması, ilgi görememe, çocukların evlenip ayrılmaları, torunların büyümesi, yaşlı bireyin çevresindeki ölümlerle, sohbet ve muhabbet ettiği insanların azalmasıyla yaşlı birey yalnız kalır. Tek başına yaşamaya, yalnızlık çekmeye başlar. Özellikle eşinin de ölümüyle daha çok yalnız kalır.

Küresel düzeyde değerlendirdiğimizde yaşlı nüfusun içinde, yaşlı kadınların fazlalığı göze çarpmaktadır. “*Yaşlanmanın kadınsallaşması*” kavramı ile ifade edilen bu durum, nüfus yaşlanmasına eşlik eden diğer bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu, nüfusun yaşlanması sorunu ile karşı karşıya kalan ülkelerde çok ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

Küresel anlamda yaşlı kadınların görünümü, şu şekilde özetlenebilir:

- Yaşlanan kadınlar, dünya nüfusunun önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve sayıları giderek artmaktadır. 2000 yılında 336 milyon olan 60 yaş ve üstü kadın sayısı, 2050 yılında 1 milyarın üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2007). Küresel olarak, kadınlar yaşlıların çoğunluğunu oluşturmaktadır.
- Yaşlanan kadınlar arasında en hızlı büyüyen grup, 80 yaş üstü olan en yaşlı gruptur. Bu yaş grubunda erkeklerden daha yüksek oranda, kadın nüfusunun olduğu dikkat çekmektedir. 60 yaş ve üstü her 100 kadın için, sadece 84 erkek vardır. 80 yaş ve üstü her 100 kadın için sadece 61 erkek vardır. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılık, çeşitli konulara da yansımaktadır. Hastalık ve sağlık durumları ile oranları farklıdır. Yaşlanan kadınların çoğu, yaşlılığın ilk dönemlerinde nispeten sağlıklı ve bağımsız iken, ileri yaşlılıktakilerin çoğu kronik bakıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca bu farklılık, yaşlanma politikaları ile ilgili meselelerde de kendini göstermektedir. Toplumsal cinsiyetin bireylerin tüm yaşamını şekillendirdiği göz önüne alındığında, bu durum daha da netleşmektedir.

Kaynaklara ve fırsatlara erişim, cinsiyetler arasında aynı şekilde gerçekleşmemektedir (UNFPA, 2012).

- Yaşlı kadınların en yüksek oranları gelişmiş ülkelerde olmasına rağmen, çoğunluğu nüfus yaşlanmasının hızlı bir şekilde gerçekleştiği gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır.

*Yaşlılığın kadınsallaşması*, yaşlı nüfus oranında kadınların daha çok olması anlamına karşılık gelmektedir. Bu durum özellikle Türkiye gibi hızlı yaşlanan ülkelerde bağımlılık ve yalnızlık problemlerini daha fazla ön plana çıkartmaktadır. Yaşlı gruptaki kadınların eğitimsiz ve sosyal güvenceden yoksun olmaları daha izole bir yaşam sürmelerine neden olmaktadır. Bağımlılık seviyesi yüksek olan yaş grubu 80+ yaş grubundaki bireylerdir. 80+ yaş grubundaki bireylerin presbiakuzi, depresyon, deliryum vb. problemlerle karşılaşma oranları çok yüksektir. Ailede kuşaklar arası ilişkilerin güçlendirilmesi yerinde olur.

Sosyal olarak kuşaklararası dayanışma, ailede kuşaklar arasında oluşturulan yakın bireyler arası bağları yansıtmaktadır. Ailede kuşaklararası ilişkiler dayanışmayı ve karşılıklı desteği içermektedir. Aile düzeyinde kuşaklararası dayanışmanın yapısı, uzun süreli ilişkiler ile etkileşimin davranışsal ve duygusal boyutları, ebeveynler ile çocuklar arasında ayrıca büyük ebeveynler ve torunlar arasındaki bağlılık, duygu ve destek ile açıklanmaktadır. Bu en çok bilinen “*kuşaklararası dayanışma teorisi*” ile açıklanmaktadır. Bengtson ve arkadaşlarına göre (Bengtson ve Schrader, 1982; Roberts ve Bengtson, 1991) bu teoride kuşaklararası dayanışmayı belirleyen altı kavramsal boyut bulunmaktadır (Özmete, 2017).

a) İlişkisel dayanışma: Kuşaklararasıda aile bireylerinin ilişkilerinin sıklığı ve niteliği,

b) Duygusal dayanışma: Aile bireylerinin diğer bireyler ile ilişkileri hakkındaki duyguları ve değerlendirmeleri

c) Uzlaşmaya dayalı dayanışma: Kuşaklararasıda fikirler, değerler ve yönelimler konusunda fikir birliğinin sağlanması

d) İşlevsel dayanışma: Kuşaklararasıda alınan ve verilen destek

e) Normlara dayalı dayanışma: Aile değerlerinin önemi konusunda benimsenen normlara bağlılık kadar çocuk olma ve ebeveyn olmanın gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirme ile ilgili beklentiler

f) Yapısal dayanışma: Aile üyeleri arasındaki coğrafik yakınlığın, kuşaklararasıda sunulan fırsatlara yansması “fırsatların yapısı”

Kuşaklararası dayanışmanın boyutları birbirleriyle ilişki içindedirler. Tek bir boyut diğer tüm boyutları etkileyebilmekte, farklı boyutların etkileşimi kuşaklararası dayanışmanın niteliğini değiştirebilmektedir. Ayrıca, Bengtson ve Oyama (2007) kuşaklar arasındaki etkileşimleri betimleyen üç beklentiye değinmiştir. Birincisinde aile ve yaygın eğitim kurumlarının tüm kuşakların topluma uyum sağlamasında sahip oldukları pay bulunmaktadır. İkincisinde, çeşitli durumlarda ailedeki yaşlı bireylerle diğer kuşaklararasıda karşılıklı olarak finansal ve duygusal destek sağlanmasına değinilmiştir. Üçüncüsü ise yaşlılara devlet tarafından

sunulan destek ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Özmete, 2017).

### **Ekonomik Sorunlar**

Yaşlıların çalışma hayatına devam edememeleri, bunun neticesinde gelirlerinde meydana gelen düşüş ve artan işsizlik nedeniyle bireyin yaşına ve gücüne uygun iş bulamaması, hayat pahalılığı, imkanların elverişsiz olması ve ekonomik istismara maruz kalması gibi sebeplerden dolayı yaşlı bireyler ekonomik anlamda birçok sorun yaşayabilmektedirler (Akten, 2018). TÜİK verilerine göre yaşlıların %10'u iş gücüne katılmaktadır. Emeklilikte, işsiz bir hayata ve ekonomik kısıtlılıklara uyum sağlamak zor olabilir. Yaşlı birey emekliliğe hazırlanmamış ise kendisini boşlukta hissetme, maddi sorunlar yaşama ve çevreyle olan iletişimini kesme veya iç dünyasına kapanma gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilir. Kadınlar açısından emeklilik, erkekler kadar sorun yaratmaz. Kadınlar evde kendileri için yeteri kadar etkinlik bulabilir. Fakat erkekler için, çalışma yaşamındaki rolünü kaybetme, verimlilikte düşme gibi durumlar sıkıntı yaşatabilir ve sıklıkla birey boşluk, kayıp duygusu yaşar. Emeklilik döneminde yaşlının yaşamına sokacağı, yeni uğraş alanları bulması emeklilik sorunu ile baş etmede önemlidir.

### **Barınma ve Bakım Sorunları**

Yaşlı bireylerin yaşlanma sürecinde karşılaştığı bir diğer sorun ise barınma ve bakım ile ilgili sorunlardır. Sosyo-ekonomik yapıda meydana gelen değişimler, artan göçler ve geniş aile yapısının yerini çekirdek ailelere bırakması, sınırlı kapsamlı sosyal güvence sistemlerinin bulunması, sosyal anlamda çeşitli yardım mekanizmalarının gelişmemiş olması gibi sebepler yaşlı bireyin

kendi ailesi ile birlikte barınmasını ve aile içerisinde yeterli düzeyde bakım almasını zorlaştırmaktadır. Yaşlı bireylerin çoğunluğu bu nedenle ya yalnız yaşamayı tercih etmekte ya da devletin yaşlılar için oluşturduğu yasalardan faydalanarak huzurevlerinde veya bakımevlerinde yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadırlar (Kissal, 2008).

TUİK (2021) verilerine göre, en az bir yaşlı birey ile yaşayan ailelerin oranı %24.1 olarak belirlenmiştir. Yine bu verilere göre ülkemizde tek başına yaşayan yaşlı sayısı 1 milyon 561 bin 398 olarak belirlenmiştir. Aynı araştırma sonucuna göre ailelerin %59.9 oranında yaşlı bireyin mutluluğu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (TUİK, 2021). Araştırma sonuçları da gösteriyor ki; yaşlılar kendilerini aileleriyle birlikte yaşarken daha çok güvende hissetmektedirler ve bu nedenden dolayı ailesiyle birlikte yaşayan yaşlılar yeterli düzeyde bakım aldıklarından daha mutlu ve daha huzurlu bir yaşam sürdürebilmektedirler (Karakuş, 2018).

### **Yaşlı İstismar ve İhmali ve Ayrımcılığı sorunları**

İlk kez 1970’li yıllarda Amerika’da gündeme gelmiştir. Yaşlı istismarı ilk kez Baker ve Burston tarafından 1975’te “hırpalanmış yaşlı kadın” anlamına gelen “granny battering” şeklinde tanımlanmıştır (Lotfi, 2020). Literatürde yer alan bilgilere göre, Uluslararası Yaşlı İstismarı Önleme Ağı (2009), yaşlı istismarını “yaşlılara karşı, bir güven beklentisi içinde oluşan, bireyde sıkıntı yaratan ve zarara sebebiyet verebilecek hareket ve davranışlar bütünüdür” şeklinde tanımlanmıştır (Lotfi, 2020).

*Yaşlı ihmali* ise yaşlının yaşadığı aile içerisindeki bireylerin, kurum çalışanları ve özel bakıcılar gibi yaşlı bireylerin bakımını

üstlenen bireylerin, yaşının yeme, içme, giyinme, ısınma, kişisel bakım gibi ihtiyaçlarını karşılayamaması veya yaşının hastalık ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe durumunda ihtiyacı olan hizmeti veya bakımı hiç alamaması veya yetersiz düzeyde alması olarak tanımlanır (Akdemir, Görgült & Cınar, 2008).

*Yaşlı ayrımcılığı (ageism)*; yaşlı bireylere olumsuz, ön yargılı tutum ve davranış gösterme durumudur. Yaşlı ile zaman geçirmeme, iletişime geçmeme vb. Yaşlı ayrımcılığı, yaşları nedeniyle bireylere veya gruplara karşı stereotipleme yaparak, ayrımcı davranmaktır.

Yaşlılara yönelik ayrımcılık ve yaşlıların bağımlı ve bakıma muhtaç olarak algılanması, muhatap alınmaması, sosyal hayattan dışlanması olarak da görülebilir. Yaşlıların bağımlı ve bakıma muhtaç olarak algılanması yanlış bir algıdır. Bazı yaşlıların sürekli bakıma gereksinimi olmasına karşın, her yaşlıda bu durum böyle olmayabilir. 60 yaş ve üstünde olan, yaşamını bağımsız bir şekilde sürdüren ve ailesine maddi-manevi destek sağlayan yaşlıların oranı bağımlı olan yaşlılardan daha fazladır. Yatağa bağımlı yaşlıların oranı %8 civarındadır. Bu da yaşlıların birikimlerinin ve deneyimlerinin değerli olmadığını ortaya koymaktadır (Küçük, 2016).

*Yaşcıl Stereotipleme*; gruplama yaparak bu gruplara göre bazı özellikler yükleyen bir bilişsel etkinliktir (Kadın erkek, siyah beyaz, cana yakın yetileri iyi/yetersiz).

*Yaşcıl Önyargı*; stereotiplemenin bilişsel süreciyle bağlantılı bir duygudur. Aşağılayıcı tutumlarla ayrımcı davranışlar ortaya çıkar (Yaşlı kişileri beğenmeme, ayrı tutma arzusu).



## **Yaşlı Ayrımcılığı Sınıflaması**

Butler, yaşa dayalı ayrımcılığı (ageism); kişisel, kültürel ve yapısal düzey olarak sınıflamaktadır.

*Kişisel Düzeyde;* bireyin yaş ve yaşlanmaya bakış açısı belirleyicidir. Genellikle bireyin yetiştiği, sosyalleştiği ve öğrendiği yaşlılıkla ilgili kabulleri içerir.

*Kültürel Düzeyde;* kültürün yaşlı bireye bakışı, görsel ve medyaya sunumu, yaşlılıkla ilgili şakalar, esprilerle ilgilidir.

*Yapısal Düzeyde;* Kurumların ya da politikaların yaşlılara göre yapılanmaması, hizmetlerin ve politikaların adil ve yeterli sunulmaması (Buz, 2005).

## **Birleşmiş Milletler Tarafından Hazırlanan Yaşlılık İlkeleri:**

### ***Bağımsızlık***

- Yaşlı bireyler; beslenme, barınma, giyim gibi temel gereksinimlerini karşılamak ve sağlık bakımından yararlanmak için yeterli gelire sahip olmalıdır. Bu gereksinimlerini karşılayabilmeleri için ailelerinden ve toplumun her kesiminden destek almalıdır.
- Yaşlı bireyler gereksinimlerini karşılama konusunda kendi kendilerine yardımcı olabilmeleri yönünde desteklenmelidir. Gelir getirici bir işte çalışabilmeli ya da toplumdaki diğer gelir getirici faaliyetlerden yararlanmalıdır.
- Yaşlı bireyler emeklilik yaşının belirlenmesi ve emeklilik koşullarının tanımlanmasında söz sahibi olmalıdır.

- Yaşlı bireyler yaşlarına, yeteneklerine uygun eğitim ve öğretim programlarına sahip olmalıdır.
- Yaşlı bireyler; bireysel tercihlerine uygun, güvenli bir çevrede yaşamalı ve bu çevre onlara kapasitelerini geliştirebilecek fırsatlar sunmalıdır.
- Yaşlı bireyler mümkün olduğunca uzun süre kendi evlerinde ya da aile ortamında yaşamalıdır.

### **Katılım**

- Yaşlı bireyler toplumla ilişkilerini sürdürmeli refah düzeylerini doğrudan etkileyecek politikaların hazırlanması ve uygulanması aşamalarına aktif bir biçimde katılmalıdır.
- Yaşlı bireyler bilgi ve becerilerini genç kuşaklar ile paylaşmalı, topluma hizmet etmek için çeşitli fırsatlar geliştirebilmelidir.
- Yaşlı bireyler kendi ilgi ve yeteneklerine uygun etkinliklerine gönüllü olarak katılımında bulunmalı ve hizmet edebilmelidir.

### **Bakım**

- Yaşlı bireyler aile ve toplum tarafından desteklenmeli, ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri verilmelidir.
- Yaşlı bireyler o toplumun kültürel değerler sistemine uygun bir biçimde korunmalı ve gözetilmelidir.
- Yaşlı bireyler asgari düzeyde fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyiliği kazandıracak ve sürdürecektir sağlık bakımına sahip olmalıdır.
- Yaşlı bireyler yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilecekleri, gereksinim duyduklarında korunabilecekleri ve bakılabilecekleri çeşitli sosyal hizmetlere ve yasal düzenlemelere sahip olmalıdır.

- Yaşlı bireyler insana yakışır ve güvenli bir ortamda, sosyal ve zihinsel yönden desteklenecekleri, kendilerini geliştirebilecekleri, koruma ve rehabilitasyon hizmeti alabilecekleri, uygun kurumsal bakım modellerinden yararlanmalıdır.
- Yaşlı bireylerin bir huzurevi ya da rehabilitasyon merkezinde yaşamaları durumunda; ihtiyaçları, inançları, haysiyetleri, özel yaşamları, bakımları ve yaşam biçimleri hakkında kendi kararlarını vermeleri konularında tam olarak saygı görmelidir. İnsan haklarından ve temel özgürlüklerinden tam olarak yararlanmalıdır.

### **Kendini Gerçekleştirme**

- Yaşlı bireylere potansiyellerini (yetenek ve becerilerini) tam olarak gerçekleştirebilecek fırsatlar yaratmalı, var olan uygulamalardan yararlanması sağlanmalıdır.
- Yaşlı bireyler toplumun eğitim ve kültür etkinliklerine aktif olarak katılabilmelidir.

### **İtibar**

- Yaşlı bireyler itibar görmeli ve güven içerisinde yaşamalı, sömürüden, fiziksel ya da zihinsel istismardan uzak tutulmalıdır.
- Yaşlı bireyler hizmetlerden yararlanırken; yaş, cinsiyet, ırk, etkin köken, özür durumu ya da diğer konuları nedeniyle bir ayırım görmemelidir.

- Yaşlı bireylerin gelir durumları belirleyici bir unsur olmamalı, gelir düzeyinden bağımsız olarak gereksinimleri karşılanacak şekilde uygun hizmetlerden yararlanmalıdır.

### **Bilinçli Bir Ailenin Yaşlılık Sorunlarına Dair Yaptıkları Beyin Fırtınası**

**Konu:** 65 yaş üstü bireylerde yani yaşlılık döneminde yaşam kalitesini arttırmak için neler düşünebiliriz, nelere dikkat etmeliyiz, neler yapılmalı?

#### **İçerik**

Baba: Yaşlılık döneminde, sağlıklı yaşam davranışlarının benimsemek gerekli

Anne: “Görme, duyma, ağız ve diş sağlığı ve idrar kaçırma konularında sıkıntılar yaşıyor. Bu sağlık sorunlarını erken tespit etmek ve tedavisi için yardım almak gereklidir”

Baba: Göz sağlığı önemli, muayene ve gözlük değişimi yapılmalıdır.

Anne: İdrar kaçırma varsa günlük bakım pedi kullanmalı, yaşlı bu konuda utandırılmamalıdır.

Baba: İleri yaşlarda çiğneme güçlükleri olabilir, yemekler yumuşak formda hazırlanmalıdır, biftek yerine köfte, patates püresi gibi...

Genç: Mutlaka bol sıvı almaları gerekmektedir.

Genç: Lifli/ posalı yiyecekleri de tercih etmelidirler.

Baba: Yanlış ilaç kullanımının engellenmesi amacıyla ilaç kutularının üzerine çeşitli uyarıcılar yazılmalıdır.

Anne: Egzersiz, beden jimnastiği hem fiziksel sağlık hem de ruhsal sağlık için önemlidir.

Genç: Evet kuvvetimiz artar, denge sağlar hem de mutlu hissederiz.

Genç: Kemik sağlığı için yazın mutlaka güneş banyosu yapmaladırlar.

Genç: Mmknde 500-1000 metre arası değilse en azından 200 metre günlük yürüyüşler yapılmalı, temiz hava alınmalı, dolaşım sistemi korunmalıdır.

Anne: Yürüme güçlüğü çeken yaşlının, günlük alışverişini yapacak gereksinimlerini gözetecek biri olmalıdır.

Baba: Konut ve fiziksel evre koşulları, yaşlının yaşamına elverişli hale getirilmelidir.

Genç: Elektrik, telefon ve bilgisayar gibi kablolar takılmaya, düşmeye yol açabilecek biçimde açıkta bırakılmamalıdır.

Genç: Yaşlılarda kemik kırılması çok tehlikeli olduğundan, ev zemini, özellikle ıslak alanlar kolayca kayabilecek materyalden yapılmamalı, ıslak alanlar kaymaz malzeme ile kaplanmalıdır.

Anne: Ayak tabanı kaydırmaz terlik ya da ayakkabı giyilmelidir.

Baba: İlaçlar güvenli, direkt ışık almayan serin yerlerde saklanmalıdır.

Genç: İlaçların zerine hatırlatıcı notlar yazılmalıdır.

Anne: Fazlalık yapan, dağınıklık yapan eşyalar azaltılmalıdır.

Genç: Düşmeyi önlemek için banyoda gerektiğinde dengeyi sağlamak için, destek alınabilecek, tutamaklar olmalıdır.

Baba: Evinden çıkamayan yaşlının evine sağlık hizmeti götürülmelidir.

Genç: Aydınlatmayı rahat açabilmek için, karanlıkta da görülebilecek fosforlu düğmeler olmalıdır.

Baba: Yaşanılan semte suç oranı yüksek olmamalı, semt güvenilir olmalıdır.

Anne: Ambulans, itfaiye, yakın akraba/komşu gibi önemli telefon numaraları, görme alanında yani yakınında olmalıdır.

Genç: Yaşlının evi ulaşım araçlarının duraklarına, eğitim araştırma hastanelerine kısa bir yürüyüş mesafesinde olmalıdır.

Anne: Yaşlının yaşadığı semtte tam teşekkülü bir devlet hastanesi olmalıdır.

## **Sonuç**

Yaşlılarımız toplum olarak zenginliğimizdir. Türkiye, yaşlı nüfus potansiyelini korumakla birlikte, nüfusu gün geçtikçe yaşlanmaktadır. Doğum hızı, her geçen yıl düşmektedir. Son olarak Türkiye’de doğum hızı, %1.34 olarak belirlenmiştir. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte, toplumun genel nüfus oranı içinde yaşlı nüfusun artması, kaçınılmaz hale gelmektedir. Yaşlı nüfus potansiyelini değerlendirebilen toplumlar, gelecekte diğer ülkeler ile rekabette lider olacaktır. Toplumsal değerlerimiz ve birikimimiz, gelecekte yaşlı nüfusun potansiyelini değerlendirme açısından, önemli fırsatlar yaratacaktır.

## Kaynakça

Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347-354.

Akdemir, N., Görgülü, U. & Çınar, F. (2008). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15(1), 68-75.

Aksungur, A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.

Akten, S. (2018). *Yaşlıların ihmal ve istismarında ailenin rolü (İstanbul ili örneği)*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Aydiner Boylu, A. & Öztop, H. (2013). Tek ebeveynli aileler: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Sosyo Ekonomi Dergisi*, 1(62), 207-220.

Bozdemir, N. & Tokgöz, M. (2000). Toplumdaki yaşlı ve yaslanmakta olan bireylerin rehabilitasyonu ve sosyal uyum projesi. <http://www.agv.org.tr/geriatri.doc>.

Buz, S. (2015). Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(53), 268-78.

Can, B. (2017). Fiziksel kırılganlık. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics- Special Topics*, 3(1), 1-5.

Cangöz, B. (2018). Bilişsel yaşlanma. *Sunum*. Ankara: Huzem Yaz Okulu Kursları.

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G. & Bischoff, S. C. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36, 49-64.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762.

Çakan, F. (2017). İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. *Türk Kardiyol Derneği Arşivi*, 45(5), 5-8.

Demirbaş H. (2019). *Yaşlılıkta görülen sorunlar ve sosyal destek*. (02.04.2023 tarihinde [http://www.researchgate.net/publication/330468713\\_Yaslilikta\\_gorulen\\_sorunlar\\_ve\\_sosyal\\_destek-8\\_bolum\\_-hatice\\_demirbas-son\\_hali](http://www.researchgate.net/publication/330468713_Yaslilikta_gorulen_sorunlar_ve_sosyal_destek-8_bolum_-hatice_demirbas-son_hali) adresinden ulaşılmıştır.)

Depp, C. A. & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. <http://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>.

Dülger, İ. (2012). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılığın değişen görünümü, değişen politikaları ve gelişen aktif yaşlanma kavramı. *18-24 Mart Yaşlılara Saygı Haftası Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri* (ss. 37-49). Ankara.

Erden, Ş. & Boz, H. (2018). Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmal. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 71(3), 100-105.



Güneş, G. (2015). *Yaşlılarda egzersizin fiziksel aktivite, hareket korkusu, yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi*. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kang, J., Jeongt, Y. J., Jang, J. H. & Lee, M. (2020). Risk factors for frailty in critical care survivors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 102981.

Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Ed.) (2011). *Yaşlılık ve bakım: Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi.

Karakuş, B. (2018), Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmetler kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yayınları.

Kaya, P., İpekçi Çetin, E., & Kuruüzüm, A. (2011). Çok kriterli karar verme ile Avrupa birliği ve aday ülkelerin yaşam kalitesinin analizi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, 13, 80-94.

Kılıç, B., Turhan, Y., Demiroğlu, M., Akçay, S. & Gürcan, S. (2016). Diz osteoartriti’nde cerrahi tedavi yöntemleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergi*, 6(2), 135-138.

Kırdı, N., Can, F., Abit Kocaman, A., Bulut Doğan, Z. & Ertan, Ü.K. (2016). Geriatrik rehabilitasyon. A. A. Karaduman ve Ö. Tuna Yılmaz (Ed.). *Fizyoterapi rehabilitasyon içinde* (Cilt 1, ss. 353-365). Ankara: Pelikan Yayınevi.

Kissal, A. (2008). İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkili olan

etmenlerin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Koçak, Ö. K. (2017). Kırılğanlık el kitabı. *Keyifli Yaş Alma Fuarı Kongresi*, İzmir.

Küçük, L. (2016). Yaşlı ayrımcılığı. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatr Nursing, Special Topic*, 2(1), 60-66.

Lotfi, S. (2020). Yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik sosyal hizmet müdahalesi ve yaklaşımları. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(39), 1436-1452.

Maviş, İ., & Özbabalık, D. (2006). Yaşlılıkta nörolojik temelli iletişim sorunları ve dil ve konuşma terapisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 1-18.

Meyer, K. C. (2005). Aging. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 2(5), 433-439.

Onur, B. (2021). *Gelişim psikolojisi: Yetişkinlik, yaşlılık, ölüm*. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Oz, F. (2002). Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal acıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2), 17-28.

Özmete, E. (2017). *Türkiye’de kuşaklararası dayanışmanın değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Resciniti, N. V, Lohman, M. C, Wirth, M. D., Shivappa, N. & Hebert, J. R. (2019). Dietary inflammatory index, pre-frailty and frailty among older us adults: Evidence from the national health and

nutrition examination survey, 2007-2014. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23 (4), 323-329.

Sağlıklı Yaşlanma ve Karşılaşılan Sorunlar Etüd Çalışması. (2015). Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Yayınları.

Savaş, S. (2017). İleri yaşta kas erimesi el kitabı. *Keyifli Yaş Alma Fuarı Kongresi*, İzmir.

TDK (2019). *Türk dil kurumu güncel sözlüğü*. “11.05.2023 tarihinde, [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GS.5a64f076384a46.9399111](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GS.5a64f076384a46.9399111) adresinden ulaşılmıştır.”

Tiftik, S., Kayış, A. & İnanır, İ. (2012). Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler: Hastalıklar ve hemşirenin rolü. *Türk Geriatri Dergisi*, 15, 96.

Top, M. Ş., Özden, S. Y. & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.

Topinková, E. (2008). Aging, disability and frailty. *Annals Nutrition & Metabolism.*, 52, 6-11.

Toraman, N. F. (2011). Yaşlılarda kas ve iskelet sistemi sorunları. *Gerofam*, 2(2), 1-12.

Torlak, S. E. & Yavuzçehre, P. S. (2008). Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17(2), 23-44.

Tur, B. S. (2008). Osteoartrit yaşlanmanın bir sonucu mudur? *Türkiye Klinikleri Journal*, 1(2), 710.

Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması (2017). Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü Yayını.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014). *Türkiye istatistik kurumu basın odası haberleri: Yaşlanıyoruz*. (07.06.2023 tarihinde [http://www.tuik.gov.tr/basinodasi/haberler/2014\\_4\\_20140203.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinodasi/haberler/2014_4_20140203.pdf) adresinden ulaşılmıştır.)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). *İstatistiklerle yaşlılar*. (07.06.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227> adresinden ulaşılmıştır.)

Unlu, D. (2019). *Yaşlıların ekonomik istismara maruz kalma durumlarının incelenmesi: İstanbul Bahçelievler örneği*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

World Health Organization (2002). Active ageing a policy framework, non-communicable diseases and mental health cluster, noncommunicable-disease prevention and health promotion department.

Yaşar, E. K. (2009). Yaşlıya evde bakım verenlerin yükünü etkileyen faktörler. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. & Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19-23.

## BÖLÜM II

### Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Rolü: Bir Gözden Geçirme Çalışması

Gökce BAYRAM<sup>1</sup>  
Sultan OKUMUŞOĞLU<sup>2</sup>

#### Giriş

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur ve somatik belirtilerle ortaya çıkabilir. Kişinin davranışlarını ve duygusal durumunu etkiler. Bunun sonucunda da depresyondaki kişilerin davranışsal eylemlerinin yavaşladığı, kendini çökkün hissettiği gözlemlenir. Kişi kendini umutsuz ve mutsuz hisseder. Depresyondaki kişilerde çaresizlik ve kendini suçlama tarzı düşünceler görülebilir (APA, 2013; Gülen, 2020).

---

<sup>1</sup> Uzman Psikolog, ORCID: 0000-0001-7823 4585, gokcebayram034@gmail.com

<sup>2</sup> Doçent Doktor, Lefke Avrupa Üniversitesi, Lefke/Kıbrıs, ORCID: 0000-0001-6155-2325 ssehitoglu@eul.edu.tr

Andersson ve arkadaşları (2019), majör depresif bozukluk yaygınlığının %14-15 civarında kalıtsal temelli olabildiğinden söz eder. Ayrıca ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluğa dair %40 oranında genetik eğilim sonucu bildirildiğini ifade ederler. Fakat aynı zamanda altta yatan genetik nedenlerin spesifik olarak belirtilmemiş olduğunu bildirirler (Andersson ve ark., 2019). Majör depresyonun tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT), etkili bir yöntem olduğuna işaret edilmektedir. Depresyonla mücadele eden bireylerin çevrimiçi ve yüz yüze olarak BDT'den yararlanabileceği ifade edilmektedir (Mor & Haran, 2009).

Majör depresyonun çocuklarda görülme sıklığı %2 iken ergenlerde görülme oranı %6'dır. Depresyondaki bireylerin işlevselliği azalır. Çocuk ve ergenlerde işlevsellik azalışı eğitim hayatlarında ve sosyal çevrelerinde olabileceği gibi madde bağımlılığı ve intihar düşünceleri de görülebilir. Gençlerde depresyonun yanı sıra komorbid hastalık görülme olasılığı %40 ile %90 arasındadır. İki veya daha fazla komorbid hastalık görülme olasılığı ise %50 civarındadır. Depresyonla mücadele eden bireylerde en sık görülen komorbid hastalıklar anksiyete, ADHD ve yıkıcı davranış bozukluğu şeklinde sıralanmaktadır (Kennard ve ark., 2016).

Depresyonun BDT ile müdahalelerinde, tedavinin süreci 10 ile 20 seans arasında değişmektedir. BDT, doğası gereği terapi sırasında hasta ve terapistin iş birliği içerisinde olduğu bir müdahale biçimidir (Mor & Haran, 2009).

BDT tedavisi üç fazdan oluşur. Bunlar tedavi planlaması ve değerlendirme periyodları, müdahale seansları ve hastalığın

nüksetmesini önlemek için devam/takip aşamasıdır. Planlama ve değerlendirme aşaması yaklaşık 2-3 hafta kadar sürer. BDT tekniklerinin uygulandığı seansların sayısı değişebilmektedir. BDT seansları 12-18 seans arasında sürebileceği gibi daha kısa veya daha uzun da sürebilir. Son olarak da hastalığın nüksetmesini önlemek amacıyla yapılan devam seansı yaklaşık 2-6 seans sürer. Seans sayıları hastanın durumuna göre kısalıp uzayabilir. Hastanın davranışsal ve bilişsel aktivitelerine odaklanılan kısım akut kısımdır. Temel amaç hastanın kendisini düzenleyebileceği, kontrol edebileceği seviyeye getirilmesidir. Bu amaçla tedavi seansları sırasında hastaya kendi motivasyonunu, hareketini, tepkilerini, anılarını, kendisine olan bakış açısını, hedeflerini ve sahip olduğu ötimik duygu durumunu yeniden yapılandırması için çeşitli bilişsel ve davranışçı tekniklerle yol gösterilir (Barton & Armstrong, 2018).

Depresyonun BDT ile tedavisinde öncelik davranışçı tekniklere verilir, öncelikle hastanın davranışlarının değiştirilmesi amaçlanır. Buna davranış zamanlaması ya da davranış aktivasyonu adı verilir. Bu yöntemle hastalar kendi günlük aktivitelerini ve deneyimlerini düzenlemeyi öğrenir. Genellikle depresyondaki insanların rutinleri hareketsizlikten ve kaçınmalardan etkilenir (Mor & Haran, 2009).

Depresyon diğer psikolojik bozukluklarla birlikte ortaya çıkabilir. Buna örnek olarak kanser hastalarının depresyona eş olarak anksiyeteye de sahip olmaları gösterilebilir. Kanser hastalarının yaşamlarında meydana gelen olumsuz değişiklikler ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesi, onların depresyon ve anksiyete gibi eşlik eden psikolojik rahatsızlıklara sahip olma risklerini artırabildiği anlaşılmaktadır. Bu alanda yapılan

araştırmalar gösteriyor ki, kanser hastaları fiziksel hastalıklarının yanı sıra depresyon intihar gibi ciddi riskler barındırmaktadır. Bu nedenle de kanser hastalarında depresyon veya anksiyetenin erken teşhisi hastanın ruh sağlığı ve intihar düşüncelerini etkileyen çok önemli faktörler arasında yer almaktadır. Hastada depresyon veya anksiyete bozuklukları teşhis edilirse, hastaya kanser tedavisi haricinde psikoterapi de uygulanmalıdır. Bu anlamda bilişsel davranışçı terapi (BDT) etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser tanısı konmuş bir çok farklı kanser hastası grubunda yapılan araştırmalar göstermiştir ki BDT kanser hastalarında depresyon ve anksiyeteyi azaltan, psikolojik olarak hastanın rahatlamasını sağlayan bir terapi yöntemidir. BDT ile hastaya fiziksel hastalığının tedavisini yanında aynı zamanda kanserle mücadelesini olumsuz etkileyebilecek depresyon ve anksiyete semptomları ile nasıl başa çıkacağı öğretilir (Soylu, 2015).

Depresyonun sık görüldüğü başka bir grup ise bebek bekleyen gebe kadınlardır. Gebe kadınlarda depresyon görülme oranı yaklaşık olarak %12-36 arasındadır. Gebelikte depresyon görülmesinin nedenleri en başta psikolojik olmak üzere biyolojik, hormonal ve çevresel faktörlerle de ilişkilendirilir. Bütün bu psikososyal değişimler kadınlar için stres kaynağı haline gelebilmekte ve depresyonla sonuçlanabilmektedir. Depresyonu sıklıkla endişe de takip eder. Gebelikteki olası depresyonun anne ve fetüs sağlığı açısından olası zararlarını önlemek amacıyla erkenden teşhis edilmesi önemlidir. Tanı konulduktan sonra birçok tedavi yöntemi kullanılabileceğı gibi, BDT’de etkili bir yöntemdir. Bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında hastanın yaşadığı güçlüklerle başa



çıkması için hastaya bazı tekniklerin öğretilmesiyle diğer müdahalelerden ayrıldığı gözlenmektedir (Çalık & Aktaş, 2011).

Majör depresyonun bedensel hastalıklar üzerinde olan etkisi de göz ardı edilemez bir gerçektir. Literatürde (Sertöz & Mete, 2004) hastalarda morbidite ve mortalitenin majör depresyondan etkilenebildiğinden söz edilmektedir. Bedensel hastalığa sahip olan insanların herhangi bir bedensel hastalığa sahip olmayan insanlara göre ruhsal bir hastalık geçirme oranı daha yüksek olarak ifade edilmektedir. Kişilerin sahip olduğu hastalık yaşamını tehdit eden bir hastalık ise bu o kişinin depresyona sahip olma oranı da yüksek demektir. Bunun yanında hastalığın bireyin yaşamını tehdit eden bir hastalık olması durumunda, anksiyete sahibi olma ve madde kullanımı bozuklukları da görülebilen psikolojik rahatsızlıklardandır. Kronik hastalıklarla ilgili olarak da eşlik eden depresyon görülebilmektedir. Örneğin, diyabetli hastalarda depresif bozukluk görülme oranının yüksek olduğu bildirilmektedir. Diyabet haricinde kronik böbrek hastalarında da majör depresyonun mortalite ve morbiditeyi etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Majör depresyonun gözlemlendiği başka bir hastalık türü de kardiyolojik bozukluklardır. Kardiyolojik bozuklukları diğer bir ifadeyle kalp hastalıkları olan insanlarda majör depresyon görülme oranı %19-23 arasında değişmektedir. Ayrıca kanser hastalarında majör depresyon tekrar kendini gösteren ruhsal bir hastalıktır. Kanser türüne bağlı olarak farklılık gösterse de kematerapotik ajanların yan etkisi olarak da majör depresyon karşımıza çıkabilmektedir (Sertöz & Mete, 2004).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada (Şansal, 2016) depresyonun kişilerin negatif otomatik düşünceleri ile

olan ilişkisi ve aynı zamanda sigara kullanımı ve kaygıyla olan ilişkisi ele alınmıştır. Araştırma sonucuna göre negatif otomatik düşüncelere sahip olan insanların düşünce sistemlerinin depresyon seviyelerini etkilediği bulunmuştur. Nikotin açısından incelendiğinde araştırma bulguları yüksek nikotin bağımlılığı olan kişilerde otomatik düşüncelerinin yüksek olması kişilerin depresyon seviyesinin de paralel olarak artmasına neden olmuştur. Kişilerin negatif otomatik düşünceleri kontrol altına alındığında nikotinin hala depresyon üzerinde etkili olduğu fakat etkisinin görece düştüğü ortaya koyulmuştur. Bu nedenle de BDT tekniğinin depresyon ve nikotin kullanımı üzerinde etkili bir teknik olduğu söylenebilir. Bunun nedeni de BDT uygulamalarında çeşitli tekniklerle negatif otomatik düşünceler üzerinde çalışılmasıdır (Şansal, 2016).

Literatürde depresyonun günümüzde, sosyal medya kullanımı ile de ilişkilendirilebileceğinden söz edilmektedir (Durar, 2018). Sosyal medya araçlarının artan kullanımının teknolojideki gelişmelerle desteklediği gibi sanal paylaşım alanları da gün geçtikçe artmaktadır. Artan sosyal medya kullanımı beraberinde sosyal medya bağımlılığını da getirmiştir. Yüz yüze olan ilişkilerin ve insanlar arası etkileşimin azalması sonucunda kişiler kendini yalnız hissetme, öz güven eksikliği, uyku bozuklukları, kendilerini sürekli başkaları ile karşılaştırma gibi sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Bu sorunların sonucu olarak da kişilerde depresyon ve sosyal fobi gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıklar görülmeye başladığı ifade edilmektedir. Üniversite öğrencilerinin katılımıyla yapılan araştırmada depresyon ve sosyal fobi bozukluklarının sosyal medya bağımlılığı ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda katılım gösteren öğrencilerin depresyon ve sosyal fobi düzeylerinin

sosyal medya bağımlılığı ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Durar, 2018).

Bağılantılı literatür temelinde bu çalışmada, depresyonun BDT müdahalelerini kapsayan etkililik çalışmalarının belli anahtar sözcükler temelinde araştırılması ve sonuçların sistemli bir biçimde incelenmesi hedeflenmiştir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı majör depresif bozukluğun bireysel Bilişsel Davranışçı Terapi ile tedavisini değerlendirmektir. Bu anlamda 2001-2023 yılları arasındaki Türkçe ve İngilizce olarak yayımlanmış bilimsel makalelerden veri toplamak amaçlanmıştır.

### **Yöntem**

Araştırmanın amacı doğrultusunda incelenecek çalışmalara dair dâhil etme ve dışlama kriterleri önceden belirlenmiştir. Bu amaçla Google Scholar ve Dergipark veri tabanlarında 2001-2023 yılları arasında yayımlanmış olan makaleler incelenmiştir. Bununla birlikte Guilford Publications, Sage yayınlarının 2001-2023 yılları arasındaki yayımlanan kitap ve ayrıca yüksek lisans tezleri incelenmiştir. Verilerin taraması yapılırken 1- depresyon, 2- majör depresif bozukluk, 3- Bilişsel Davranışçı Terapi, 4- Çocuklarda Bilişsel Davranışçı Terapi, 5- Yetişkinlerde Depresyonun Bilişsel Davranışçı Terapisi anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Araştırma için yapılan tarama sonucunda ulaşılan çalışmalar araştırmanın hedefi doğrultusunda dışlama ve dahil etme kriterlerine göre aşağıdaki şekilde değerlendirilmiştir.

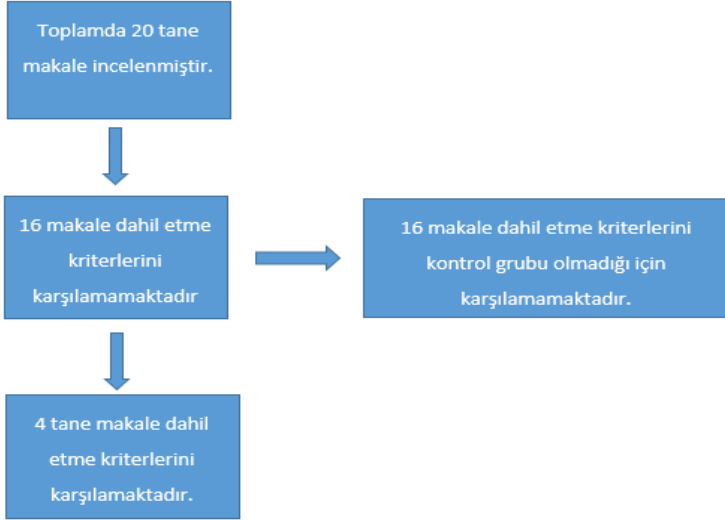
**Dâhil etme kriterleri:**

1. Tanının majör depresif bozukluk olması.
2. Bireysel Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yönteminin kullanılmış olması.
3. Yetişkin, ergen ve çocuk deneklerle gerçekleştirilmiş BDT.
4. Temel tanısının Majör depresif bozukluk olması ve komorbid hastalıkların eşlik etmesi durumu.

**Dışlama kriterleri:**

1. Bilişsel Davranışçı Terapinin bireysel değil de grup terapisi olarak uygulanmış olması.
2. BDT'nin yanında ilaçla tedavi edilen majör depresif bozukluğu durumunda.
3. Karşılaştırma ve kontrol grubu olmaması

Araştırmanın tüm bu aşamaları sonucunda incelenen toplam 20 adet çalışma dikkate alınmıştır. Türkçe ve İngilizce yayımlanmış makale, kitap ve yüksek lisans tezleri ele alınarak gerekli veri toplanmıştır Ancak bu makalelerin sadece 4 tanesi dahil etme kriterlerini karşılamaktadır.



*Şekil 1. Erişilmiş çalışmaların kapsama kriterlerine uygunluğuna dair akış grafiği*

## **Bulgular**

Elde edilen çalışmalara ilişkin bulgular Tablo 1’de özetlenmiştir. Tablo 1 makalenin sonunda yer almaktadır.

## **Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri**

### **Örneklem**

Araştırmada kullanılan verilerdeki katılımcılar DSM-IV- TR (2000) ve DSM-5’e (2013) göre majör depresyon tanısı almış yetişkin, çocuk ve ergen yaş gruplarındaki kişilerdir. Bununla birlikte çalışmaların birçoğunda Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmalarda majör depresif bozukluğun yanı sıra ek tanı alan hastalar da incelenmiştir. Kanseri hastalarında eş tanı olarak majör depresyon ve anksiyete, yanısıra gebe kadınlarda, bedensel

hastalıklara sahip olanlarda, üniversite öğrencilerinde, sosyal medya bağımlılığı olanlarda ve boşanma sürecindeki kadınlarda eş tanı olarak majör depresyon incelenmiştir.

### **Tedavi ve Kontrol/ Karşılaştırma Grupları**

#### **Karşılaştırma ve Kontrol Grubu Olan BDT Çalışmaları:**

Çalışmalardan elde edilen veriler göz önüne alındığında, major depresyon ve komorbid hastalıkların BDT ile tedavisinin incelendiği 4 adet çalışma olduğu söylenebilir.

Aktaş & Karaaziz (2022), tarafından yürütülmüş olan çalışmada 24 yaşındaki bir erkek hastanın depresif semptomları üzerinde çalışılmıştır. Yeni mezun ve işsiz olan hastanın hayatın kendisine anlamsız gelmeye başlaması, uykusuzluk, sosyal aktivitelerden keyif alamama gibi sorunları ele alınmıştır. Hastanın temel olumsuz inançları ve varsayımları üzerinde çalışılmıştır. Ayrıca depresyon belirtilerini en aza indirmek amacıyla şemalar üzerinde çalışılmıştır.

Öngider'in (2013) yapmış olduğu araştırmaya 7 kadın katılım göstermiştir. Boşanmalarının üstünden 2 yıl geçmemiş olan bu katılımcılar üzerinde araştırma yapılmış ve boşanmanın depresyonu ve kaygıyı etkilediği gözlemlenmiştir. Boşanma öncesinde, boşanma sürecinde ve sonrasında depresyon ve kaygı düzeyleri artan kadınların, daha sonra BDT uygulanması ile depresyon ve kaygı düzeylerinin düştüğü görülmüştür.

Karaaziz & Yücel (2023), tarafından yürütülmüş olan olgu çalışmasında 25 yaşındaki bir kadın danışanın depresif semptomları üzerinde çalışılmıştır. Yeni bir ülkeye taşınma nedeniyle ortaya çıkan depresyon semptomları, 7 oturum halinde BDT seansı ile ele

alınmıştır. BDT'nin hastanın düşünce üçlemesinde etkisi bulunan, ayrıca günlük hayatına devam etmekte ve çevresine uyum sağlamakta yaşadığı zorluklar ele alınmıştır. Bilişsel ve Davranışsal düzeyde ilerleme ve iyileşme kaydedilmiştir.

Karaaziz & Ateş (2023), tarafından yürütülmüş olan diğer bir çalışmada da 26 yaşındaki bir genç kadın danışanın depresyon semptomları üzerinde çalışılmıştır. Yoğun şekilde değersizlik hissi, çökkünlük, uyuyamama ve iştah kaybı semptomlarına sahip olan hastanın depresif semptomlarını azaltmak, ortadan kaldırmak amacıyla BDT seansları uygulanmıştır. Toplamda 5 seans gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak, hastanın semptomlarının, uygulanan BDT seansları sonucunda azaldığı bildirilmiştir.

### **Karşılaştırma ve Kontrol Grubu Olmayan BDT Çalışmaları:**

Araştırma verilerinde kullanılan Gülen'in (2020) yaptığı çalışmada DSM-5'e (2013) göre depresyonun tanımı yapılmıştır. Bunun yanında depresyonun DSM-5'de (2013) adı geçen diğer depresyon türleri tanıtılmıştır. Fakat asıl olarak majör depresyon alt türü dikkate alınmıştır.

Majör depresyonun çocuk ve ergenlerde görülme sıklığı, olası etkileri, komorbid hastalıkların sıklığı ve hangi hastalıklarla birlikte ek tanı alabileceği ise Kennard ve ark., (2016) tarafından yapılan çalışmada belirtilmiştir.

Bilişsel ve Davranışçı Terapi'nin tanımına Özdel'in (2015) çalışmasıyla değinilmiş, Sheldon'ın (2011) çalışmasında bu tanım detaylandırılmıştır. Otomatik düşünce, negatif ilişkilendirmeler, bilişsel çarpıtmalara değinilmiştir. Temel inançlar, negatif

düşünceler ve bilişsel çarpıtmaların depresyonla ne şekilde ilişkili olduğu ise Kinsella & Garland'ın (2008) çalışmasında anlatılmıştır.

Doğan (2001) ise depresyonu, Beck'in kuramına göre açıklamıştır. Beck'in kuramına göre depresyon dört unsurla ilişkilendirilerek açıklanabilir. Bu unsurlar otomatik düşünceler, bilişsel üçlü, işlevsel olmayan şemalar ve bilişsel çarpıtmalar olarak açıklanmıştır. Gülen (2020) tarafından yapılmış bir araştırmada majör depresyonun DSM-5'e (2013) göre tanı kriterleri açıklanmış, depresyondaki kişilerin duygu durumları hakkında bilgi verilmiştir. Depresyonun, Beck'in kuramına göre, insanların sahip oldukları şemalarla açıklanmasını ise Duran (2016) yapmıştır.

Majör depresyonun etkili olduğu başka bir grup ise gebe kadınlardır. Bu anlamda Çalık & Aktaş'ın (2011) yapmış olduğu çalışma yol gösterici olabilir. Gebe kadınlarda anne ve bebek sağlığını depresyonun ne derece ve ne sıklıkla olduğunu anlamak amacıyla yapılan araştırmaya göre gebe kadınlarda depresyon görülmesi olasıdır ve eğer tedavi edilmezse hem anne hem de fetüs açısından tehlikeli olabilir. Bu yüzden de erken teşhisi önemlidir. Bu anlamda BDT ile tedavi edilebilir.

Majör depresyonun komorbid olarak ele alındığı kanser hastalarıyla ilgili bir çalışmaya yer verilmiştir. Soylu'nun (2015) yaptığı araştırmada farklı kanser grubuna sahip olan hastalar üzerinde araştırma yapılmıştır. Katılımcılardan elde edilen bilgilere göre BDT'nin anksiyete ve depresyonu azalttığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanında bedensel rahatsızlıklar ve depresyonun birbiri ile ilişkisi hakkında yapılan bir araştırmaya göre, diyabet, kronik böbrek hastalığı, koroner arter, kanser gibi bedensel



hastalıkların sıklıkla majör depresyonla komorbid olduğu bulunmuştur (Sertöz & Mete, 2004).

Depresyonun BDT ile tedavi sürecine göz atarsak, seanslar yaklaşık 10-20 seans devam etmektedir. Seans sayısı, kişinin depresyonla baş etme düzeyine göre değişebilir. Terapi sürecinde hasta ve terapist iş birliği içerisinde. Terapist ve hasta birlikte hedefler belirler, hastaya ev ödevleri verilir ve belirlenen hedeflere ulaşması amaçlanır (Mor & Haran, 2009). BDT seansları hastaya, tedavi planlaması ve değerlendirme periyodları, aktif bileşenlerin teslim edildiği akut faz ve hastalığın nüksetmesini önlemek için devam aşaması olan fazlar halinde uygulanır. Hastanın motivasyonunu, hareketlerini, duygu durumunu, kendisi ve dış dünya hakkındaki düşüncelerini düzenlemesi amaçlanır (Barton & Armstrong, 2018).

Bu amacı gerçekleştirebilmek için hastanın davranışları ve bilişleri üzerinde çalışılır. Hastanın davranışlarını düzenlemek amacıyla hastanın aktivite günlüğü tutması istenir. Bu sayede hasta sosyal yaşamı içerisinde daha aktif hale gelebilecektir. Bu da depresyonun hareketsiz yaşam tarzından beslenmesini engellemek için bir adımdır. Hastanın sosyal hayata karışması, ufak da olsa etkinliklere katılması amaçlanır. Bunun yanında hastayla birlikte konulan hedeflerin gerçekleştirilmesi de önem taşır. Hasta hedeflerine ulaştığında küçük de olsa kendini ödüllendirebilir. Bu sayede hasta olumlu davranışı sürdürür (Mor & Haran, 2009).

İnsanların kendi yaşadıkları deneyimlere daha çok inanmaları nedeniyle, BDT seansları sırasında davranışsal deneyler yapılabilir. Hastanın davranışsal alandaki sorunları düzene

oturduğunda, yani günlük aktivitelerine devam edebilecek düzeye geldiğinde, bilişsel aktivitelerle çalışılır. Bilişsel aktiviteden kasıt, kişinin otomatik düşünceleri, bilişsel çarpıtmaları ve yanlış inançlarıdır. Terapist ve hasta birlikte otomatik düşünceleri, bilişsel çarpıtmaları ve yanlış inançları saptar ve kişiye avantajlı olabilecek tarzda bir düşünce sistemi oluşturmaya çalışılır (Donna & Sudak, 2012).

Çocuklarda ve ergenlerde de BDT süreci yetişkinlerle benzer şekilde ilerler. Depresyonla baş edebilmek için terapist yetişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerin de davranışsal ve bilişsel yapısını değiştirmeyi amaçlar. Yetişkinlerde olduğu gibi hasta ve terapist iş birliği içerisinde (Kennard ve ark., 2016). Terapist, hastaya kendi davranışlarını ve düşünce sistemini düzenlemesi için teknikler öğretir. Bu teknikler özdenetim, kendini destekleme, kendini değerlendirme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi tekniklerdir (Alparslan & Erol, 2016).

Yapılmış bir çalışmada majör depresyonun genetik faktörlerle ilişkisi araştırılmış ve araştırma yapılırken birden çok genetik hastalık grubu incelenmiştir. Bu hastalık grupları “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk ve otistik spektrum bozuklukları” olarak sıralanırken, bu çalışmada zeka ve eğitim düzeyi düşük insanlar üzerinde de çalışıldığı bildirilmiştir (Anderson ve ark., 2019).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan iki adet çalışma vardır. İlk çalışmada depresyonun ve kaygının sigara kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma gruplarından elde edilen sonuçlara göre, nikotin bağımlılığının kişilerin otomatik

düşünceleriyle alakalı olduğu, dolayısıyla depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Şansal, 2016).

İkinci araştırmada ise sosyal medya bağımlılığı ve depresyon arasındaki ilişki gözlemlenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bilgilere göre sosyal medya bağımlılığının sonucunda, uykusuzluk, kişilerarası iletişimin bozulması, özgüven eksikliği ve benzeri sorunların meydana gelmesi nedeniyle, depresyon ortaya çıkabilir. Bunun yanında sosyal fobi oluşumu da gözlemlenmiş olup, sosyal fobinin de depresyonla komorbid olduğu bildirilmiştir (Durar, 2018).

Son olarak boşanma sürecindeki kadınlarla ilgili yapılan bir araştırmaya yer verilmiştir.

### **Kullanılan Ölçme Yöntemleri**

Genel olarak araştırmalarda Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Bunun yanında Soylu'nun (2015) çalışmasında Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Otomatik Düşünceler Ölçeği, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Şansal'ın (2016) çalışmasında kullanılmıştır. Durar'ın (2018) çalışmasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ) ve Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) kullanılmıştır. Öngider'in (2013) çalışmasında Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yalnızlık Ölçeği (UCLA), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Karaaiz & Yücel'in çalışmasında (2023) Beck Depresyon Ölçeği, Ateş & Karaaiz'in çalışmasında (2023) Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

## **Araştırmalardaki BDT'nin İçeriği ve Uygulanışı**

### **Uygulanan Teknikler**

Toplanan verilerde uygulanan teknikler gözden geçirildiğinde, bireysel bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin uygulandığı gözlemlenmiştir. Çalışmalarda, “psikoeğitim”, “bilişsel yeniden yapılandırma”, “davranışsal aktivasyon”, “nksetmeyi nleme”, “otomatik düşüncelerle çalışma” gibi çeşitli BDT teknikleri kullanıldığı gözlenmiştir.

### **Seans zellikleri ve Sayısı**

Araştırma verilerinden elde edilen bilgilere göre, Bilişsel Davranışçı Terapi 10 ile 20 seans arasında değişir. Seans sayısının değişmesinde hastanın klinik durumu belirleyici olur. Terapi sırasında hasta ve terapist iş birliği içerisindedir. Amaç, hastanın bilişsel şema modelini ve davranışlarını değiştirmektir. Bu yüzden de negatif otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar üzerinde durulur (Mor & Haran, 2009). BDT terapisi  fazdan oluşur, bu fazlar tedavi planlaması, değerlendirme periyodları, aktif bileşenlerin teslim edildiği akut faz ve hastalığın tekrarını önlemek için uygulanan devam fazlarıdır. Planlama seansı 2-4 hafta kadar sürerken, aktif bileşenlerin ortaya çıktığı faz 12-18 seans arasında sürebilir. Bu seans sayıları artabileceği gibi azaladabilir. Hastalığın tekrarını önlemek için yapılan seanslar ise 2-6 seans aralığında sürmektedir (Barton & Armstrong, 2018).

### **Tartışma**

Depresyon, kişilerin duygu durumunu ve sosyal yaşantısını etkileyen, somatik belirtilerle ortaya çıkabilen bir duygudurum bozukluğudur (Gülen, 2020). Yaygınlığı %14-15 civarında olan

majör depresyon, %40 oranında genetik eğilime sahiptir. Majör depresyon yetişkinlerde görülebileceği gibi, çocuk ve ergenlerde de görülebilir. Çocuk ve ergenlerde de sosyal hayatı, işlevselliği ve duygu durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuklarda majör depresyon görülme oranı %2 iken, ergenlerde görülme oranı %6'dır (Kennard ve ark, 2016). Majör depresyon tedavisinde BDT etkili yöntemlerden biridir. BDT, yüz yüze veya çevrimiçi olarak uygulanabilir (Andersson ve ark, 2019).

Bu araştırmada 2001-2023 yılları arasında yayımlanmış olan, BDT'nin depresyon üzerindeki etkilerini değerlendiren makaleler incelenmiştir. İncelenen makalelerdeki bulgular değerlendirilmiş, gözden geçirilen makaleler sonucunda depresyon ve BDT'nin genel tanımı yapılmış, BDT'nin depresyonda ne derece etkili olabileceği, karşılaştırma grubu olan ve olmayan araştırmalarla gözler önüne serilmiştir. Araştırmada kullanılan makalelerden elde edilen verilere bakıldığında, depresyon semptomlarının BDT ile oldukça düştüğü görülmüştür.

Anahtar sözcüklerle yapılan araştırma sonucunda 20 tane makale ele alınmıştır. Bu makalelerin sadece 4 tanesi dahil etme kriterlerini karşılamaktadır. İncelenen makaleler de, depresyonun bedensel rahatsızlıklar, kanser, sosyal medya kullanımı ile olan ilişkisi, kalıtsal hastalıklarla, nikotin kullanımı ve otomatik düşüncelerle olan ilişkisi, gebelikle ve boşanma süreci ile olan ilişkisi araştırılmış olup, BDT ile olan tedavi süreci gözler önüne serilmiştir.

BDT ile olan tedavisi incelenirken, sadece bireysel BDT ele alınmıştır. Yetişkinler, çocuklar ve ergenler için BDT süreci ayrı ayrı

incelenmiştir. Araştırma sonucunda taranan verilerden elde edilen bilgiye göre, BDT'nin yetişkin, çocuk ve ergenlerde görülen majör depresyonda etkili olduğu söylenebilir. Bunun yanında majör depresyon semptomlarını azaltmak için, kişinin günlük aktivitelerini yerine getirmesinin yararlı olacağı söylenebilir. Andersson (2019), majör depresyonun genetik faktörlerle olan ilişkisini incelediği araştırmasında, majör depresyon semptomlarının artıp azalabileceğini gözlemlemiştir. Araştırmada sözü geçen genetik hastalıklar; bipolar bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otistik spektrum bozukluğu ve düşük zeka düzeyidir. Aynı şekilde bedensel rahatsızlıklar ele alındığında da durum değişim göstermemiştir.

Sertöz & Mete (2004) tarafından yapılmış olan bir çalışma, majör depresyonun çeşitli bedensel rahatsızlıklarla ek tanı olarak ortaya çıkıp, mortalite ve morbiditeyi etkilediğini göstermektedir. Çalışmada incelenen bedensel rahatsızlıklar; diyabet, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı ve kanserdir. Soylu'nun (2015) yapmış olduğu bir çalışmada da, kanser ve majör depresyon ele alınmıştır. Majör depresyon ve anksiyete komorbiditesi olan kanser hastalarına BDT uygulanmıştır. Araştırma sonucunda BDT'nin kanser hastalarında majör depresyon ve anksiyete semptomlarını düşürmede etkili olduğu bulunmuştur. Buradan çıkarımla kişinin bedensel rahatsızlığı devam etse dahi, depresyon ve anksiyete düzeyi azaldıkça rahatlama yaşayacağı söylenebilir.

Depresyonda, kişinin günlük yaşantısı ve sosyal çevresi ile olan ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, boşanmış ve gebe kadınlar ile yapılan çalışmalar yol gösterici olabilir. Çalık & Aktaş'ın (2011) gebelik ve majör depresyon üzerinde yaptığı

Çalışmadan yola çıkararak gebelik sürecinde depresyonun olağan olduğu söylenebilir. Gebelikte depresyon hem anne, hem de fetüs için tehlike arz eder. Gebelikte görülen depresyon hem hormonal hem de çevresel kaynaklı olabilir. Bu anlamda gebelikte depresyonun erken teşhisi çok önemlidir. BDT ile depresyon semptomları azaltılabilir. Boşanma sürecinde olan kadınlarda, depresyon kişinin içinde bulunduğu sıkıntılı dönem nedeni ile ortaya çıkabilir. Boşanma ncesi, boşanma süreci ve boşandıktan sonra yaşanan sıkıntılar nedeni ile kişi depresif bir ruh haline bürünür. Boşanma sürecindeki kadınlarda depresyona ek tanı olarak kaygı bozukluğu karşımıza çıkabilir. Bu süreçteki kişilerin yaşamış oldukları kaygı ve depresyon semptomları, yine BDT uygulanarak iyileştirilebilir.

Depresyonun ek tanısı olarak karşımıza kaygı bozukluğu haricinde, sosyal fobi ve sosyal medya bağımlılığı da çıkabilir. Duran'ın (2018) yaptığı çalışmada görülmüştür ki sosyal medya bağımlılığı, sosyal fobi ve depresyon birbirleri ile ilişkilidir. Kişinin sosyal medya bağımlılığı ve sosyal fobi düzeyi arttıķa, depresyon düzeyi de paralel olarak artar. Bunun nedeni olarak, sosyal medya bağımlısı olan kişilerin diğer insanlarla olan ilişkilerinin ve etkileşiminin azalması, kişinin öz güveninin düşmesi, uyku bozukluğu gibi semptomlara sahip olması gösterilmektedir. Doğal olarak kişinin depresyonu ve sosyal fobisi bu semptomlardan beslenir. Bunun yanında nikotin bağımlılığı da depresyonla ilişkilendirilebilir. şansal'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada, kişilerin negatif otomatik düşüncelerinin, nikotin kullanımı ve depresyon düzeyi ile ilişkili olabileceği bulunmuştur. Negatif otomatik düşüncelere sahip olan kişilerde, paralel olarak depresyon

semptomlarının ve nikotin kullanımının arttığı gözlemlenmiştir. BDT bu alanda etkili bir çözüm yöntemi olarak gösterilebilir.

Gözden geçirilen makalelerden yola çıkarak majör depresyonun yetişkin, çocuk ve ergenlerde ortaya çıkabilen bir duygudurum bozukluğu olduğu söylenebilir. Depresyonun ek tanı olarak ortaya çıkabileceği gibi yaşam şartları ve genetik faktörlerden de etkilenebileceği söylenebilir. Depresyonun tedavisinde BDT hem yetişkinler hem de çocuk ve ergenler için etkili bir yöntemdir.

## **Sonuç**

Depresyon, kişinin kendisi, diğer insanlar ve dünya hakkında oluşturduğu olumsuz otomatik düşünceler ve yanlış temel inançlar sonucunda ortaya çıkan bir duygudurum bozukluğudur. Kişinin duygudurumunun değişmesi dışında somatik etkenlerle de ortaya çıkabilir. Ortaya çıkan bu psikolojik ve somatik etkenler kişinin işlevselliğinin bozulmasına neden olur. Depresyonun psikolojik olarak ortaya çıkmasında etkili olan faktörler kişinin sahip olduğu negatif otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve yanlış inançlardır. BDT uygulanarak, kişinin sahip olduğu, kendisine avantajı olmayan otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve yanlış inançları belirlenerek değiştirilmeye çalışılır. Depresyon bedensel hastalıklara ek tanı olarak ortaya çıkabileceği gibi anksiyete, sosyal fobi, sosyal medya bağımlılığı ve nikotin bağımlılığı ile birlikte de ortaya çıkabilir.



## Kaynakça

Aktaş S., & Karaaziz M. (2022). Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression: A case report, *SSD Journal*, 7(34), 153-160. <https://doi.org/10.31567/ssd.763>

Alpaslan, A. H., & Erol, Y. (2016). Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk non-farmakolojik tedavisi. *Türkiye Klinikleri*, 2(1), 62-67.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Andersson, E. Crowley, J. J. Lindefors, N. Ljotsson, B. Hedman-Lagerlöf, E. Boberg, J., & Rück, C. (2019). Genetics of response to cognitive behavior therapy in adults with major depression: preliminary report. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 484.

Ateş, Z., & Karaaiz M. (2023). Depresyon: olgu sunumu ve gözden geçirme. *The Journal of Social Sciences*, 65(65), 500-512.

Barton, S., & Armstrong, P. (2018). *CBT for Depression: An Integrated Approach*. Sage Publications.

Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.

Doğan, M. (2001). Depresyonda bilişsel terapi yaklaşımı temel boyutlar ve açıklamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 61-98. <https://hdl.handle.net/11421/526>

Duran, S. (2016). Depresyon ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkide otomatik düşünce özelliklerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Durar E. (2018). Üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığının depresyon ve sosyal fobi ile ilişkisi (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.

Gülen M. (2020). Depresyonu olan ve depresyonu olmayan kişilerde anksiyete duyarlılığı, erken dönem uyum bozucu şemalar ve bilişsel duygu düzenleme süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Kennard, B. D, Hughes, J. L., & Foxwell, A. A. (2016). *Cbt for depression in children and adolescents: a guide to relapse prevention*. Guilford Publications.

Kinsella, P. & Garland, A. (2008). Cognitive behavioural therapy for mental health workers: a beginner's guide. *Routledge*.

Mor, N., & Haran, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4), 269.

Öngider, N. (2013). Bilişsel davranışçı terapinin boşanma sonrasında kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında etkinliği: bir pilot çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 147-155.

Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri, J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.

Sertöz, Ö. Ö., & Mete H. E. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 63-69.

Sheldon, B. (2011). Cognitive-behavioural therapy: research and practice in health and social care. *Routledge*.

Soylu C. (2014). Bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin kanser hastalarında depresyon ve anksiyete üzerindeki etkinliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(3), 257-270.

Sudak, D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 99-110.

Şansal, N. (2016). Üniversite öğrencilerinde sigara kullanımının otomatik düşünceler üzerine etkisi ve bunun depresyon ve anksiyete ile ilişkisi (Master's Thesis, Işık Üniversitesi).

Yücel, İ., & Karaaziz, M. (2023). Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve majör depresyon üzerine bir vaka sunumu. *Academic Social Resources Journal*, 8(51), 2942-2946.

*Tablo 1. Çalışmaların terapi ve yöntem özellikleri*

| <b>Çalışma</b>          | <b>Örneklem</b>              | <b>BDT Teknikleri</b>                                                            | <b>Sonuçlar</b>                                                          |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Aktaş & Karaaiz (2022)  | 24 yaşındaki erkek hasta     | Olumsuz temel inançlar, varsayımlar ve şemalar üzerinde çalışılmıştır.           | Depresyon semptomları azalmıştır.                                        |
| Öngider (2013)          | 7 boşanmış kadın katılımcı   | Otomatik düşünceler üzerinde çalışılmıştır.                                      | Depresyon semptomlarının azaldığı gözlemlenmiştir.                       |
| Karaaziz & Yücel (2023) | 25 yaşında bir kadın danışan | Otomatik düşünce takibi, helikopter bakış açısı tekniği uygulanmıştır.           | Seanslar sonrasında depresyon semptomlarının azaldığı gözlemlenmiştir.   |
| Karaaziz & Ateş (2023)  | 26 yaşında bir kadın danışan | Ev ödevi, otomatik düşünce takibi, helikopter bakış açısı tekniği uygulanmıştır. | Seanslarda uygulanan teknikler sonucu semptomların azaldığı görülmüştür. |

## BÖLÜM III

### Şizofrenide Uzun Etkili Antipsikotikler ile Güncel Tedavi Stratejileri

Selin BALKİ TEKİN<sup>1</sup>

#### Giriş

Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre engelliliğin en önemli ilk on beş nedeni arasında yer alan bir zihinsel bozukluktur ve nüfusun yaklaşık %1'ini etkilemektedir (WHO, 2022). Araştırmalardan elde edilen bulgular, şizofreninin yaşamın en sık ikinci ve üçüncü dekatlarında, geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde, kişilerin en verimli ve aktif çağlarında ortaya çıktığını göstermektedir. Bununla birlikte, şizofreni ilk olarak psikotik belirtilerle değil, çoğunlukla sosyal ve bilişsel işlevlerde belirgin düşüşlerle ortaya çıkmaktadır (Velligan & Rao, 2023).

---

<sup>1</sup>Uzm.Dr., Denizli Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Denizli/Türkiye, Orcid: 0009-0000-1720-0816, drselinbalki@gmail.com

Şizofreninin tahmini kalıtsallığı yaklaşık %80 olmasına rağmen (Merikangas ve ark., 2022), birçok çevresel faktörün de bu bozukluğun gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bu faktörlere ek olarak göçmenlik durumu ve şehirliliğin de şizofreni gelişme olasılığını arttırdığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bilim insanları, yeni topluluklara katılmak üzere yer değiştiren ve azınlık haline gelen bireylerde şizofreni gibi psikotik bozuklukların riskinin arttığını gözlemlemiştir. (Henssler ve ark., 2020)

Ülkemizin mülteci nüfusu, kırsaldan kente göç oranları ve halkın son dönemdeki sosyoekonomik düzeyindeki gerileme göz önüne alındığında bu durumun bizi çok etkileyeceği aşikardır.

Şizofreninin sağlık yönünden, sosyal ve mâli sonuçlarını ve hem hastalara hem de topluma olan ağır yükünü düşündüğümüzde bu rahatsızlığın tedavisinin ne kadar önemli olduğu açıktır. Antipsikotik ilaçlar ise bu hastalığın primer tedavisinin temelini oluşturur. (Leucht ve ark., 2023).

### **Uzun Etkili Antipsikotiklerin Tarihçesi**

İlk kuşak antipsikotiklerin keşfinden sonra, hastaların bu ilaçları her gün oral yoldan kullanmakta zorlandıkları, iç görü eksikliği gibi nedenlerle düzenli kullanamadıkları gözlenmiştir. Bu sorunu fark eden araştırmacılar 1966 yılında ilk uzun etkili antipsikotik (UEAP) olan flufenazini geliştirmişler ve depo antipsikotik devrini başlatmışlardır. Sonrasında nispeten daha az yan etkileri olan flupentiksol ve zuklopentiksol dekanat bulunmuş, 1980'li yıllarda ise günümüzde de halen sıklıkla kullanmakta olduğumuz haloperidol dekanat kullanıma girmiştir (Johnson, 2009).

Kullanıma ilk girdikleri dönemlerde depresmeyi engelleyici ve hasta uyumunu arttırıcı etkileri fark edilmesine rağmen yan etki kontrolünün zor olması, hastayı rızası olmadan tedavi etmede kullanılabilmesi gibi pek çok konuda eleştiri almışlardır (Yağcıoğlu, Soygür & Alptekin, 2023).

Fakat zaman içinde yapılan araştırmalar bu ilaçların faydalarını vurguladıkça, 2000’li yılların başından itibaren ikinci kuşak ajanların uzun etkili enjektabl formları geliştirilmeye başlanmış; sırasıyla risperidon, paliperidon, olanzapin ve aripiprazolün depo formları piyasaya sürülmüştür (Gilday & Nasrallah, 2012).

Yakın dönemde paliperidon palmitatın 3 ve 6 aylık formları ve aripiprazol laroksilin 2 aylık formu FDA onayı almış ve hastaların kullanımına sunulmuştur (Bernardo & Bioque, 2016). Gelecekte bu ilaçların yıllık preparatlarının çıkması ve hasta yararlılığının artırılmasına yönelik çalışmalar sürmektedir.

### **Kılavuzlara Göre Uzun Etkili Antipsikotik Kullanımı**

Şizofreni hastalarının neredeyse yarısından fazlasının ilaç uyumsuzluğu olduğu ve çeşitli nedenlerle tedaviye uyum sağlamada güçlük çektikleri bilinmekle birlikte, hastalığın nüksetmesinin de en önemli belirleyicileri arasında bu durumun yer aldığı düşünülmektedir. Bu sebeple son dönemde yapılan pek çok kılavuz ve çalışmada şizofreninin erken evrelerinden itibaren tedavinin devamlılığını sağlamak, hastane yatışlarını azaltmak ve relapsları engellemek amacıyla UEAP’ların daha erken ve sıklıkla reçete edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ostuzzi ve ark., 2022).

Literatürdeki şizofreni tedavi kılavuzlarının güncel sayıları incelendiğinde, yaklaşık on sekiz kılavuzun çoğunlukla tedavi uyumsuzluğu veya hastanın tercihi olması durumunda uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotikleri önerdiği, ayrıca pek çok çalışmada kullanılan Amerikan Psikiyatri Derneği (APA)'nın son kılavuzunda da bunun vurgulandığı dikkati çekmektedir (APA, 2021).

Fransa Biyolojik Psikiyatri Kılavuzu, Florida Medicaid Programı kılavuzu ve Avustralya Kraliyet ve Yeni Zelanda Psikiyatristler Koleji kılavuzu (Galletly ve ark., 2016) ise erken dönem şizofrenide ve ilk atak şizofreni hastaları için bir ikinci kuşak UEAP kullanımını önermektedir (Correll ve ark., 2022).

UEAP'ların kullanımına yönelik bilgi ve öneriler ise pek çok kılavuzda farklılık göstermekle birlikte, bazıları erken dönem şizofrenide UEAP kullanımı için yeterince kanıt olmadığını ileri sürmektedir. Klinisyenler olarak doğru tercih yapabilmemiz ve hastalara faydalı olabilmemiz adına daha net ve kapsamlı kılavuzlara ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

### **Hangi Uzun Etkili Antipsikotiği Tercih Etmeli?**

APA'nın son kılavuzuna göre antipsikotik ilaç seçiminde hastalara ilaç seçeneklerinin olası yararları ve yan etkileri açıklandıktan sonra hastanın tercihi gözetilmeli; hastanın geçmişteki ilaç tecrübeleri ve komorbid durumları, ilaçların farmokinetik özellikleri, ilaç etkileşimleri ve reseptör bağlanma profilleri gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (APA, 2021). Bu noktada, sorulabilecek bazı sorular, kullanılacak uygun ajana karar vermede yardımcı olacaktır:



1. Hali hazırda uzun etkili formu mevcut bir oral antipsikotik reçete ediliyor mu?
2. UEAP olarak mevcut bir ajana iyi yanıt geçmişı var mı?
3. Bir antipsikotik sınıfını diğerlerinin önüne geçirecek tıbbi komorbidite (obezite, diyabet, metabolik sendrom) öyküsü var mı?
4. Belirli oral ajanlara karşı zayıf tolerans öyküsü veya yan etki profiline dayalı tercihleri var mı?

Birinci ve ikinci kuşak depo enjektabl antipsikotiklerin yan etkileri, güvenlik profilleri ve tedavideki yararlarının birbirlerine üstünlüğü uzun zamandır tartışılmaktadır.

İlk kuşak uzun etkili antipsikotiklerin çoğunlukla acil koşullarda kullanılması, ekstrapiramidal semptomlara ve tardif diskinezi gibi olumsuz yan etkilere daha yaygın neden olması ve yağ bazlı yapıları nedeniyle enjeksiyon bölgesiyle ilgili gelişebilecek problemler, onlar üzerinde olumsuz bir önyargı yaratmıştır. İkinci kuşakların su bazlı farklı bir formülasyona sahip olmaları ve farklı reseptör profilleri sebebi ile enjeksiyon yeri problemleri azalmış olup, ekstrapiramidal semptomlar yerine daha çok metabolik yan etkileri ortaya çıkmıştır. (Kane ve ark., 2021)

Bir yıldan uzun süredir UEAP reçete edilen 5169 hasta üzerinde yapılmış bir çalışmada hastaların %45'inde yan etkiler saptanmış; uzun etkili haloperidol, flupentiksol veya zuklopentiksol reçete edilen hastalarda ekstrapiramidal yan etkilerin, paliperidon palmitat kullananlarda ise kilo alımı, cinsellik ve prolaktin düzeyi ile

ilgili istenmeyen yan etkilerin gözlenme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Paton ve ark., 2021).

Bir meta-analizden elde edilen bulgulara göre, yan etkilerin büyük çoğunluğu (yaklaşık %97) oral veya parenteral formülasyondan bağımsızdı. Ayrıca serum prolaktin seviyesindeki artışlar, ikinci kuşak uzun etkili depo enjektabl antipsikotiklerde daha az belirgindi (Misawa ve ark., 2016).

Klinisyenler arasında en korkulan ve UEAP kullanımından kaçınılmasına sebep olan en büyük yan etki olan nöroleptik malign sendrom (NMS) hakkında yakın zamanda yapılmış ve 662 vaka raporu içeren bir meta-analizde UEAP'ların daha kötü sonuçlar göstermediği belirtilmiştir (Guinart ve ark., 2020).

2020 yılında yapılmış başka bir çalışmada birinci ve ikinci kuşak UEAP'lar arasında PANSS skorları ve semptom giderme, ekstrapiramidal semptom ve tardif diskinezi yapma, yetersiz etkinlik nedeniyle veya tüm nedenlerle tedavinin kesilmesi ve yan etkiler bakımından anlamlı fark bulunmazken, ikinci kuşak antipsikotiklerin antiparkinson ilaç kullanma riskini azaltmasına rağmen serum prolaktin ve vücut kitle indeksini anlamlı ölçüde arttırdığı belirlenmiştir (Sausedo Uribe ve ark., 2020).

Yaklaşık on yedi randomize kontrollü çalışma ve 7908 kişinin dahil edildiği başka bir çalışmada ise tedaviyle olumsuz olay ortaya çıkma ve mortalite riskinde UEAP'lar ve plasebo arasında anlamlı bir fark olmadığı ve UEAP'ların haloperidol hariç, tüm nedenlere bağlı tedaviyi bırakmaya karşı önemli bir koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir (Uribe ve ark., 2023).

Son dönemde literatürde ve pratikte ikinci kuşak UEAP'ların birinci kuşaklara göre tedavide ve sürdürümde daha üstün ve güvenli oldukları ile ilgili kanı oluşmaya başlamıştır. Alan yazıda bu konu ile ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır.

2023 yılında yapılmış bir çalışmada ikinci kuşak UEAP'ların kişinin kendisi tarafından değerlendirilen yaşam kalitesi ve refahı gibi alanlarda iyileşme sağladığı gösterilmiştir (Brasso ve ark., 2023). Yine aynı yıl yapılmış başka bir çalışmada hastaneye yatış ve tedavinin kesilme riski açısından, aripiprazol ve paliperidonun flufenazin ve haloperidole üstün olduğu gösterilmiştir. (Okada, Inada & Akazawa, 2023).

Uzun etkili aripiprazol ile ilgili yapılmış bir çalışmada aripiprazol depo formu ile erken dönem şizofreni hastalarında psikopatoloji ve sosyal işlevsellikteki iyileşmelerin ve kronik şizofreni hastalarında metabolik anormalliklerdeki iyileşmelerin daha belirgin olduğu belirtilmiştir (Kim ve ark., 2023).

Relaps önleme ile ilgili yapılan başka bir çalışmada antipsikotikler arasında belirgin bir fark bulunmadığı, idame tedavisi için antipsikotik seçiminin tolere edilebilirliğine göre karar verilmesi gerektiği anlatılmıştır (Schneider-Thoma ve ark., 2022). 2022 yılında yapılmış başka bir çalışmanın sonuçlarına göre uzun etkili antipsikotiklerle düzenli tedavi gören hastaların yaşam kalitesi ve bakım veren yükü açısından atipik ve tipik antipsikotikler arasında fark olmadığı görülmüştür (Uysal, Yıldızhan & Tomruk, 2022).

Hangi hastaya hangi antipsikotiğin başlanacağına hasta özelinde karar verilmeli ve hastanın tercihine mümkün oranda saygı gösterilmelidir.

## Ülkemizde Kullanımda Olan Birinci ve İkinci Kuşak Uzun Etkili Antipsikotikler

Ülkemizde bulunan birinci kuşak depo antipsikotikler; flufenazin dekanat, flupentiksol dekanat, zuklopentiksol dekanat ve haloperidol dekanattır. Bu ilaçların önerilen doz ve uygulama aralıkları aşağıda belirtilmiştir (Tablo 1).

*Tablo 1. Ülkemizde bulunabilen birinci kuşak uzun etkili antipsikotikler*

| İlaç ismi             | Önerilen Doz | Önerilen Uygulama Aralığı |
|-----------------------|--------------|---------------------------|
| Flufenazin dekanat    | 12.5-50 mg   | 2-5 haftada bir           |
| Flupentiksol dekanat  | 20-40 mg     | 2-3 haftada bir           |
| Zukopentiksol dekanat | 200-500 mg   | 1-4 haftada bir           |
| Haloperidol dekanat   | 50-200 mg    | 4 haftada bir             |

Ülkemizde bulunan ikinci kuşak depo antipsikotikler ise aripiprazol monohidrat, risperidon consta, aylık paliperidon palmitat ve üç aylık paliperidon palmitattır. Bu bahsedilen ilaçların önerilen doz ve uygulama aralıkları aşağıda belirtilmiştir (Tablo 2).

*Tablo 2. Ülkemizde bulunabilen ikinci kuşak uzun etkili antipsikotikler*

| İlaç ismi                     | Önerilen Doz | Önerilen Uygulama Aralığı |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| Aripiprazol monohidrat        | 300-400 mg   | 4 haftada bir             |
| Risperidon consta             | 25-50 mg     | 2 haftada bir             |
| Aylık paliperidon palmitat    | 50-150 mg    | 4 haftada bir             |
| Üç aylık paliperidon palmitat | 175-525 mg   | 12 haftada bir            |

### **İlk Psikotik Atak/ Erken Dönem Şizofrenide Uzun Etkili Antipsikotiklerin Güncel Yeri**

Geleneksel olarak UEAP'lar dirençli, tedaviye uyumsuzluğu olan şizofreni vakalarına ayrılmıştı. Ancak son zamanlardaki eğilimler, hastalığın ilerlemesini ve tedaviye uyumsuzluktan kaynaklanan komplikasyonları önlemek için bu ilaçların daha erken dönemlerde belki de daha ilk atakta kullanımı yönündedir (Stahl & Djokic, 2023 ).

Yapılmış güncel çalışmalardan birinde özellikle ikinci kuşak UEAP'ların şizofreninin akut döneminde oral ajanlar kadar etkili olduğu gözlemlenmiş ve bazı yan etkilerin daha az görülmesi açısından avantajlı olabileceği gösterilmiştir (Wang ve ark., 2024).

Başka bir çalışmada ise UEAP kullanımının, yeni tanı almış şizofreni hastalarında tüm nedenlere bağlı mortalite ve intihar riskinde azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, oral ajanların başlangıcından sonraki ilk 2 yıl içinde UEAP'lar ile erken tedavi, ölüm riskinde azalma ile ilişkili bulunmuştur (Huang, Fang & Shao, 2021).

2023 yılında düzenlenmiş bir Delphi panelde şu ana kadarki genel kanının aksine, UEAP kullanımının, hastalıkları hakkında yüksek düzeyde içgörüye sahip olan, iyi bir sosyal desteğe sahip olan, halihazırda ilaç tedavisine bağlı olan ve herhangi bir nüksetme yaşamamış olan ilk atak veya erken dönem şizofreni hastaları için bile uygun olduğu konsensusuna varılmıştır. Panelistler ayrıca bu hastaların oral antipsikotiklerden uzun etkili forma geçmeden önce tam olarak bilgilendirilmesi gerektiği ve aynı oral antipsikotiğe yeterli tolerasyon ve etkinlik sağlandığında geçiş yapmanın uygun olduğu konusunda fikir birliğine vardılar (Arango ve ark., 2023).

En yeni kılavuzlardan biri olan Florida Davranışsal Sağlığı İyileştirme Merkezi kılavuzunda; hasta stabilize edildikten, etkinlik ve tolere edilebilirlik için yeterli kanıt elde edildikten sonra şizofreninin başlangıç tedavisi için ikinci kuşak UEAP tedavisinin bir seçenek olarak değerlendirilmesini önermektedir (Correll ve ark., 2022).

Erken evre şizofreni hastalarında uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik kullanımı, kişisel ve ekonomik açıdan önemli avantajlar sağlayabilir, hastane yatışlarını ve nüksleri azaltarak hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyebilir, bu sebeple klinisyenler erken evre şizofreni hastaları için UEAP tedavisini daha geniş kapsamlı değerlendirmelidirler.

### **Sürdürüm Tedavisinde/Kronik Dönemde Uzun Etkili Antipsikotiklerin Güncel Yeri**

UEAP'lar, daha istikrarlı kan konsantrasyonları sebebiyle daha az yan etkiye neden olabilir ve hastalar tarafından daha iyi tolerans gösterilebilirler; bu şekilde oral formlara göre daha iyi

tedavi uyumu ve daha uzun doz aralığı sağlarken, uygulamanın sağlık ekibi tarafından yapılması ile de klinisyenlere tedavinin kontrollü ilerlemesi konusunda avantaj sağlayabilirler (Correll ve ark., 2021). Fakat klinisyenlerin hala UEAP'ların kullanımı konusunda çekinceleri olduğu gözlenmektedir. Bu yıl yapılmış bir çalışmada UEAP'ların birçok klinikte ve hastada gereğinden az kullanılmakta olduğu gözlenmiş olup; bu durumun kısmen uzun etkili formlara karşı klinisyenler, hastalar ve hasta bakıcıları arasındaki olumsuz tutumları, önyargıları ve bilgi eksikliğini yansıtmakta olduğu düşünölmüştür (Haddad & Correll, 2023).

Daha uzun doz aralığının hem hastaların konforu hem de sağlık hizmetlerinin yükünün azalması açısından avantajlı olduğu düşünölmektedir, nitekim güncel bir çalışmada şizofreni hastalarında henüz ölkemizde bulunmayan paliperidon palmitatın 6 aylık formunun, 1 ve 3 aylık formlarına göre daha düşük nüks oranlarına sahip olduğu gösterilmiştir (Turkoz ve ark., 2024). Yine bu yıl yapılmış başka bir çalışmada uzun doz aralıklarına sahip UEAP'ların tedavi uyumunu artırarak hastane başvurularının ve yatışlarının sıklığını azalttığı, bu şekilde Covid ve gelecekteki olası pandemiler sırasında sağlayacağı potansiyel faydalar vurgulanmıştır (Oguchi, Miyake & Ando, 2024).

### **Yaşlılarda Uzun Etkili Antipsikotiklerin Kullanım İpuçları**

Uzun etkili antipsikotiklerin, yaşça ileri popölyasyonda kullanımı giderek yaygınlaşmasına rağmen güvenlik ve yan etki profilleri, ideal uygulama yolları ile ilgili halen elimizde çok az çalışma ve veri bulunmaktadır.

Yaşlı hastalar, yaşa bağlı farmakokinetik ve farmakodinamik faktörler, eşlik eden tıbbi hastalıklar ve birlikte kullanılan ilaçlar nedeniyle ekstrapiramidal semptomlar, postüral hipotansiyon, aşırı sedasyon ve antikolinergik etkiler gibi geleneksel antipsikotik ajanlarla ilişkili olumsuz etkiler açısından özellikle risk altındadır. Bu nedenle yaşlılarda ilaç dozaj önerileri, genç hastalara göre çok daha düşüktür. Yaşlı bireylerde bir antipsikotiğin uygun başlangıç ve idame dozları olağan yetişkin dozunun %25-50'si arasında değişkenlik gösterebilir (Masand & Gupta, 2003).

İlk bulunan uzun etkili antipsikotiklerden olan risperidon enjeksiyonu özellikle ileri yaş psikozunda etkilidir, genellikle iyi tolere edilir, güvenlidir ve tedavi uyumu az olan veya oral yoldan ilaç almakta zorlanan hastalar için faydalı olabilir. Literatüre bakıldığında, iki haftada bir 25 mg doz ile başlanıp, hastanın tolerasyonuna göre 37.5-50 mg ile devam edilebilir. Pek çok UEAP kullanımı öncesi yapılması gerektiği gibi mutlaka tolerabiliteyi doğrulamak ve olası yan etkileri gözlemlemek adına oral risperidon (günlük 0.5- 3 mg) ile bir süre tedavi periyodundan sonar, uzun etkili tedaviye geçmek daha uygun görünmektedir (Singh & O'Connor, 2009).

2006-2017 yılları arasında taburcu olan 60 yaş üstü şizofreni hastalarının 1 yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada UEAP kullanan grup, oral antipsikotik kullanan gruba göre anlamlı ölçüde daha düşük yeniden hastaneye yatış oranına ve taburcu olduktan sonraki 1 yıl içinde daha uzun yeniden hastaneye kaldırılma süresine sahipti (Lin ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise ikinci kuşak uzun etkili enjektabl antipsikotik ilaçların yetişkin popülasyona göre daha



düşük oranda ve dozda olmakla birlikte, yaşlılarda giderek daha fazla kullanıldığı gösterilmiştir (Doolabh & Yeap, 2022).

### **Çocuk ve Ergenlerde Uzun Etkili Antipsikotiklerin Kullanım İpuçları**

18 yaşın altındaki hastalarda, şizofreni spektrum bozuklukları görüldüğünde, erken başlangıçlı şizofreni olarak bilinir ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkmasına göre daha kötü gidişatı olduğu belirtilmektedir. Erken başlangıçlı şizofreni yetişkin başlangıçlıya göre, bilişsel ve sosyal işlevsellikte daha ciddi bozulma, daha sık relapslar ve hastane yatışları ile ilişkilendirilmektedir (Mcclennan ve ark., 2013).

Günümüzde UEAP'ların şizofreni hastalığı olan yetişkinlerde oral formlar ile karşılaştırıldığında daha yüksek yaşam kalitesi, daha iyi fonksiyonel sonuçlar, daha az nüksetme ve hastaneye yatış riski ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar artmaktadır.

UEAP'ların şizofrenili çocuk ve ergenlerde kullanımı, hem Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi hem de İspanyol Ruh Sağlığı Ağı Biyomedikal Araştırma Merkezi kılavuzları tarafından, tedaviye uyumun zayıf olduğu ve kronik psikotik belirtilerin hakim olduğu öyküye sahip vakalarda önerilmiştir. Bununla birlikte, çocukluk veya ergenlik dönemi başlangıçlı şizofreni için UEAP'lar, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi veya Avrupa Birliği'ndeki Avrupa İlaç Ajansı gibi düzenleyici kurumlar tarafından henüz kullanım için onaylanmamıştır (Baeza ve ark., 2023).

2016'da yayınlanan bir literatür taramasında yedi reşit olmayan şizofreni vakası incelenmiş ve UEAP'ların çocuklarda ve

ergenlerde klinik sonuçları, tedavi uyumunu iyileştirebileceği ve yan etkilerin oral formülasyonlara benzer olduğu belirtilmiştir (Lytle ve ark., 2017).

UEAP'ların şizofreni hastalığı olan ergenlerde kullanımını değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Genel olarak, çalışmalarda uzun etkili ajanların iyi bir etkinlik, kabul edilebilir güvenlik ve tolere edilebilirlik gösterdiği gözlenmekle birlikte literatürde 12 yaş altı çocuklarda kullanımını inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. İkinci kuşak uzun etkili formların ergenlerde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmada risperidon kullanan hastalar, aripiprazol kullananlara göre daha fazla yan etki bildirmesine rağmen, iyileşme skorlarında herhangi bir fark bulunamamıştır (Baeza ve ark., 2023).

Literatürde pediatrik popülasyonda UEAP'ların etkinliğine ve toleransına ilişkin kanıt düzeyi genel olarak düşük bulunmuş olup çoğunlukla psikotik bozukluğu olan ergenlerde uzun etkili risperidon enjeksiyonu ile ilgili çalışmalara rastlanıldı (Benarous ve ark., 2022).

Pediyatrik grup üzerine yapılmış güncel bir çalışmada, uzun etkili ajanların oral eşdeğeri ile karşılaştırıldığında daha az sayıda hastaneye yatışa sebep olduğu, hastanede kalış süresini kısalttığı ve daha az yan etki gösterdiği belirlenmiştir (Chowdhury ve ark., 2024).

### **Gebe Kadınlarda Uzun Etkili Antipsikotiklerin Kullanım İpuçları**

Gebe hastalara verilen tüm psikofarmakolojik kararlarda olduğu gibi, gebelik sırasında UEAP reçete etmeyi değerlendirirken, düşünülen psikofarmakolojik tedavinin bilinen ve potansiyel risklere

karşı olası yararlarının hesaba katılması önemlidir (Reinstein ve ark., 2020).

Şiddetli psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve gebeliğinin ilk üç aylık döneminde tedavi uyumsuzluğu olan kadınların, tedaviye uyum sağlayan kadınlara kıyasla hastalığının nüks etme olasılığı neredeyse iki kat daha fazladır (Tosato ve ark., 2017).

İspanya'da 6 gebe kadın üzerinde yapılmış bir vaka serisinde, aripiprazol uzun etkili form tedavisi altında tüm hastaların gebelik ve doğum sonrası dönemde psikopatolojik olarak stabil kaldığı ve doğan tüm bebeklerin, konjenital malformasyonlar veya olumsuz etkiler olmaksızın, normal gelişim aşamaları geçirdiği belirlenmiştir (Fernandez-Abascal ve ark., 2021).

Şizofreni tanısı alan gebe bir kadında 3 aylık uzun etkili paliperidon palmitat enjeksiyonu kullanımına ilişkin bir olguda annenin genel sağlık, nörolojik ve gelişimsel alanlarda herhangi bir sorun gözlenmeyen bir bebek dünyaya getirdiği yazılmıştır (de Azevedo Avelar ve ark., 2020).

Klinisyenin ideal olarak gebelik öncesi UEAP başlamadan önce hastadan ve partnerinden bilgilendirilmiş onam alması gerekmektedir. Oral antipsikotiklerin hamilelikle ilişkili risklerine ek olarak hamile olmayan popülasyonlarda da bilinen riskleri, UEAP'ların gebelikteki sınırlı güvenlik verileriyle birlikte gözden geçirilmelidir. Kişilere mutlaka tedavisiz kalmanın veya yetersiz tedavinin olası riskleri anlatılmalı ve hepsi belgelenmelidir.

Hali hazırda UEAP kullanmakta olan gebe kadınlarda açık bir kontrendikasyon olmadığı sürece uzun etkili antipsikotik formuyla tedavisine devam edilebilir. UEAP ilaçların prolaktin artışı

üzerinden gebelik ve emzirme üzerine yapabileceği olumsuz etkilerin de klinisyenle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Emzirme dönemi için güvenilirliği kesinleştirilmiş bir uzun etkili antipsikotik henüz bulunmamaktadır (Reinstein ve ark., 2020).

## **Sonuç**

Gelecekteki UEAP çalışmaları, daha uzun doz aralıklarına, deri altı uygulamaya, mevcut antipsikotik ajanların şimdiki preparatların ötesine genişletilmesine ve şizofreni/bipolar bozukluğun ötesinde endikasyonlara özellikle depresif dönemlere odaklanmalıdır. Gelecekte UEAP'lar, idame tedavisi gerektiren, belirgin tedavi uyumsuzluğu bulunan ve erken dönem kronik ruhsal bozukluklar için ilk oral stabilizasyondan sonra birinci basamak tedavi haline gelebilir (Højlund & Correll, 2023).

Yakın gelecekte çoklu uzun etkili enjektabl antipsikotik kullanımının da yaygınlaştığını görmemiz olası görülmektedir. Literatürde iki eş zamanlı UEAP ile tedavi rejiminin klinik uygulamada halihazırda yaygın olarak kullanıldığı ve şizofreni spektrum bozukluklarının tedavisinde umut verici, etkili ve nispeten güvenli bir terapötik strateji sağladığının kabul edildiği görülmektedir (Cipolla ve ark., 2024).

## Kaynakça

American Psychiatric Association. (2021). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (3rd ed.). American Psychiatric Association.

Yağcıoğlu, A.E., Soygür, H., & Alptekin, K.(2023). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozuklukların Psikofarmakolojisi (1.Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Arango, C., Fagiolini, A., Gorwood, P., Kane, J. M., Diaz-Mendoza, S., Sahota, N., & Correll, C. U. (2023). Delphi panel to obtain clinical consensus about using long-acting injectable antipsychotics to treat first-episode and early-phase schizophrenia: Treatment goals and approaches to functional recovery. Research square, rs.3.rs-2594278. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2594278/v1>

Baeza, I., Fortea, A., Ilzarbe, D., & Sugranyes, G. (2023). What Role for Long-Acting Injectable Antipsychotics in Managing Schizophrenia Spectrum Disorders in Children and Adolescents? A Systematic Review. Pediatric drugs, 25(2), 135–149. <https://doi.org/10.1007/s40272-023-00558-x>

Benarous, X., Cottin, G., Lahaye, H., de la Rivière, S. G., Guilé, J. M., Speranza, M., Bonnot, O., & Cohen, D. (2022). Efficacy, Tolerability, and Acceptance of Long-Lasting Antipsychotics in Children and Adolescents: A Systematic Review. Journal of child and adolescent psychopharmacology, 32(6), 312–327. <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0124>

Bernardo, M., & Bioque, M. (2016). Three-month paliperidone palmitate - a new treatment option for schizophrenia. *Expert review of clinical pharmacology*, 9(7), 899–904. <https://doi.org/10.1080/17512433.2016.1191945>

Brasso, C., Bellino, S., Bozzatello, P., Montemagni, C., Nobili, M. G. A., Sgro, R., & Rocca, P. (2023). Second Generation Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia: The Patient's Subjective Quality of Life, Well-Being, and Satisfaction. *Journal of Clinical Medicine*, 12(22), 6985. <https://doi.org/10.3390/jcm12226985>

Brissos, S., Veguilla, M. R., Taylor, D., & Balanzá-Martinez, V. (2014). The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 4(5), 198-219. <https://doi.org/10.1177/2045125314540297>

Chowdhury, D., Greer, D., Liu, M. T., McCarthy, C., & Maroney, M. (2024). Comparison of long-acting injectable antipsychotics with oral antipsychotics and hospital readmission rates in pediatric patients. *The mental health clinician*, 14(2), 92–96. <https://doi.org/10.9740/mhc.2024.04.092>

Cipolla, S., Catapano, P., D'Amico, D., Monda, R., Sallusto, N. P., Perris, F., De Santis, V., Catapano, F., Luciano, M., & Fiorillo, A. (2024). Combination of Two Long-Acting Antipsychotics in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Brain sciences*, 14(5), 433. <https://doi.org/10.3390/brainsci14050433>

Correll, C. U., Martin, A., Patel, C., Benson, C., Goulding, R., Kern-Sliwa, J., Joshi, K., Schiller, E., & Kim, E. (2022).

Systematic literature review of schizophrenia clinical practice guidelines on acute and maintenance management with antipsychotics. *Schizophrenia* (Heidelberg, Germany), 8(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00192-x>

Correll, C. U., Kim, E., Sliwa, J. K., Hamm, W., Gopal, S., Mathews, M., Venkatasubramanian, R., & Saklad, S. R. (2021). Pharmacokinetic Characteristics of Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: An Overview. *CNS drugs*, 35(1), 39–59. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00779-5>

de Azevedo Avelar, R., Luengo Corbal, A., & Heitor, M. J. (2020). A case report of pregnancy and paliperidone palmitate 3-monthly long-acting injection. *Clinical case reports*, 8(12), 2592–2594. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3213>

Doolabh, U., & Yeap, S. (2022). Examining long-acting injectable antipsychotic (depot) medication in the elderly: a five-year retrospective cross-sectional study evaluating depot use in an Australian psychogeriatric service. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 30(1), 31–36. <https://doi.org/10.1177/10398562211029951>

Fernández-Abascal, B., Recio-Barbero, M., Sáenz-Herrero, M., & Segarra, R. (2021). Long-acting injectable aripiprazole in pregnant women with schizophrenia: a case-series report. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 11, 2045125321991277. <https://doi.org/10.1177/2045125321991277>

Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O.,

& Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(5), 410–472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>

GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England), 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

Gilday, E., & Nasrallah, H. A. (2012). Clinical pharmacology of paliperidone palmitate a parenteral long-acting formulation for the treatment of schizophrenia. *Reviews on recent clinical trials*, 7(1), 2–9. <https://doi.org/10.2174/157488712799363307>

Guinart, D., Misawa, F., Rubio, J. M., Pereira, J., Sharma, H., Schoretsanitis, G., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2020). Outcomes of Neuroleptic Malignant Syndrome with Depot Versus Oral Antipsychotics: A Systematic Review and Pooled, Patient-Level Analysis of 662 Case Reports. *The Journal of clinical psychiatry*, 82(1), 20r13272.

Haddad, P. M., & Correll, C. U. (2023). Long-acting antipsychotics in the treatment of schizophrenia: opportunities and challenges. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 24(4), 473–493. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2181073>



Henssler, J., Brandt, L., Müller, M., Liu, S., Montag, C., Sterzer, P., & Heinz, A. (2020). Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 270(3), 325–335. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01028-7>

Højlund, M., & Correll, C. U. (2023). Switching to long-acting injectable antipsychotics: pharmacological considerations and practical approaches. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 24(13), 1463–1489. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2228686>

Huang, C. Y., Fang, S. C., & Shao, Y. J. (2021). Comparison of Long-Acting Injectable Antipsychotics with Oral Antipsychotics and Suicide and All-Cause Mortality in Patients with Newly Diagnosed Schizophrenia. *JAMA network open*, 4(5), e218810. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8810>

Johnson D. A. (2009). Historical perspective on antipsychotic long-acting injections. *The British journal of psychiatry*. Supplement, 52, 7–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.195.52.s7>

Kane, J. M., McEvoy, J. P., Correll, C. U., & Llorca, P. M. (2021). Controversies Surrounding the Use of Long-Acting Injectable Antipsychotic Medications for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *CNS drugs*, 35(11), 1189–1205. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00861-6>

Kim, S. W., Lee, B. J., Cheon, E. J., Won, S. H., Jo, A., Kim, J. M., & Chung, Y. C. (2023). Effectiveness of Switching to Long-acting Injectable-Aripiprazole in Patients with Recent- -Onset and Chronic Schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and*

neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology, 21(1), 57–67. <https://doi.org/10.9758/cpn.2023.21.1.57>

Leucht, S., Schneider-Thoma, J., Burschinski, A., Peter, N., Wang, D., Dong, S., Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Salanti, G., & Davis, J. M. (2023), Long-term efficacy of antipsychotic drugs in initially acutely ill adults with schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 22, 315–324. <https://doi.org/10.1002/wps.21089>

Lin, C. H., Chen, F. C., Chan, H. Y., & Hsu, C. C. (2020). A Comparison of Long-Acting Injectable Antipsychotics with Oral Antipsychotics on Time to Rehospitalization within 1 Year of Discharge in Elderly Patients with Schizophrenia. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.08.005>

Lytle S, McVoy M, Sajatovic M. (2017). Long-Acting Injectable Antipsychotics in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 27(1), 2-9. doi: 10.1089/cap.2016.0055. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28112539.

Masand, P. S., & Gupta, S. (2003). Long-acting injectable antipsychotics in the elderly: guidelines for effective use. *Drugs & aging*, 20(15), 1099–1110. <https://doi.org/10.2165/00002512-200320150-00003>

McClellan, J., Stock, S., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2013). Practice parameter for the assessment and treatment

of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976–990. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.008>

Merikangas, A. K., Shelly, M., Knighton, A., Kotler, N., Tanenbaum, N., & Almasy, L. (2022). What genes are differentially expressed in individuals with schizophrenia? A systematic review. *Molecular psychiatry*, 27(3), 1373–1383. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01420-7>

Misawa, F., Kishimoto, T., Hagi, K., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2016). Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics: A meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics. *Schizophrenia research*, 176(2-3), 220–230. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.07.018>

Oguchi, Y., Miyake, N., & Ando, K. (2024). Long-acting injectable antipsychotics as maintenance therapy for schizophrenia during the COVID-19 pandemic: A micro-narrative review. *Neuropsychopharmacology reports*, 10.1002/npr2.12413. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/npr2.12413>

Okada, Y., Inada, K., & Akazawa, M. (2023). Comparative effectiveness of long-acting injectable antipsychotics in patients with schizophrenia in Japan. *Schizophrenia Research*, 252, 300–308. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.019>

Ostuzzi, G., Bertolini, F., Tedeschi, F., Vita, G., Brambilla, P., del Fabro, L., Gastaldon, C., Papola, D., Purgato, M., Nosari, G., Del Giovane, C., Correll, C. ve Barbui, C. (2022), Şizofreni spektrum bozukluklarında nüksetmeyi önlemek için oral ve uzun

etkili antipsikotikler: 22.645 katılımcıyı içeren 92 randomize çalışmanın ağ meta-analizi. *Dünya Psikiyatrisi*, 21, 295-307. <https://doi.org/10.1002/wps.20972>

Paton, C., Craig, T. K. J., McConnell, B., & Barnes, T. R. E. (2021). Side-effect monitoring of continuing LAI antipsychotic medication in UK adult mental health services. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 11, 2045125321991278. <https://doi.org/10.1177/2045125321991278>

Reinstein, S. A., Cosgrove, J., Malekshahi, T., & Deligiannidis, K. M. (2020). Long-Acting Injectable Antipsychotic Use During Pregnancy: A Brief Review and Concise Guide for Clinicians. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(6), 20ac13597. <https://doi.org/10.4088/JCP.20ac13597>

Saucedo Uribe, E., Carranza Navarro, F., Guerrero Medrano, A. F., García Cervantes, K. I., Álvarez Villalobos, N. A., Acuña Rocha, V. D., Méndez Hernández, M., Millán Alanís, J. M., Hinojosa Cavada, C. M., Zúñiga Hernández, J. A., & Fernández Zambrano, S. M. (2020). Preliminary efficacy and tolerability profiles of first versus second-generation Long-Acting Injectable Antipsychotics in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 129, 222–233. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.013>

Schneider-Thoma, J., Chalkou, K., Dörries, C., Bighelli, I., Ceraso, A., Huhn, M., Sifakis, S., Davis, J. M., Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., & Leucht, S. (2022). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment of adults with

schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* (London, England), 399(10327), 824–836. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01997-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01997-8)

Singh, D., & O'Connor, D. W. (2009). Efficacy and safety of risperidone long-acting injection in elderly people with schizophrenia. *Clinical interventions in aging*, 4, 351–355. <https://doi.org/10.2147/cia.s3252>

Stahl, S. M., & Djokic, G. (2023). Comparing the pharmacology and pharmacokinetics of antipsychotics: Choosing an antipsychotic and dosing a long-acting injectable. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 73, 108–118. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.04.015>

Tosato, S., Albert, U., Tomassi, S., Iasevoli, F., Carmassi, C., Ferrari, S., Nanni, M. G., Nivoli, A., Volpe, U., Atti, A. R., & Fiorillo, A. (2017). A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(5), e477–e489. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10483>

Turkoz, I., Daskiran, M., Siddiqui, U., Knight, R. K., Johnston, K. L., & Correll, C. U. (2024). Relapse Rates with Paliperidone Palmitate in Adult Patients with Schizophrenia: Results for the 6-Month Formulation from an Open-label Extension Study Compared to Real-World Data for the 1-Month and 3-Month Formulations. *The International Journal of*

neuropsychopharmacology, 27(2),  
<https://doi.org/10.1093/ijnp/pyad067>

pyad067.

Uribe, E. S., Mundo, S. E. O., Garza, R. R. M., Gonzalez-Colmenero, F. D., Sanchez, L. M., Cantu, C. B. E., Arellano, M. M., Montemayor, Y. Y. H., Morales, P. L. C., Juarez, S. B. M., & Rojo-Garza, S. S. (2023). Comparative Safety of Long-Acting Injectable Antipsychotics: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Psychiatry investigation*, 20(12), 1112–1125. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0216>

Uysal, F., Yildizhan, E., & Tomruk, N. B. (2022). Relationship of Long-Acting Injectable Antipsychotics with Caregiver Burden, Quality of Life, Symptom Severity and Treatment Discontinuation in Schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*, 33(3), 167–179. <https://doi.org/10.5080/u26066>

Wang, D., Schneider-Thoma, J., Sifakis, S., Qin, M., Wu, H., Zhu, Y., Davis, J. M., Priller, J., & Leucht, S. (2024). Efficacy, acceptability and side-effects of oral versus long-acting- injectables antipsychotics: Systematic review and network meta-analysis. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 83, 11–18. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.03.003>

World Health Organization. (2022). Schizophrenia. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Velligan, D. I., & Rao, S. (2023). The Epidemiology and Global Burden of Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1). <https://doi.org/10.4088/jcp.ms21078com5>

## BÖLÜM IV

### Ruhsal Travmaların Etkisi ve Psikiyatrik Sonuçları

Aslıhan OKAN İBİLOĞLU<sup>1</sup>

#### Giriş

#### Ruhsal Travma

Travma; insanlık tarihi kadar eski, insanın dünya üzerinde var olduğu andan beri ortaya çıktığı bilinen bir kavramdır. Travmatik bir olaya maruz kalmak insan yaşamında yaygın olarak görülen bir mevzudur (Van der Kolk & McFalane, 1996). Günümüzde, çeşitli sebeplerle ortaya çıkan travmaların sayısı giderek artmaktadır. Ruhsal travma kavramı; bireyin düşünmesinde, hissetmesinde, algılamasında, ve hafızasında uzun yada kısa vadede, belirli

---

<sup>1</sup> Doç. Dr. Psikiyatri., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Diyarbakır/Türkiye, Orcid: 0000-0001-9965-3228, aslihanokan@gmail.com



dönemlerde işlevsellik kaybına yol açan stresli durumlar için kullanılmaktadır (Cary, 1990).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından travma, “ölüm, ciddi yaralanma, zarar ya da cinsel şiddete neden olabilecek gerçek durum ya da tehdit olarak bireyde, yakın bir aile üyesinde veya yakın bir arkadaşta aşırı stres, korku, çaresizlik ya da dehşet duyguları yaratan örseleyici yaşantılar” olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Çoğu kez olağandışı ve beklenmedik olayların yol açtığı etkileri ruhsal travma olarak adlandırıyoruz (Hovens ve ark., 2012).

İnsan yaşamında sıkıntı ve üzüntü oluşturan pek çok stresli olay meydana gelmektedir, ancak bunların tümü ruhsal travma olarak adlandırılmaz. Hans Selye stresi “bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki” olarak tanımlamıştır. Selye, vücudumuzun strese verdiği tepkinin zamanla değiştiğini, strese maruz kalma süresi arttıkça, bedenimizin farklı tepkiler oluşturduğunu belirtmiştir (Stern & Zemke, 1990; Cary, 1990; Sadock & Kaplan, 2003). Yaşam olaylarını, travmatik hale getiren esasen sadece yaşanan olayın kendisi değil, aynı zamanda bireylerin olayı nasıl algıladıkları ve anlamlandırdıkları ile ilişkilidir (Sadock & Kaplan, 2003). Literatürde, yapılan çalışmalar olumsuz yaşam olaylarının, ancak bireylerin baş etme kapasitelerini aştıklarında travmatik hale geldiğini göstermektedir (Ehlers & Clark, 2000; Hathaway, Boals & Banks, 2010; van der Kolk & McFarlane, 1996).

Kriz kavramı, “bireyin süregiden yaşamında ortaya çıkan, ani ve beklenmedik bir yaşam olayı ile tüm ruh sağlığı dengesinin geçici olarak bozulup, alt-üst oluş hali” olarak tanımlanmaktadır (Sayıl, 2008). Olumsuz yaşam olayları, kuşkusuz herkeste müdahale ihtiyacını gerektirecek kadar ağır bir ruhsal durum olan, kriz tablosunu oluşturmaz, ancak bu olumsuz olaylar çoğunlukla maruz kalan tüm bireylerde ruhsal denge durumunun bozulmasına neden olabilmektedir (Cary, 1990).

Ruhsal travma yaşantısından söz etmek için, kişinin yaşadığı olumsuz yaşam olayının stresine dayanma gücü aşılmış, bu yaşam olayını tolere etme yeteneği düşmüş olmalı, ayrıca kişinin altından kalkamadığı haller ortaya çıkmalıdır (Booth-Kewley ve ark., 2013; Kumar et al. 2017). Başa çıkması zor olan ve aniden ortaya çıkan bir olay karşısında kişi, korku, kaygı, dehşet duygularına kapılarak, çaresizlik içinde kendisini savunmasız hissetmektedir (Sar & Öztürk, 2005). Ayrıca, ruhsal travmaya neden olan bu olumsuz yaşam olayı, kişinin kendisi veya yakınının ölüm veya yaralanma tehlikesini içermelidir (APA, 2013). Ruhsal travma ne kadar şiddetli yaşanmış ise kişide oluşturduğu ruhsal etkiler de o kadar fazla ve uzun süreli olur (Towsend, 2015).

### **Ruhsal Travmaların Sınıflandırılması;**

- (a) Akut travma (tek bir olay kaynaklı; örneğin deprem),
- (b) Kronik travma (süreğen ve yineleyen; örneğin aile içi şiddet)
- (c) Kompleks travmalar (birden çok travmatik olayın eş zamanlı yaşanması; örneğin çocukluk çağı ihmal ve istismarı) (Towsend, 2015).

### **Hangi Olaylar Ruhsal Travmaya Yol Açar?**

### **Ruhsal Problemlere Yol Açtığı Bilinen Travma Türleri Şöyle Sıralanabilir:**

#### **1. Gelişimsel Krizler (Doğal)**

- Ergenlik dönemi
- Okuldan mezun olmak
- Kariyer veya iş değiştirmek
- Evlenmek
- Çocuk sahibi olmak
- Emekli olmak

#### **2. Durumsal Krizler**

- Boşanmak
- İşini kaybetmek
- Uzun süre işsiz kalmak

- Trafik kazası geçirmek
- Ciddi bir hastalık yaşamak
- Ameliyat olmak
- Sakat kalmak
- Ani ölümler
- Bulaşıcı hastalıklar
- Ekonomik krizler

### **3. Kompleks Krizler = Travmalar**

- -İnsan eliyle istemli biçimde oluşturulan travmalar  
(işkence, savaş, terör, istismar, tecavüz, şiddet, mobbing)
- İnsan eliyle istemsiz olarak oluşturulan travmalar  
(araç kazaları, iş kazaları)
- -Doğal afetler  
(Deprem, tsunami, sel, kasırga, hortum, yangın, çığ)  
(ICD–10, 2004; Sadock & Kaplan, 2003)

### **Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları**

Travmatik yaşam olayları, yaşamın her döneminde olduğu gibi, ne yazık ki çocukluk çağlarında da oldukça yaygın biçimde görülebilmektedir (Saveanu & Nemeroff, 2012). Çocukluk çağı ruhsal travmaları, çocukluk döneminde meydana gelen, kişinin maruz kaldığı ihmal ve istismarın yol açtığı, acı veren, olumsuz yaşantıları kapsamaktadır (Sadock & Kaplan, 2003; Öztürk & Uluşahin, 2011). İstismar kelimesinin sözlük anlamı, iyi niyeti

kötüye kullanma, sömürme anlamına gelmektedir (TDK, 2022). İhmal ise bireye gereken ilgiyi göstermeme, önem vermeme olarak ifade edilmektedir (TDK, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre: çocukluk çağı istismarı, çocukla kurulan sorumluluk, güven ve güç ilişkisi çerçevesinde çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığına, yaşamına ve gelişimine zarar veren ya da zarar verme potansiyeli içeren, her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış ile cinsel istismarı ya da ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüyü içermektedir (Topbaş, 2014).

Çocukluk çağı ihmali ve istismarı terimlerinin ikisi de çocukluk çağına yönelik kötü muamele anlamına gelmektedir. Çocukluk çağında, fiziksel, duygusal, cinsel olarak değerlendirilen istismar türlerine karşılık, ihmal türleri de fiziksel ve duygusal olarak değerlendirilmektedir (Polat, 2007; Bahar, Savaş & Bahar 2009). Çocuğa karşı uygulanan istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olması, istismar ve ihmal arasındaki en önemli fark olarak vurgulanmaktadır. İstismardan söz edebilmek için mağdurla istismarcı arasında en az 5 yaş fark olması gerekmektedir (Johnson, 2000; Bağ & Alşen, 2016).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çocukların %62.6'sının fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır (Ayan, 2007; Bağ & Alşen, 2016). Türkiye'de çocukluk çağı ihmal ve istismarını etkileyen faktörler incelendiğinde; nüfus artışı, göç, düşük sosyoekonomik seviye, eğitim seviyesinin düşük olması, işsizlik, günlük yaşantıda

dayağın disiplin adı altında kabul edilebilir bir davranış olarak değerlendirilmesi gibi etkenlerin önemli olduğu bildirilmektedir (Polat, 2007; Kurt, 2015).

Yapılan bazı çalışmalarda, çocukluk çağı travmaları; olayı tetikleyen nedenden çok, stresör olan etkene verilen yanıt ya da olumsuz yaşam olaylarının ruhsal sonucu şeklinde tanımlanmakta olup, Tip I ve Tip II olarak iki bölüme ayrılmıştır. Tip I Travma; doğal bir afet, kaza veya cinayet gibi beklenmedik biçimde aniden ortaya çıkan, tek bir olayı, Tip II Travma ise; çocukluk çağındaki yineleyici, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ya da istismar ile eşlik eden korku ve kaygı dolu beklentilerin var olması gibi, uzun süreli olayları ifade etmektedir (Sadock & Kaplan, 2003; Bağ & Alşen, 2016).

Duygusal istismar ülkemizde de diğer ülkelerde olduğu gibi çocuk istismarının en sık görülen türüdür (Krug ve ark., 2002; Bahar, Savaş & Bahar, 2009). Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir araştırmaya göre duygusal istismarın (%15.9) en yaygın görülen ruhsal travma tipi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkek çocukların kızlara göre daha az duygusal istismar yaşadıkları bilinmektedir. Yapılan diğer bir çalışmaya göre, Türkiye’de duygusal istismar oranı %24,4’tür (Güneri-Yöyen, 2017).

UNICEF (2010) cinsel istismarı, yetişkin bireylerin cinsel ihtiyaçlarını karşılamak için, çocukla onun rızası olmadan ilişki kurması ve ticari amaçlarla çocuğun fuhuş ve pornografiye

yönlendirilmesi olarak tanımlamıştır (Bağ & Alşen, 2016). Cinsel istismarın tanımlanmasında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Örneğin, cinsel istismar olarak ifade edilen durum da; çocuğun onayı olup olmadığına bakılmaz, şiddet içermek zorunda değildir ve bu davranışın cinsel istismar sayılması için penetrasyon zorunluluğu yoktur. Özetle, cinsel birleşme olmaksızın çocuğa karşı cinsel haz içerikli her türlü eylem, cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Sadock & Kaplan, 2003; Polat, 2007; WHO, 2020).

Cinsel istismarın, en sık ergenlik döneminde görüldüğü bildirilmektedir (Brems ve ark. 2004; Akduman ve ark., 2005). Ne yazık ki, cinsel istismara maruz kalmış çocuk ya da ergenlerin bu istismarı bildirmek istememelerin altında; tehdit edilme, istismarcıyı koruma, kendilerine inanılmayacağı düşüncesi, utanmak gibi sebeplerin yer aldığı vurgulanmaktadır (Brown, 2002; Yılmaz, 2008). Dolayısıyla, çocukluk çağı cinsel istismarının yaygınlığı, yetişkinlerle yapılan retrospektif (geriye dönük) çalışmalarla ortaya konulmaktadır (Browne & Finkelhor, 1986; Şahin, 2020).

Türkiye, her türlü çocukluk çağı travmalarının önlenmesi ve çocuk haklarının savunulması için, 1989’ da Birleşmiş Milletler’ in kabul ettiği ‘Çocuk Hakları Sözleşmesi’ni kabul etmiştir. Bu sözleşmenin 19. maddesi ile çocuğun; bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulu getirilmiştir (Polat, 2007; Kurt, 2015; UNICEF, 2017).

## **Travma İle İlgili Tıbbi Hastalıklar**

Çocukluk çağında travmatik bir olay yaşandığında bu durum kişilerin fiziksel gelişimlerine de zarar verebilir. Stres, bağışıklık sistemi ve merkezi sinir sistemlerinin gelişimini bozarak, bunların tam sağlıklı potansiyellerine ulaşmalarını zorlaştırabilir (Sadock & Kaplan, 2003).

“Nöro immuno modülasyon” kavramının kişinin duygu durumunun bağışıklığa etki etmesi anlamını taşıdığı bildirilmektedir. Olumlu ve motive edici düşüncelerin, davranışların bağışıklık sistemine antioksidan etkisinde bulunduğu saptanmıştır (Aslan, 2020).

Yapılan çalışmalarda, özellikle kronik çocukluk çağı ruhsal travmalarının, ilerleyen yaşlarda baş ağrısı, ülser, astım, kronik arter hastalıkları, inme (stroke) ve şeker hastalığı (diabetes mellitus) gibi bazı tıbbi hastalıklara yatkınlık sağladığı bildirilmektedir (Gilbert ve ark., 2015). 134 farklı araştırmanın sonuçları incelenerek, yazılan bir gözden geçirme (review) yazısında, çocukken olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalmanın, yetişkinlik döneminde, otoimmün hastalıklar, akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi çeşitli farklı durumların gelişme riskini arttırdığı yanı sıra, daha yüksek ağrı düzeylerine yol açtığı bildirilmektedir (Zarse ve ark., 2019).



## **Travma İle İlgili Psikiyatrik Tanılar**

Vietnam savaşı sonrası, savaşla bağlantılı ortaya çıkan ruhsal belirtileri ve psikopatolojiyi açıklamak için ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 1. Baskısına göre (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), DSM-I'de "Büyük Stres Tepkisi" tanısına yer verilmiştir (Monson & Friedman, 2018). Bu tanı, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından, DSM-I'de önemli bir fiziksel eksikliğe ya da yüksek düzeyde duygusal strese neden olan bir olayın meydana getirdiği durumu ifade etmek için kullanılmıştır (Çolak, Kokurcan & Özsan, 2010). DSM-II'de bu durum; "Geçici Durumsal Bozukluk" olarak adlandırılmıştır. Zorlu yada stresli yaşam olaylarını "travma" olarak adlandırmak; ilk defa DSM-III ile olmuştur (APA, 1980). DSM-IV'e göre travma, "bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisi ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da karşı karşıya gelmiş, ardından aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme sonucunda ortaya çıkan bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Özten & Hızlı Sayar, 2015). Travma, DSM-V'e kadar "anksiyete bozukluğu" sınıfında değerlendirilirken, DSM-V'te "travma ve stres kaynağı ile ilişkili bozukluklar" kısmında, "akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu" ile birlikte değerlendirilmiştir (APA, 2013). DSM-V'e göre travma kavramı; Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya

cinsel şiddete maruz kalmak şeklinde değerlendirilmiş, travmayı doğrudan deneyimlemeye vurgu yapılmış, yanı sıra televizyon ve sosyal medya gibi dolaylı yollarla gerçekleşen maruziyetler sınırlandırılmıştır. DSM III-R önemli kayıplar, duygusal istismar gibi psikolojik bütünlüğe yönelik tehditleri de travma olarak ele alırken, DSM 5'in çok sarsıcı ya da ölüm tehlikesi içermeyen olayları, travmatik olarak tanımlamaması dikkat çekmektedir (APA, 2013).

### **Travma ve Psikiyatrik Bozukluklar**

Çocukluk çağında bakım verenler tarafından çocuğun fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmaması, yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozukluklar için risk unsuru olarak bilinmektedir (Polat, 2007; Zarse ve ark., 2019). Bireyin, çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarının, yetişkinlikte bilişsel ve nöropsikolojik performansı etkileyerek, kişinin normal fiziksel, biyolojik, sosyal ve psikolojik gelişim süreçlerine engel olduğu bildirilmektedir (Wingenfeld ve ark., 2011; Nickerson, Aderka, Bryant & Hofmann, 2012). Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde, çocukluk çağında ihmal ve istismara maruz kalmanın yetişkinlikte ortaya çıkan ruhsal sorunlar ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir (Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001; Gilbert ve ark., 2015).

Psikiyatrik bozukluk tanısı olan hastalarda, çocukluk çağı, fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanımı ile duygusal ve fiziksel ihmali, genel popölasyona göre daha sık rastlanmaktadır (Pelendecioğlu & Bulut, 2009). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travma öyküsü olanların yetişkinlikte majör depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, dissosiyasyon, madde kötüye kullanım bozuklukları, psikotik bozukluklar gibi psikiyatrik tanıları alma ihtimalleri, olmayanlara nazaran daha fazladır (Bernstein, Stein ve Handelsman, 1998; Breslau, 2002; Brems, Johnson, Neal ve Freemon, 2004; AlloyHovens ve ark., 2010; Levit ve ark., 2021).

Travmaya maruz kalmış ve travmatik semptomları olan birey kendini, başkalarını, dünyayı ve geleceği algılamasında (bilişsel üçlü), değerlendirmesinde ve sonuçlar çıkarmasında ciddi sorunlar yaşar (Krug ve ark., 2002). Bu bireyde, ruhsal bütünlüğü oluşturan bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda çok önemli bozulmalar ortaya çıkar. Neticede, yoğun duygu durum değişiklikleri, aşırı duyarlılıkla beraber tepkisellikde artış meydana gelir (Hildyard & Wolfe, 2002; Güloğlu, 2016).

Ruhsal travmalardan sonra en sık görülen psikiyatrik hastalıklar: depresyon ve travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB) (Güloğlu & Kararımak, 2013). Travmatik deneyimi olan birey ilk aşamada “akut stres bozukluğu” evresindedir. Bu evreden sonra çoğunlukla eski uyumlu yaşamına geri döner. Kişi, akut stres

bozukluğu evresini sağlıklı biçimde atlatamaz ise “TSSB” tanısını alır. Bu dönemde, kişi halen tedavi görmemişse, kronik travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu ve komorbid rahatsızlıkları yaşama olasılığı artar (Briere & Spinazzola, 2005; Herman, 2011).

Psikiyatrik tanılar açısından incelendiğinde, duygusal istismar bildiren grupta duygudurum ve anksiyete bozuklukları sık saptanırken, diğer istismar türleri ile tanı grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Heima & Nemeroffa, 2001; Güloğlu, 2016). Her ne kadar yaşam boyu travmatik olaya maruz kalma sıklığı erkeklerde, travmatik olay sonrası TSSB gelişme sıklığı da kadınlarda daha yüksek oranlarda saptanmıştır (Sadock & Kaplan, 2003). Yaşanan travmanın, kişilerde ortaya çıkardığı ruhsal sonuçların değişkenliğini, travmatik olayın bazı özelliklerini dikkate alarak yorumlayabiliriz;

### **1-Travmatik Olayın Özellikler**

- Travmatik olayı doğrudan yaşamış olmak
- Travmatik olayın şiddeti, yaşamı tehdit etmesi, fiziksel yaralanma ve meydana getirdiği kayıplar
- Travmatik olayın süregelen olması
- Olayın insan eliyle yapılıyor olması
- Travmatize olmuş bir toplum içerisinde yaşamak
- Travma sonrasında, ikincil streslere maruz kalma
- Medya aracılığıyla, travmatik görüntülere maruz kalma

## 2-Kişisel Özellikler

- Kadın, bekar, dul ya da boşanmış olmak
- Çocukluk ve yaşlılık
- Düşük eğitim ve sosyoekonomik seviye
- Genetik yatkınlık
- Kişi veya ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü

## 3- Çevresel Özellikler

- Sağlık, psikolojik ve sosyal yardım kuruluşlarından yeterince yararlanamama
- Sosyal desteğin yetersizliği
- Yaşanılan ülkenin ekonomik hali
- Göç etmiş olmak (*Sadock & Kaplan, 2003; Guloglu & Karairmak, 2013*).

Fiziksel istismara maruz kalan kişilerin, fiziksel istismara uğramayan kişilere göre yaşamları boyunca daha yüksek oranlarda şiddet eylemlerini sergiledikleri bildirilmektedir (Bulut, 1996; Sadock & Kaplan, 2003). İstismara uğrayan kişilerin yaşamlarında şiddet eylemlerini daha fazla gösterdikleri, kişiler arası ilişkilerde şiddet uygulamayı ve suç oluşturan eylemleri daha yüksek oranda işledikleri bildirilmektedir (Pressel, 2000; Heim ve ark., 2010; Herman, 2011). Fiziksel istismarın, kendini yaralama (self mutilasyon), intiharla ilişkili davranışlar ve özellikle kadınlardaki somatizasyon, anksiyete bozuklukları, depresyon, disosiyasyon ve psikotik bozukluk gibi psikiyatrik sorunlar ile ilişkili olduğu

saptanmıştır (Gül ve ark., 2003; Armağan, 2007; Örsel ve ark., 2011; Zarse ve ark., 2019).

Çocukluk çağında ruhsal travmaya maruz kalan bireylerde, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, dissosiyasyon, borderline kişilik bozuklukları, depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, alkol-madde kullanım bozuklukları, diğer kişilik bozuklukları, cinsel sorunlar gibi problemlerin daha yoğun olarak yaşandığı bildirilmektedir (Whiffen ve MacIntosh, 2005; Waldinger ve ark., 2006; Şar, İslam ve Öztürk, 2009; Carpenter ve Chung, 2011; Burns ve ark., 2012; Zarse ve ark., 2019). Kişilerin, maruz kaldıkları farklı türdeki travmalar (fiziksel, duygusal, cinsel); görsel, işitsel ve dokunsal halüsinasyon çeşitlerinin de görülme sıklığını arttırmaktadır (Chasan, 2010; Demirkapı, 2013; Zarse ve ark., 2019).

Cinsel istismar öyküsü, yetişkinlikteki cinsel mağduriyetin yordayıcısı olarak değerlendirilmektedir. Cinsel istismara maruz kalan bireylerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, yetişkinlik döneminde cinsel yaşamları üzerinde ve kişilik gelişiminde olumsuz etkileri olduğu görülmektedir (Ovayolu, Uçan ve Serindağ, 2007; Herman, 2011). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olanlarda anksiyete, depresyon, alkol madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi ruhsal sorunlara daha fazla sahip oldukları görülmektedir (Browne & Finkelhor, 1986; Putnam, 2003). Ayrıca, bu kişiler de kişilik problemlerinin yanı sıra sıklıkla dürtüsellik, iç

görü eksikliği, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, öz saygının olmaması gibi ruhsal sorunlar bulunmaktadır (Cole & Putnam, 1992; Harvey, Pauwels, 2000; Taşkent, 2010).

| <b>Ruhsal Travma İle İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Ruhsal Travmanın Ortaya Çıkardığı Durumlar;</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>-Akut stres tepkileri,</li><li>-Akut Stres Bozukluğu (ASB),</li><li>-Eşik altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (eşik TSSB),</li><li>-Akut TSSB, Kronik TSSB, Geç Başlangıçlı TSSB</li><li>-Karmaşık TSSB,</li><li>-Travmatik Yas</li></ul>                                                                                                         |
| <b>2-Ruhsal Travmanın Tetikleyici Olabildiği Durumlar;</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Duygudurum Bozuklukları; Depresyon ve Bipolar Bozukluk</li><li>- Anksiyete Bozuklukları,</li><li>- Somatoform Bozukluklar,</li><li>- Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları</li><li>- Dissosiyatif Bozukluklar,</li><li>- Cinsel İşlev Bozuklukları,</li><li>- Uyku Bozuklukları,</li><li>- Ağrı Bozuklukları,</li><li>- Yeme Bozuklukları</li></ul> |

- Psikotik Bozukluklar
- Kişilik Bozuklukları (Cary, 1990; Sadock & Kaplan, 2003; Öztürk & Uluşahin, 2011; Burns ve ark., 2012).

### **Baş Etme Tutumları (Stratejileri)**

Bowlby (1978, 1981), erken yaşam dönemlerinde bakım verenler ile kurulan ilişki biçimlerinin, yetişkinlik döneminde kişilerin olumsuz yaşam olayları karşısında sergilediği baş etme tutumlarını, dolayısıyla da ruh sağlıklarını etkileyebileceğini öne sürmektedir. Bireylerin yaşamları boyunca maruz kaldıkları stresli durumlarla mücadele etme biçimleri ve ya yolları baş etme tutumları ile açıklanmaktadır (Türküm, 1999).

Stres verici yaşam olaylarının, olumsuz etkilerini azaltmak ya da tümüyle ortadan kaldırmak için baş etme tutumlarını kullanmak, zorlayıcı/olumsuz yaşam olaylarına uyum sağlamada önemli bir role sahiptir (Warren, 2000; Polat, 2007). Folkman ve Lazarus (1984), yaptıkları bir çalışmada bireylerin yaşadıkları sorunlarına karşı problem odaklı (aktif/ uyuma yönelik) ve duygu odaklı (pasif/ uyuma yönelik olmayan) olmak üzere, iki biçimde baş etme tutumları sergilediklerini bildirmektedir (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003). Problem çözme, planlama, bilgi arama, savaşma, sosyal destek arama ve duyguları ifade etme gibi yöntemler, problem odaklı yani problemin çözülmesi amaçlı baş etme davranışlarıdır (Sarbin, 1986).



Duygu odaklı başa çıkmada ise; birey stres ortaya çıkaran olumsuz durumlarla duygularını hafifletmek yoluyla baş etmeye çalışmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984). Birey kendisini zorlayıcı bu olumsuz yaşam olayını kontrol edemeyeceğini düşünmeye başladığında, genellikle durumu kabullenmesi gerektiğine karar verir (Sarbin, 1986). Kişi, stresli ya da zorlayıcı yaşam olayları karşısında, ortaya çıkan olumsuz duygularının problem çözme davranışlarını etkilemesini önlemek için; inkâr, hayal kurma, sorundan kaçınma, utanma ve kendini suçlama, aşırı kadercî davranma gibi duygu odaklı (pasif) baş etme tutumlarını kullanabilir (Warren, 2000; Sadock & Kaplan, 2003). Bireyin baş etme tutumları, stres oluşturan bu durumlarla mücadelede yeterli değilse, çeşitli ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklar ortaya çıkmasının kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir (Yöyen, 2016; Güloğlu 2016).

Yapılan bazı çalışmalarda, insanların ruhsal ve fiziksel sağlıklarının, en çok günlük yaşamın zorlayıcı durumları ile baş etme tutumlarını kullanma biçimlerinden etkilendiği bildirilmektedir (Cary, 1990; Bruner, 1991). Bireyler yaşadıkları olumsuz olaylar karşısında meydana gelen strese karşı, sigara, yemek, alkol, madde ya da bazı ilaçlara yönelme, içe kapanma, sorunu yok sayma ve geri çekilme gibi duygu odaklı, pasif davranışlar ya da gerçeklerle yüzleşme, karşılıklı kişisel iletişimi sürdürme ve sosyal destek alma gibi, problemin çözümüne yönelik davranışlar gösterebilirler

(Türküm, 1999; Sadock & Kaplan, 2003; Townsend, 2015). İsrail’de yapılan, teröre maruziyetin olduğu bir dönem sonrası telefonla yapılan bir taramada katılımcıların %16,4’ünün bir terörist saldırıyla doğrudan yüz yüze geldiği ve %37,3’ünün ise tanık olduğu bildirilmekteydi. Bu çalışmada TSSB tanısına %9.4 oranında rastlanmış olup, en sık görülen başa çıkma mekanizması kişinin yakınları ile ilgili bilgi arayışı ve sosyal destek olarak görülüyordu (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003).

Çeşitli araştırmalarda, bireyin problem odaklı basa etme tutumlarından çok, duygu odaklı bas etme tutumlarını kullanması ile ruhsal belirtilerin ortaya çıkması arasında paralellik olduğu üzerinde durulmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984). Billing ve Moos (1982) yaptıkları çalışmalarında, duyguya odaklanma, bastırma, inkâr, sorundan kaçınma, kendini suçlama gibi duygu odaklı bazı bas etme tutumları ile psikopatolojik belirtilerin şiddeti arasında da pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Bunun yanı sıra, çeşitli çalışmalarda, duygu odaklı bas etme tutumlarının kullanılması yerine, problem odaklı bas etme tutumlarının kullanılmasının, ruhsal patolojiye yatkınlığı azaltmada rolü olduğu bildirilmiştir (Türksoy, 2003).

Stresli yaşam olaylarına karşı bireyin kullandığı bas etme tutumlarındaki farklılıkların nedeninin, yas, kişilik yapısı, sosyal destek, cinsiyet, ekonomik düzey, kültür ve tıbbi hastalıkların varlığı gibi bireyin içinde bulunduğu koşullardan, ya da bireye özgü birçok

farklı etkenden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Warren, 2000; Eşsizozğlu ve ark., 2009; Guloglu & Kararımak, 2013). Yapılan bazı çalışmalarda; içe dönüklük, nevrotik kişilik özellikleri ve major depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların varlığı, stres oluşturan nedenin (stresör) birey için anlamı, maruz kalınan süre, aniden ortaya çıkmış olması, yanı sıra suçluluk duyguları uyandırması veya ölüm tehdidi içermesinin de bireylerin bas etme davranışlarını etkilediği bildirilmektedir (Bartholomew & Horowitz, 1991; Baltaş & Baltaş, 2006; Aydoğdu, 2013). Bu nedenle kişinin stres oluşturan olumsuz bir yaşam olayı karşısında kullandığı basa çıkma tutumlarının bilinmesinin; ruhsal rahatsızlıkların tedavi hedeflerinin belirlenmesinde yardımcı olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

## **Sonuç**

Özellikle günümüzde, sosyal sorunlar ve ekonomik sıkıntılar, erken dönemde yetersiz ebeveyn rolü, niteliksiz eğitim koşulları ve sosyal desteğin azlığı çocuğun travmaya maruz kalma riskinin artmasına neden olan durumlardır. Ruh sağlığının korunması için, insan yaşamında birçok psikososyal sorun yaşanmasına yol açtığı bilinen çocukluk çağı ruhsal travmalarının gerçekleşmesinin önlenmesi, öncelikli olarak sağlanmalıdır. İhmal ve istismarın önlenmesi için yapılan toplum temelli çalışmalarda çocuk ihmal ve istismarı yönünden riskli ailelerin belirlenmesi,

sağlık çalışanlarının eğitilmesi, aile içi ve kişiler arası doğru iletişimin artırılması için programların düzenlenmesi önemlidir. Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması; ruh sağlığı profesyonelleri tarafından uzun süreli izlemlerinin yapılabilmesi toplum ruh sağlığı açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında gerekli önlemlerin alınması, aileden başlayan sosyal destek, yeterli ve kaliteli eğitim verilmesi, yeterli takibin sürdürülebilmesi, ruh sağlığının korunması açısından büyük öneme sahiptir.

## **Kaynakça**

Akduman, G. G., Ruban, C., Akduman, B. ve Korkusuz, İ. (2005). Çocuk Ve Cinsel İstismar. Adli Psikiyatri Dergisi, 3(1), 9-14.

Alloy L. B., Abramson L. Y., Smith JM, Gibb B. E., Neeren A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. Clin Child Fam Psychol Rev, 9, 23-64.

APA (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1 st ed (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed. (DSM-II). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Armağan, E. (2007). Çocuk İhmali Ve İstismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir İstismar Olgusu. New Symposium Journal, 2, 170-173.

Ayan, S. (2007). Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet (Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme). Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Sivas, (Yayımlanmış Doktora Tezi).

Aydoğdu, T. (2013). Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri İle Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Gazi Üniversitesi

Bağ, Ö. ve Alşen, S. (2016). Çocuğun Cinsel İstismarının Değerlendirilmesinde Yeni Model: Çocuk İzlem Merkezleri. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi, 6(1), 9-14.

Bahar, G., Savaş, H. A., Bahar, A. (2009). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4, 51-65.

Baltaş, A. & Baltaş, Z. (2006). Stres ve Başa Çıkma Yolları (23 b.). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test Of A Four-Category Model. Journal of Personality and Social Psychology, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Bernstein, D. P., Stein, J. A. ve Handelsman, L. (1998). Predicting Personality Pathology Among Adult Patients With Substance Use Disorders: Effects Of Childhood Maltreatment. *Addict Behav*, 23(6), 855-68. doi: 10.1016/s0306-4603(98)00072-0.

Billing, A. C. & Moos R.H. (1982). Psychological Theory And Research On Depression. An Integrative Framework And Review. *Clinical Psychological Review*, 2(2), 213-237.

Bleich, A., Gelkopf, M., Solomon, Z. (2003). Exposure To Terrorism, Stress-Related Mental Health Symptoms, And Coping Behaviors Among A Nationally Representative Sample In Israel. *JAMA*, 290(5), 612-20. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.612>

Booth-Kewley, S., Schmied, E. A. , Highfill-McRoy, R. M. , Larson, G. E. , Garland, C. F., Ziajko, L. A. (2013). Predictors Of Psychiatric Disorders In Combat Veterans. *BMC Psychiatry*, 13, 1–11.

Bowlby, J. (1978). *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation, anxiety and anger.*

Bowlby, J. (1981). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression.*

Bre, C., Johnso, M. E., Neal, D. & Freemon, M. (2004). Childhood Abuse History and Substance Use Among Men and Women Receiving Detoxification Services. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 30(4), 799-821. doi: [10.1097/00000374-200408002-00253](https://doi.org/10.1097/00000374-200408002-00253)

Bresla, N. (2002). Psychiatric Morbidity In Adult Survivors Of Childhood Trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 7, 80-88.

Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology And Psychological Assessment Of Complex Posttraumatic States. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 401-412.

Brow, G. W. (2002). Measurement And The Epidemiology Of Childhood Trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 7, 66-79.

Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact Of Child Sexual Abuse: A Review Of The Research. *Psychological bulletin*, 99(1), 66.

Bruner, J. (1991). Believed-in Imaginings: The Narrative Construction Of Reality. *Critical inquiry*, 18(1), 1-21.

Bulut, I. (1996). Genç Anne Ve Çocuk İstismarı. *Bizim Büro*.

Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. ve Harding, H. G. (2012). Deficits İn Emotion Regulation Mediate The Relationship Between Childhood Abuse And Later Eating Disorder Symptoms. *Child abuse ve neglect*, 36(1), 32- 39.

Carpenter, L. & Chung, M. C. (2011). Childhood Trauma İn Obsessive Compulsive Disorder: The Roles Of Alexithymia And Attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 367-388.

Carrión, V. G. & Steiner, H. (2000). Trauma And Dissociation İn Delinquent Adolescents. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 39(3), 353-359.

Cary, C. (1990). *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*, Cogmand and Hall Inc., Great Britain.



Chasan, N. (2010). Alkol Bağımlılığı İle Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Cole, P. M., Putnam, F. W. (1992). Effect Of İncest On Self And Social Functioning: A Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 174-184.

Çolak, B., Kokurcan, A. & Özsan, H. (2010). DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri . *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26. [https://doi.org/10.1501/Kriz\\_0000000322](https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000322)

Demirkapı, Ş. E. (2013). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme Ve Kimlik Gelişimine Etkisi Ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Eşsizozğlu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ. ve ark. (2009). Factors Affecting The Diagnosis Of Post-Traumatic Stress Disorder After A Terrorist Attack. *Turkish J Psychiatry*, 20(2), 118- 26.

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., et al. (2015). Childhood Adversity And Adult Chronic Disease: An Update From Ten States And The District Of Columbia, 2010. *Am J Prev Med*, 48(3), 345-349.

Güloglu, B., Karairmak, O. (2013). Posttraumatic Stress Disorder Among Turkish Veterans Of The Southeast. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 14, 237–244. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.36696>.

Güleç, M. Y., Altıntaş, M., İnanç, L., Bezgin, C. H., Koca, E. K., Güleç, H. (2013). Effects Of Childhood Trauma On Somatization İn Major Depressive Disorder: The Role Of Alexithymia . J Affect Disord, 20(146), 137-141.

Güloğlu, B. (2016). Psychiatric Symptoms of Turkish Combat-Injured Non-Professional Veterans. European Journal of Psychotraumatology, 7(1), 291-157.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29157>

Güneri Yöyen, E. (2017). Çocukluk Çağı Travması Ve Benlik Saygısı. International Journal of Social Sciences and Education Research, 3(1), 267-282.

Güz H., Doğanay Z., Çolak E., Tomaç A., Sarısoy G., Özkan A. (2003). Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? Klinik Psikiyatri, 6, 80-85.

Harvey, J. H., Pauwels, B. G. (2003). The Ironies of Positive Psychology. Psychological Inquiry, 14(2), 125-128.

Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E. & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological And Psychiatric Consequences Of Child Abuse And Neglect. Developmental psychobiology, 52(7), 671-690.

Heima, C. & Nemeroffa, C. B. (2001). The Role Of Childhood Trauma İn The Neurobiology Of Mood And Anxiety Disorders: Preclinical And Clinical Studies. Biological Psychiatry, 49(12), 1023–1039.

Herman J. (2011). Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (Tosun T, çev.). 2. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları. s. 67-125, 175-255.

Hildyard, K. L., Wolfe, D. A. (2002). Child Neglect: Developmental Issues and Outcomes, Child Abuse & Neglect, 26(6-7).

Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., White, H. R. (2001). The Impact Of Childhood Abuse And Neglect On Adult Mental Health: A Prospective Study. Journal of Health and Social Behavior, 184-201.

Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., Zitman, F. G. (2012). Impact Of Childhood Life Events And Trauma On The Course Of Depressive And Anxiety Disorders. Acta Psychiatr Scand, 126, 198-207.

Johnson C. F. (2000). Abuse and Neglect of Children. Behrman R.E, Kliegman R.M, Arvin A.M (eds), Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed. Philadelphia: WB Saunders.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. ve Lozano, R. (2002). World Report On Violence And Health. Geneva: World Health Organization.

Kumar, M., Kumar, S., Singh, S., Kar, N. (2017). Prevalence Of Child Abuse İn School Environment İn Kerala, India: an ICAST-CI based survey, Child abuse & neglect,70.

Kurt, S. (2015). Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler Ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 16(36), 99-127.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Levit, J., Valderrama, J., Georgakopoulos, P., Brooklyn, AA-GPC, Pato, C. N., Pato, M. T. (2021). Childhood Trauma and Psychotic Symptomatology in Ethnic Minorities With Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin Open, 2(1), sgaa068, <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa068>

Monson, C. M. & Friedman, M. J. (2018). Travmayı Anlamaya Dönüş/Travmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlara Genel Bir Bakış. Follette, V. M. ve Ruzek, J. J. (Edt.). Litera Yayıncılık, 1. Basım, 27.

Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A., Hofmann, S. G. (2012). The Relationship Between Childhood Exposure To Trauma And İntermittent Explosive Disorder. Psychiatry Research 197, 128-34. PMID 22464047. doi: 10.1016/J.Psychres.2012.01.012

Ovayolu, N., Uçan, Ö., Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 13-22.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A., Karaoğlan, A. & Akgün, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry / Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12 (2), 130-136.

Özten, E. & Sayar, G. H. (2015). Eşik Altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu [Subthreshold post-traumatic stress disorder]. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(4), 348–355.

Öztürk, O. & Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2011.

Pelendecioğlu, B., Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9, 49-62.

Polat, O. (2002). Çocuk Hakları Nedir?.1.Baskı. İstanbul: Analiz Yayınları, s: 5-39.

Polat, O. (2001). Çocuk ve Şiddet.1. Baskı. İstanbul: Der Yayınları, 38-76.

Polat, O. (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 2: Önleme ve Rehabilitasyon. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 257-273.

Pressel, D.M. (2000). Evaluation of physical abuse in children. Am Fam Physician, 61, 3057-3064.

Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review. Child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42(3).

Sadock, B. & Kaplan, S.V. (2003). Sadocks Synopsis of Psychiatry. 9th eds.

Şar, V., Öztürk, E. (2005). What is trauma and dissociation? Journal of Trauma Practice, 4(1-2), 7-20. 26. [https://doi.org/10.1300/J189v04n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J189v04n01_02)

Şar, V., Islam, S. ve Öztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. Psychiatry and clinical neurosciences, 63(5), 670-677.

Sarbin, T. R. (1986). Narrative psychology: The storied nature of human conduct. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Saveanu, R. V. & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: Genetics and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>

Sayıl, I. (2008). Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Stern, Frances, M. & Zemke, R. (1990). Stressiz Satış, (Çev: Cüneyt Başbu), Rota Yayınları, İstanbul.

Şahin, D. (2020). Üniversite öğrencileri arasında çocukluk çağı cinsel istismar sıklığı, cinsel istismar bildirim sıklığı ve bildirim ile ilişkili faktörler (Uzmanlık Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon.

Taşken, A. (2010). Alkol ve/veya madde bağımlıları ile bağımlılığı olmayan bireylerin savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması, çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantılar ve bağımlılık şiddetinin savunma mekanizmaları üzerindeki etkisinin incelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

TDK. (2022). Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr> (Erişim Tarihi: 06 Mart 2022).

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3, 76-80.

Towsend, M. C. (2015). Trauma-and Stressor-Releated Disorder. Psychiatric Mental Healt Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 8th Edition, Copyright, s.559-578.

Türksoy, N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları, (ed.), Tamer Aker ve M. Emin Önder. 5US Yayınları, İstanbul.

Türküm, S. (1999). Stresle Başa Çıkma ve İyimserlik. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

UNICEF (2010). Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet raporu. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkey/raporlar/türkiyede-çocuk-istismari-ve-aile-içişiddet-arastirmasi-özet-raporu-2010>.

UNICEF (2017). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu: Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme; Çocuk Hakları Sözleşmesi. 44/25 sayılı karar, 20 Kasım 1989.

Sar, V., Islam, S., Öztürk, E. (2019). Psychiatry and clinical neurosciences 63 (5) ... V Şar, T Türk, E Öztürk. Indian journal of psychiatry, 61(4), 389-394.

Van der Kolk, B.A. & McFarlane, A. C. (1996). Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. In Background Issues and History: The Black Hole of Trauma, 2nd ed. (Eds BA Van der Kolk, AC McFarlane, L Weisaeth), 3-23. New York, Guilford Press.

Waldinger, R .J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. ve Ahern D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. Psychosomatic Medicine,

68(1), 129–135.  
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>

Warren, M. (2000). Defense mechanisms as moderators of trauma symptomatology in maltreated adolescents. [Yayımlanmamış doktora tezi]. Simon Fraser University.

Whiffen, V. E. & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the Link Between Childhood Sexual Abuse and Emotional Distress: A Critical Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(1), 24–39. <https://doi.org/10.1177/1524838004272543>

Wingenfeld, K., Riedesel, K., Petrovic, Z., Philippsen, C., Meyer, B., Rose, M., Grabe, H. J., Barnow, S., Löwe, B. ve Spitzer, C. (2011). Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional Stroop task. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(1), 53-58.

World Health Organization. (2020). Child Maltreatment. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.

World Health Organization. (2004). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42980>

Yılmaz, I. T. (2008). Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. Diss. İzmir: Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.



Yöyen, E. (2016). Çocukluk Çağı Travması Ve Benlik Saygısı. International Journal of Social Sciences and Education Research, 3(1), 267-282.

Zarse, E., Neff, M., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J., Chambers, R. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. Cogent Med, 6(1), 1581447. doi:10.1080/2331205X.2019.1581447

Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Öztürk, V. M., Kora, M. (2001). Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalin Olası Sonuçları. Anadolu Psikiyatr Dergisi, 2(2), 69-78.

