

## **Davranış değişikliği ile gelen yaşlıya yaklaşım** *Management of the elderly with behavior disturbances*

Noyan MA<sup>1</sup> Şahin S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

### **Özet**

Yaşlı hastalarda acil servise başvurulardaki önemli şikayetlerden bir tanesi de davranış değişiklikleridir. Yaşlı hastalarda farklı nedenlere bağlı birçok davranış değişikliği gözlenebilirken acil müdahale gerektirenler: bilişsel işlevler ve bilinçte ani değişiklik, gerçeği değerlendirme yetisinde ani değişme, agresyon, ajitasyon ve suisit girişimidir. Bilinen bir rahatsızlığı olmayan veya mevcut hastalığı/hastalıkları stabil seyreden bir yaşlıda, davranış değişiklikleri olarak tanımlanan belirtilerin aniden ortaya çıkması durumunda ilk olarak akut tıbbi patolojiler düşünülmelidir. Davranış değişikliklerine nörolojik belirtilerin eşlik edip etmediği araştırılmalıdır. Davranış değişikliğine yaklaşımda öncelikle eğer mevcutsa akut tıbbi durum tedavi edilmelidir, sonrasında ilaç dışı sağaltım yöntemleri denenmeli, gereğinde uygun doz ve süre olmak şartıyla farmakolojik tedavi başlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlı, davranış değişikliği, acil servis, geriatri.

### **Summary**

*Behavior disturbances are one of the important symptoms in the elderly admitted to the emergency unit. Most common behavior disturbances that need to urgent intervention are aggregation, agitation, suicidal enterprise, acute deterioration of cognitive functions, consciousness, and assessment of reality while they may result from different reasons. If the symptoms which have been accepted as behavior disturbances emerge acutely in hemodynamically stable elderly, acute illness has been considered. It should be assessed if behaviors disturbances are associated with neurological symptoms. Acute illnesses should be treated if it is exists than nonpharmacological methods should be tried. If it is needed, pharmacological treatment should be started providing proper dosage with proper duration.*

**Key Words:** Elderly, behavior disturbance, emergency unit, geriatrics.

### **Giriş**

Yaşlı hastalarda fiziksel hastalıklar, kullanılan ilaçlar, yaşlanmaya özgü psikolojik ve sosyal stresler ortaya çıkan belirtileri karmaşılaştırıp, tanı ve tedavide güçlüklerle yol açabilmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin değerlendirilmeleri daha kapsamlı, interdisipliner ve profesyonel bir yaklaşım gerektirmektedir.

Yaşlı bireyde günlük yaşamda, davranış ve duygulanım alanlarında ortaya çıkan her değişiklik ciddiye alınmalıdır. Bu değişiklikler; konuşurken kolay duygulanma, gözlerin dolması gibi günlük yaşamda sıkça görülen basit belirtilerden çabuk kızma, bağırıp çağırma, etrafa yönelik saldırgan davranışlar veya etrafı tanımamama gibi başa çıkılması güç ve karmaşık belirtilere kadar geniş bir yelpazede kendilerini gösterebilmektedirler.

Yaşlı hastada ciddi değerlendirme gerektiren çok sayıda davranışsal değişiklikler bulunmasına karşın bunların bazıları acil müdahale gerektirir (Tablo-1). Bu davranış değişiklikleri içerisinde acil başvuru gerektirenler; bilişsel işlevler ve bilinçte ani değişiklik, gerçeği değerlendirme yetisinde ani değişme, anksiyete, ajitasyon, agresyon ve suisit girişimidir (1). Bu değişikliklerle gelen yaşlı hastanın acil değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken iki önemli ilke mevcuttur:

1. Daha önce olağan işlevselliğinde giden, bilinen bir rahatsızlığı olmayan veya mevcut hastalığı/hastalıkları stabil seyreden bir yaşlıda ani ortaya çıkan davranış değişikliğinde öncelikle akut tıbbi durum araştırılmalıdır.
2. Davranış bozukluğuna neden olabilecek tıbbi bir neden saptanamıyorsa durumun işlevsel mi (örneğin demansın davranışsal belirtileri olan sanrılar, hallüsinasyonlar, agresyon gibi) yoksa psikiyatrik bir hastalığa mı bağlı olduğu belirlenmelidir.

Yazışma Adresi: M. Aşın NOYAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Bilim Dalı, 35100, İzmir, Türkiye

**Tablo-1.** Yaşlı hastada ciddi değerlendirme gerektiren davranış değişiklikleri

- Bilinçte değişimler (konfüzyon, dezorientasyon, dikkatte bozulma, bellek değişiklikleri gibi)
- Gerçeği değerlendirme yetisinde ani bozulma
- Ajitasyon ve agresyon
- Suisit tehdidi veya girişimi
- Sanrılar (kötülük görme vb)
- Hallüsinasyonlar
- Yeme-içme reddi
- Uyku bozukluğu
- Depresyon
- Anksiyete
- Tedavi işbirliğine yanaşmama/red
- Aile ve sosyal çevreden geri çekilme

### 1. Bilinç ve Bilişsel İşlevlerde Ani Değişme

Bilişsel işlevler şunlardır: bellek, yönelim (yer, zaman, kişi) dikkat, soyut düşünme, yargılama (muhakeme), hesap yapma ve konuşma (iletişim), anlama-kavrama, istemli hareket etme ve yüksek serebral işlevlerdir (plan yapma, işleri sıralama-ayırma-dağıtma, yargılama, özetleme, mecaz anlamları anlayabilme gibi).

Yaşlı hastada dikkat bozuklukları; mevcut konu üzerinde dikkati sürdürmemeye, dikkat dağılsa bile aynı konuya dönememe ve yeni bir konuya dikkatini verememe şeklinde kendini gösterir. Dikkatte olan bir bozukluk doğrudan anlık ve kısa süreli belleği etkiler ve hasta konuşurken konuyu, ne konuştuğunu, kiminle konuştuğunu ve nerede olduğunu unutmaz. Bu durum yer ve kişi yöneliminde bozulma, iletişimde kopma olarak kendini gösterir. Bu dalgalanmalar sırasında duyu durumunda da değişiklikler ortaya çıkar (2,3).

Yaşlı hastada aniden ortaya çıkan bilinç değişiklikleri, bilinç kapanmadığı veya uykuya eğilimli olmadığı takdirde kolay tanınmaz.

Bilinç düzeyinde olan değişiklikler kabaca iki şekilde gözlenir:

**1.Bilinç düzeyinde azalma:** Bu durum uyku miktarında artış ve gün boyu uyku halinin sürmesi, uyku hali nedeniyle sıvı-gıda alımda azalma olarak kendini gösterir.

**2.Bilinç düzeyinde gün boyunca ortaya çıkan dalgalanma:** Bilinç açık gibi görünür, ancak hasta çok kısa sürelerle çevre ile ilgisini iletişimini, kaybeder. Bu süreler saniyelerle sınırlı olduğundan hastanın çevresi tarafından kısa süreli dalgalanma olarak algılanır ve "söyleneni işitmedi" şeklinde yorumlanır. Bu bilinç dalgalanmalarına, bilişsel işlevler olarak tanımlanan

mental süreçlerden en az bir tanesinde bozulmanın eklenmesi ile klinik dikkat çeker hale gelir. Bu klinik tablo deliryum olarak bilinen tablodur.

Daha önce olağan işlevselliğinde giden, bilinen bir rahatsızlığı olmayan veya mevcut hastalığı/hastalıkları stabil seyreden bir yaşlıda, davranış değişiklikleri olarak tanımlanan belirtilerin aniden ortaya çıkması durumunda öncelikle akut tıbbi durum düşünülmelidir. Davranış değişikliklerine nörolojik belirtilerin eşlik edip etmediği araştırılmalıdır. Yaşlı hastada ortaya çıkan akut tıbbi durumlar yaşamı tehdit edicidirler ve nedenin hızla saptanıp ortadan kaldırılması gerekir. Davranış bozuklukları ile seyreden ve yaşamı tehdit eden durumlar Tablo-2'de gösterilmiştir.

**Tablo-2.** Davranış bozuklukları ile seyreden ve yaşamı tehdit eden durumlar.

- Uygunsuz ilaç kullanımı  
İlaç-ilaç etkileşimi  
Yanlış kullanım  
Santral sinir sistemi üzerine toksik yan etki  
Sistemik bozukluk (ilaçla ortaya çıkan elektrolit dengesizliği gibi)
- Üriner sistem enfeksiyonları
- Sıvı ve gıda alımında azalma, kötü beslenme
- Solunum yolu enfeksiyonları
- Yeni stroke
- Kapalı kafa travması (yakın zamanda düşme)
- Ağrı
- Konstipasyon
- Alkol ve madde yoksunluğu
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Akut tıbbi durumlar; önceden mevcut hastalığın yinelenmesi veya kötüleşmesi, yeni bir hastalığın ortaya çıkması (enfeksiyon, stroke, gibi), travmalar, kullanılan ilaç/maddeye bağlı intoksikasyon veya yoksunluk tabloları olarak ortaya çıkarlar. Hastalarda alkol-madde kullanım öyküsü, psikotrop ilaç kullanımı (sedatif-hipnotik, psikostimulan, antikönsülsan ilaçlar), antikolinergik ilaçlar, antiparkinsonyen ilaçlar, kardiyovasküler ilaçlar, diüretikler, analjezik, anti enflamatuar ve antibiyotik kullanımı araştırılmalıdır. Yaşlılarda bu ilaçların tedavi edici dozlarında bile yan etkiler ve entoksikasyon ve bunlara bağlı davranış değişiklikleri ortaya çıkabilir (2,4).

Bilinç ve bilişsel işlevlerde bozukluğu yol açan neden ortadan kaldırılrsa bile, bilinç ve bilişsel işlevlerdeki düzelleme yaşlı hastalarda hemen gerçekleşmez. Özellikle demans öyküsü olan hastalarda bu süre 2-4 haftayı bulur.

Psikiyatrik hastaların da tıbbi hastalıkları olabileceği ve bundan dolayı davranış bozukluğu gösterebileceği

unutulmamalı ve bu hastalarda fizik muayene ve ayrıntılı tıbbi öykü ihmal edilmemelidir.

### **1.1.Bilinç ve bilişsel işlevlerde bozulma ile başvuran hastaya yaklaşım**

Öncelikle ilk ilke hastanın güvenliğinin sağlanması ve bilinç uygun ise, güven duygusu geliştirecek bir iletişim kurulmasıdır. İletişim kurulamayan olguda hasta yakınlarından detaylı bir öykü alınmalı ve hızla fizik muayene ve nörolojik bakı gerçekleştirilmeli, laboratuvar tetkikleri istenmelidir.

Hastaya yaklaşım tıbbi yönelimli olmalıdır. Görüşmede hekim hastaya kendini tanıtmalı ve "siz" şeklinde hitap etmeye özen göstermelidir. Görüşme boyunca ilgili, yumuşak ve dikkatli bir tutum sürdürülmelidir. Geçmiş fizik hastalıklar, ilaç, alkol ve madde kötüye kullanımı, bağımlılığı ve ruhsal hastalık öyküleri alınmalıdır. Aile ve soygeçmiş öyküsü özellikle alkol-madde kullanımı ve ruhsal hastalıklar için yol göstericidir.

Hasta için bir tanı ve tedavi planı hazırlandıktan sonra, plan hastaya (ve sonrasında hasta yakınlarına) açıklanmalıdır. Hastanın saldırgan, psikotik ya da konfü olduğu durumlarda yeterli görüşme yapmak güçtür ve acil tıbbi tedavi gerekebilir. Davranış değişikliği ile gelen ve tıbbi yaklaşımı kabul etmeyen hastalarda bilinç değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır.

Bilinç ve bilişsel işlevlerde değişiklik genellikle deliryum tablosunda görülür ve bu tip değişiklik, yaşlı hastada öncelikle deliryum tanısını akla getirmelidir. Deliryumun tek tedavisi tabloya yol açan neden veya nedenlerin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için nedeni saptamaya yönelik tetkikler hızla gerçekleştirilmeli, saptanan neden hızla ortadan kaldırılmalıdır. Etiyolojik neden tedavi edilirken hastada davranış değişiklikleri devam ediyorsa ilk basamak tedavi nonfarmakolojik yaklaşımdır. Bu yaklaşım temel olarak hastanın yeniden orientasyonu ve çevresinin düzenlenmesini gerektirir. Hastanın yakın ve sık izlemi, işitsel ve duysal eksiklikleri giderme, fiziksel kısıtlamayı en aza indirmeye temel yaklaşımlardır. Sakin ve geceleri hafif aydınlatılmış bir oda, gece uykusunun bölünmemesini sağlamaya yönelik fizik koşulların sağlanması, refakatçilerin hastanın tanıdığı kişilerden oluşması, refakatçi, oda ve personel değişikliklerinin en aza indirilmesi temel yaklaşımlardır. Hastanın hareketliliği, bağımsızlığı ve kendi bakımını üstlenmesine yönelik yöntemler uygulanmalıdır (2,4).

Farmakolojik yaklaşım, hastanın uyku uyanıklık döngüsü bozuk, ajitasyonu ve agresyonu varsa, kendine ve etrafa zarar veriyorsa düşünülmelidir. Burada da ilk amaç uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanmasıdır. Bu amaçla hipnotikler kullanılabilir. Hastanın uyku uyanıklık döngüsü sağlanamamış veya agresyon/ajitasyon mevcut

ise antipsikotikler kullanılabilir. Antipsikotikler psikiyatri uzmanı denetiminde kullanılmalıdır.

### **2. Gerçeği Değerlendirme Yetisinde Ani Değişme**

Gerçeği değerlendirme bozukluğu kendisini genellikle şüpheler, sanrılar gibi düşünce bozuklukları ve/veya hallüsinasyon, illüzyon gibi algı bozuklukları şeklinde gösterir. Yaşlı bireyde gerçeği değerlendirme yetisinde ortaya çıkan bu tip belirtilerde de öncelikle "akut tıbbi durumun dışlanması ilkesi" unutulmamalıdır. Çünkü deliryumda da hastalarda gerçeği değerlendirmede bozulma, algı bozuklukları sık görülür.

Şüphelenme, şüphe duyma yaşlı bireylerde en sık görülen düşünce uğraşdır. Toplum içinde yaşayan yaşlıların %10'undan fazlasında herhangi psikotik bir belirtinin olduğu belirtilmektedir (5). Bu oran demansı olan yaşlılarda daha da yüksektir. Güncel bir veri toplumda yaşayan yaşlıların %17'sinin birden fazla şüphe içeren düşünce içeriğine sahip olduğunu belirtmektedir (6). Bazı yaşlılarda düşünce şiddeti arttıkça hastada yoğun sıkıntı, aşırı dikkatlilik, tedirginlik ve temkinlilik ortaya çıkar. Bazı olgularda düşüncenin şiddeti sanrı düzeyine ulaşabilir ve yaşlı etrafa yönelik agresyon ve ajitasyon gösterebilir. Hastalar bu düşünceleri nedeniyle kendileri için çevrelerini tehdit olarak algırlar ve aile ve arkadaşlarından uzaklaşabilirler. Görsel ve işitsel kayıpları olan hastalarda tabloya halüsinasyonlar da eşlik edebilir. Bu olguların bir kısmı eski şizofreni (paranoid tip) hastaları, bir kısmı da sanrısız bozukluk hastalarıdır. Yine de, eski ruhsal rahatsızlığı olan ve durumu stabil seyreden yaşlı hastada ortaya çıkan bir ajitasyon akla tıbbi bir durumu getirmelidir.

İleri yaşta bir ruhsal hastalığın ve buna bağlı gerçeği değerlendirmede bozulmanın ilk kez ortaya çıkması nadir bir durumdur. Bu olgular geç başlangıçlı psikoz tanısı alırlar ve geç başlangıçlı psikoz olgularında başlangıç yaklaşımı dikkatli bir psikiyatrik değerlendirme ve öyküdür. Özellikle sanrılar ve ajitasyon nedeniyle gelen hastalarda aile üyeleri ile görüşülmelidir.

Tanıları ne olursa olsun, her üç grup hasta da (yeni başlangıç, kronik şizofreni akut alevlenme olguları, ve sanrısız bozukluk hastaları) sanrılar şiddetlendiğinde veya ajitasyon çıktığında acil başvuruda bulunur. Kapsamlı psikiyatrik değerlendirme ve öykü yanı sıra bu hastaları ihmal ve kötüye kullanım açısından da değerlendirmek önemlidir (6,7). Yaşlı hastalar, özellikle gerçeği değerlendirmede sorunları olan yaşlı hastalar ihmal ve kötüye kullanım açısından risk altındadırlar.

#### **2.1.Gerçeği değerlendirmesi bozuk hastaya yaklaşım**

Hasta ile sanrılar ve gerçekler üzerine asla tartışılmamalıdır. Ancak hasta tarafından da kabul edilebilir bir

ortam yaratabilmek için hastanın düşünce sürecinin anlamını öğrenmeye çalışmak önemlidir. Hastanın durumunu tam anlayamasak bile birincil amaç: hastanın kendisini daha iyi ve güvende hissetmesini sağlamaktır.

Özellikle yeni olgularda tıbbi nedene bağlı psikotik bozukluk tanısının dışlanması ilk yaklaşımdır. Eski psikiyatri hastası olsa bile stabil seyreden bir hastada ani davranış değişikliklerinde akut tıbbi nedenin dışlanması zorunludur. Bunun için kan biyokimyası, hemogram, tiroid fonksiyon testleri ilk aşamada istenmelidir. Gerekli diğer tetkikler, örneğin solunum problemleri varsa akciğer grafisi gibi, istenmelidir. Bilişsel işlevlerde bozulma veya fokal nörolojik belirti varlığında kranial tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme yapılmalıdır. İleri yaş başlangıçlı şüphecilik genellikle işitme veya görme kayıpları ile birlikte olduğundan, mümkünse bu kayıpların giderilmesine yönelik girişimler uygundur (6).

Sanrı ve gerçeği değerlendirme bozukluğunun varlığı psikiyatri konsültasyonu gerektirir. Geç başlangıçlı her tür psikotik semptomun tedavisinde birinci basamak ilaçlar atipik antipsikotiklerdir. Antipsikotikler sanrılar üzerine etkin olmalarına karşın sanrı düzeyine ulaşmamış veya nadir düşünce ve gerçeği değerlendirme bozukluklarında davranışsal girişimler ve antipsikotik dışı ilaç (anksiyolitikler, antidepresanlar vb) daha uygundur.

Antipsikotik başlanması veya başlanmasın sanrıları olan yaşlı hastaya yaklaşımda en önemli noktalar: hastada yeniden güven duygusu sağlama, aileye bilgi verme ve olası bir ajitasyon için hastayı gözlemlemedir.

### 3. Agresyon ve Ajitasyon

İleri yaşta ortaya çıkan agresyon ve ajitasyon genellikle demanstan kaynaklanır. Ancak gerçeği değerlendirmesi bozulmuş hastalar (paranoid şizofreni, sanrısız bozukluk veya mani) ve deliryum hastalarında (akut tıbbi durumlar, özellikle nörolojik hastalıklar; madde yoksunluğu veya entoksikasyonu) da görülebilmektedir.

Agresyon, “sözel” ve “fiziksel” olmak üzere iki tipte görülür. Sözel agresyon genellikle bedensel hastalıklara bağlı bilinç ve davranış değişikliklerinde veya depresyonda ortaya çıkar. Negativist konuşma, hiçbir şeyden memnun olmama, sürekli yakınma veya dikkat çekme çabaları, konuşulan konuları kesme, aynı cümleleri yineleme sözel agresyon ifadelerindedir. Fiziksel agresyon ise genel bir huzursuzluktan, kaşınma, ısırma, farklı bir mekana gitmeye çalışma, elindekileri atma, vurma, etrafa saldırmaya gibi değişik şekillerde kendini ifade eder.

Sözel ve fiziksel agresyonu önlemenin yolu, ortamın sürekliliğini sağlamak, ani uyarıları ve değişiklikleri

minimalize etmek ve hasta katılsın ya da katılmasın hastanın sosyal iletişimini arttırmaktır.

Agresyon ve ajitasyonla gelen yaşlı hastada hastanın başvuru biçimi önemlidir. Acil servise nasıl geldiği (yalnız, ailesiyle, polisle), hastaneye getiren durumun ne olduğu, hastanın halen saldırganlığının devam edip etmediği ve bedensel gücü önemlidir. Bu bilgilerin değerlendirilmesiyle hastanın saldırgan davranış riski ve işbirliği belirlenerek müdahale edilebilir.

#### 3.1. Ajitasyon ve agresyonda hastaya yaklaşım

Özellikle demansa bağlı ajitasyon ve agresyonda birinci basamak tedavi nonfarmakolojik yaklaşımdır. Nonfarmakolojik yaklaşım özellikle hastanın ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlarda veya çevresel veya insanlar arası bir tetikleyicinin varlığında ilaçtan daha etkindir (8,9).

Kavgacı, etrafa sataşan veya zarar veren saldırgan hastaya sözlü yaklaşım genellikle etkili olmaz, saldırganlığını artırır, fiziksel tespit gerekir. Fiziksel tespit gerektiren durumlar, hastanın saldırgan olduğu veya saldırganlık riski taşıdığı durumlar ile tıbbi durumun kötüleşmesi sonucu ortaya çıkmış davranış sorunlarıdır (anefalit, menenjit gibi hiperaktif deliryum olguları). Tespit fazla sayıda personel ile gerçekleştirilmelidir. Gücü simgeleyen sayı fazlalığı bazı olgularda tek başına yatıştırıcı olabilmektedir. Tespitin gerekçesi hastaya anlatılmalıdır. Fiziksel tespit hastanın dikkatinin dağılık olduğu bir zamanda yapılmalı ve tespit eden personel ne yapması gerektiğini bilmelidir. Tespitin hastayı rahatsız edip etmediği ve sağlamlılığını sık sık kontrol edilmelidir. Entoksike hastalar sol yan pozisyonda yatırılmalı ve aspirasyona karşı önlem alınmalıdır. Parenteral girişim tespit sonrası uygulanmalıdır.

Saldırgan hastayla görüşme odası hem görüşmeci hem hastanın dışarıya kolayca çıkabileceği, güvenlik görevlilerinin kolayca girebileceği bir oda olmalıdır. Hastayla görüşme yaparken ajitasyon ve agresyonu azaltmaya yönelik davranışsal yöntemler ve iletişim uygulanmalıdır. Hastaya yardım edileceği konusunda güven verilmeli, sınır koyulmalı ancak tehdit edilmemelidir. İleride oluşabilecek yasal sorunlara karşı hastada saptanan bulgular, yapılan tedavi ve öneriler mutlaka belgelendirilmelidir.

#### Ajitasyonu azaltan davranışsal yöntemler kısaca şunlardır:

- Hastanın güven verilmesi ve güvenliğinin sağlanması
- Hastanın dikkatini agresyonu tetikleyen durum/kişiden uzaklaştırma
- Hastanın dikkatini hoşlandığı bir durum/aktiviteye çekme

- Hastayla iletişimde basit, tek kelimelik dil kullanma ve işaretlerle yardım etme
- Hastanın anlaması ve uygulaması için zaman verme (konuşmalar ve eylemler arasında)
- Hastanın dikkatini azaltan, çelen uyaranları nazikçe ortadan kaldırma

**Ajitasyonu azaltan iletişim yöntemleri kısaca şunlardır:**

- Doğrudan hastanın gözünün içine bakarak konuşulmalı.
- Hastanın dikkatini üzerine çektiğinden, seni gördüğünden veya işittiğinden emin olunmalı.
- Adıyla ve saygılı bir ses tonu ile hitap edilmeli.
- Hastaya yanından veya önünden, yavaş bir hızla yaklaşılmalı, hasta ile aynı seviyede olunmalı (gerekirse diz çökülmeli).
- Hastaya avuç içiyle dokunulmalı.
- Sürekli konuşulmamalı, genellikle dinlemeli.
- Günlük konuşma dilinde, normal ses tonunda ve tempoda konuşulmalı.
- Her zaman seçim yapabileceği seçenekler verilmeli.
- Hastaya anlaması ve yanıtlaması için zaman verilmeli.
- Hastanın ritmine ve yanıtlarına dikkat ederek iletişim sürdürülmeli.
- Hasta ile iletişim sağlanamamışsa daha sonra tekrar görüşüleceği belirtilerek hastanın yanından ayrılmalı.
- Her zaman bir sonraki zamanda neler olacağı bilgisi hastaya mutlaka verilmeli.
- İletişimin sağlanamadığı durumlarda jest, mimikler, baş hareketleri ile güler yüzlü, saygılı, sabırlı ve anlayışlı tutum sürdürülmeli.

Ajitasyon ve agresyon acil servis çalışanları için de müdahale edilmesi güç durumlardan biridir. Hasta özellikle yaşlı ise müdahale etme daha da güçleşir. Sağlık personeli bu hastalar karşısında öncelikle şaşkınlık ve ne yapacağını bilememe duygusu yaşar. Sözel agresyon (küfretme, hakaret etme gibi) yanı sıra hastanın kendilerine zarar vermesi veya hastanın kendini yaralanması olasılıkları mevcuttur. Bu olasılıklara sahip hastanın ileri yaşta olması sağlık personelinde duygusal olarak ikileme (kızgınlık ve üzüntü) yol açar. Bu ikilemin yol açtığı kısa süreli tereddüt bazen sağlık personelinin zara görmesine yol açabilir. Bundan dolayı bu hastalara müdahale edilirken mutlaka iyi eğitilmiş sağlık ve güvenlik personelinin çağırılması gerekir.

#### 4. Suisit Girişimi

İleri yaş suisit girişimi için risk faktörlerinden biridir ve bu nedenle ileri yaş hastalarının acil başvuru nedenleri arasında yer alır. Suisit düşünceleri/girişiminin birincil nedeni ruhsal hastalıklar, özellikle depresyonlardır. Yaşlanmaya eşlik eden fizyolojik değişiklikler yanı sıra biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler yaşlı bireyi depresyona yatkın kılmaktadır. İleri yaşta depresyon için risk faktörleri Tablo-3'te sıralanmıştır.

**Tablo-3.** İleri yaşta depresyon için risk faktörleri

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Biyolojik</b> Genetik yatkınlık Kadın cinsiyet Nörotransmitter disfonksiyonu Endokrin değişiklikler Vasküler değişiklikler Tıbbi hastalıklar ve tedavide kullanılan ilaçlar (özellikle sedatif/hipnotikler)</li> <li>• <b>Psikolojik</b> Kişisel özellikler (umutsuzluk, karamsarlık gibi) Nörotisizm Bilişsel çarpıtmalar</li> <li>• <b>Sosyal</b> Stres verici yaşam olayları (yakın arkadaş kaybı, ev değişikliği vb) Kronik stres veya gerginlik Düşük sosyo-ekonomik durum</li> </ul>
--

**Tablo-4.** İleri yaşta suisit için risk faktörleri.

	<b>Yüksek Risk</b>	<b>Düşük Risk</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	Kadın
<b>Medeni Durum</b>	Boşanmış, bekar	Evli
<b>Aile Öyküsü</b>	İntihar öyküsü olan, karmaşık (çatışmalı aile ortamı)	Stabil
<b>Ekonomik durum</b>	Kötü	Olağan
<b>İlişkiler</b>	Çatışmalı ilişkiler ya da yakın zamanda kayıp	Stabil ilişkiler
<b>Sağlık</b>	Fiziksel: akut ya da kronik hastalık, aşırı alkol ya da madde kullanımı	Yok
<b>Ruhsal</b>	Ruhsal hastalık öyküsü var	Yok
<b>İntihar düşünceleri</b>	Sık, yoğun ve uzun zamandır	Sık değil, geçici, hafif
<b>İntihar girişimi</b>	Yineleyici girişimler, planlar, kendini öldürme isteğinin sürmesi, suçluluk duyguları, ciddi girişim	Daha önce suisit girişimi yok, plan yok,
<b>Diğer</b>	İlgi yokluğu, sosyal izolasyon, yeterli ve destekleyici aile ortamının yokluğu	İçgörü sahibi olması destekleyici ve ilgili aile ortamı

Yaşlı, erkek, tek başına yaşayan kişilerde risk daha da yüksektir. Suisit girişimi kadınlarda daha sık olmasına karşın, tamamlanmış (ölümle sonuçlanmış) suisit girişimleri erkeklerde 2-3 kat fazladır. Yalnız yaşama, boşanmış veya dul olma, düşük sosyo-ekonomik durum suisit girişimi riskini artırır (Tablo-4).

Hastanın birincil motivasyonu kendini öldürmek gibi görünse de, bazen girişim başka bir gereksinime, ilgi, dikkat çekme ve duygusal yardım alma gereksinimine dayanıyor olabilir. Manipülatif görünse de yaşlılarda tüm intihar girişimleri ciddiye alınmalıdır (10).

#### 4.1.Suisit girişimi ile gelen yaşlı hastaya yaklaşım

İdeal koşullarda bu görüşme bir psikiyatrist tarafından yapılmalıdır. Hasta ile yapılan görüşmede hekim içten, empatik, yargısız ve dikkatli olmalıdır. Görüşmeye asla suisit girişimi ile başlanmaz. En doğru tutum genel sorulardan özele gitmek ve hastayla hasta-hekim ilişkisi kurduktan sonra suisit girişimine ilişkin sorulara geçmektir. Konuyu konuşmaktan kaçınmak yanlıştır. Suisit düşüncelerini sormak böyle bir eylemi tetiklemez ya da riski artırmaz. Hastalar bu duygularının konuşulmasından, yargılanmadan dinlenmek ve anlaşılmaktan çok yararlanırlar. Hastalara duygu ve düşüncelerini rahatça dile getirebilecekleri bir görüşme ortamı sağlamak gerekir. Suisit düşünceleri tartışılmamalı ve uzaklaştırılmaya çalışılmamalıdır. Hasta

dinlenmeli, değerlendirilmeli ve sonrasında tedavi planı hazırlanmalıdır. Bu görüşme tamamen özeldir ve hasta-hekim arasında gerçekleştirilmelidir. Hasta yakınları ile görüşme daha sonra gerçekleştirilmeli ve bu görüşmede, yasal bir engel yok ise, hastanın talepleri doğrultusunda hasta yakınlarına bilgi verilmelidir. Suisit riski taşıyan hasta tam olarak değerlendirilmeden acil servisi terk etmek isterse gitmesine izin verilmemelidir.

Acil koşullarında suisit riskinin belirlenmesi hem önemli hem de zor bir durumdur. Risk etkenlerinin bilinmesi suisiti öngörme açısından yararlı ama önleyici değildir. Görüşmeyi yapan hekimin hastanın duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarabilme yetisi risk etkenlerini belirleyebilmekten daha önemlidir. Suisidal hasta ile görüşme yapan hekim suisit girişimlerine karşı duygularını tanımalı ve bu duygularının tedavi sürecine etkisini gözlemleyebilmelidir.

**Sonuç olarak;** daha önce olağan işlevselliğinde giden, bilinen bir rahatsızlığı olmayan veya mevcut hastalığı/hastalıkları stabil seyreden bir yaşlıda ani ortaya çıkan davranış değişikliğinde öncelikle akut tıbbi durum araştırılmalıdır. Davranış bozukluğuna neden olabilecek tıbbi bir neden saptanamıyorsa durumun işlevsel mi (örneğin demansın davranışsal belirtileri olan sanrılar, hallüsinasyonlar, agresyon gibi) yoksa psikiyatrik bir hastalığa mı bağlı olduğu belirlenmelidir.

#### Kaynaklar

1. Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonte E. The elderly in the psychiatric emergency service (PES): A descriptive study. *BMC Psychiatry* 2011;11:1-9.
2. Querques J, Fernandez-Robles C, Quinn D ve ark. Evaluation and management of delirium. Amos JJ, Robinson RG, eds. *Psychosomatic Medicine: An Introduction to Consultation-Liaison Psychiatry*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 64-72.
3. Noyan MA. Delirium. Göksel SÜ, Saraç F, eds. *Geriatride 5 D'ler*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2011:57-86.
4. Huang LW, Inouye SK. Delirium. Blazer DG, Steffens DC, eds. *Essential of Geriatric Psychiatry*. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012: 93-106.
5. Ostling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population based sample of very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:53-9.
6. Goforth HW, Gwyther LP. Agitation and Suspiciousness. Blazer DG, Steffens DC, eds. *Essential of Geriatric Psychiatry*. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012: 243-54.
7. Mintzer J, Targum SD. Psychosis in elderly patients: Classification and pharmacotherapy. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003;16:199-206.
8. Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:714-7.
9. Kahn DR, Khan RA, Bourgeois JA. Agitation in patients with dementia. In: Amos JJ, Robinson RG, eds. *Psychosomatic Medicine: An Introduction to Consultation-Liaison Psychiatry*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 89-99.
10. Atmaca M. Yaşlılarda depresyon: Bir gözden geçirme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2012;5:72-6.