



ITGE VAKIF KIŞ VAKA OKULU

13-17 NİSAN 2026

SONUÇ RAPORU



İTGE Vakıf Kış Vaka Okulunda, alanlarında başarılı gerontologlar ve geriatri uzmanları tarafından, gerontoloji ve geriatri işbirliğinin önemini ortaya koyan vakalar anlatılacaktır.

Bu iki alan, yaşlanma ve yaşlılık için birlikte koordine olarak çalıştıkları sürece, elde edilen sonuçlar çok daha yararlı ve sağlıklı olacaktır.

ULUSAL SOSYAL VE UYGULAMALI
GERONTOLOJİ DERNEĞİ
VE
İBRADİ NEJLA-YAŞAR DURU
GERONTOLOJİ MERKEZİ
İşbirliğiyle



<https://usugder.org.tr>
<https://durugerontolojiimerkezi.com>



İTGE VAKIF KIŞ VAKA OKULU



13 - 17 Nisan 2026

tariflerinde
ONLINE - ÇEVİRİMİÇİ
olarak gerçekleştirilecektir.

Açılış Konuşmacıları:

Prof. Dr. Ahmet Turan Işık
Prof. Dr. Meltem Halil
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Nico de Witte
Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Emin Şahin

**13 Nisan 2026- Pazartesi
19:00**

Gerontolog Aslı YILDIRIM
Doç. Dr. Güneş EKEN
(Ankara Bilkent Şehir Hastanesi-
Geriatri Birimi)
Geriatri Kliniğinde Geriatri-
Gerontolog İş Birliği: Vaka Örneği

**14 Nisan 2026 - Salı
19:00**

Uzm. Gerontolog Feride GÖZEN
Doç. Dr. Esra ATEŞ BULUT
(Adana Şehir Eğitim ve Araştırma
Hastanesi-Geriatri Birimi)
Huzurevi ve Poliklinikte İzlenen
Yaşlılarda İhmal ve İstismar:
Geriatri ve Gerontolog İş Birliği



İTGE VAKIF KIŞ VAKA OKULU PROGRAMI

**15 Nisan 2026 - Çarşamba
19:00**

Uzm. Gerontolog Kübra ÖZDEN
Uzm. Dr. İbrahim İLERİ
(Ordu Devlet Hastanesi)
Hastanede Gerontolog Olmak/
Geriatri ve Gerontoloji İş Birliği



**16 Nisan 2026 - Perşembe
19:00**

Gerontolog Büşra BÖREKÇİ DÖNMEZ
Gerontolog Eda SARITAŞ
Doç. Dr. Büşra Sümeyye ARICA POLAT
(Ankara Bilkent Şehir Hastanesi-
Nöroloji Kliniği)
Gerontolog-Nörolog İş Birliği: Vaka
Sunumu

**17 Nisan 2026 - Cuma
19:00**

Uzm. Gerontolog Kübra UYANIKER
Uzm. Dr. Alev ÇAM MAHŞER
(Eskişehir Şehir Hastanesi-Geriatri
Birimi)
Vaka Sunumu



ÖNSÖZ

Ülkemizde gerontolojinin gelişmesi için verdiğimiz çabalar doğrultusunda yeni bir proje olarak, bir “Vaka Okulu” gerçekleştirdik; böylece, Gerontoloji alanında bir ilki daha başarmış olmanın sevincini ve gururunu yaşıyorum.

Derslerimde ve yazılarımda, Türkiye için hekimlerin ve hemşirelerin yükünü hafifleten, gerontologların sağlık sistemine entegrasyonunu öngören İnterdisipliner bir Model önermiştim. Hastanelerimizde Gerontologların istihdam edilmesiyle başlayan süreç içerisinde, bu modelin sadece uygulanabilirliğini değil, uygulanması gerekliliğini de görmek, göstermek bakımından ITGE Vakıf Kış Vaka Okulu çok önemli bir proje oldu.

Türkiye’deki tüm Gerontoloji Bölümleri öğrencilerine ve konuya ilgi duyan ve katılmak isteyenlere açık olan bu okul, çevrimiçi olarak ve gönüllülük esasında gerçekleşti. Katılımcı sayısının 240’a vardığı bu eğitim imkanından yararlanmak için kaydolan, sunumlara soru ve yorumlarıyla katkıda bulunan tüm katılımcılara ve elbette sunumları hazırlayan Geriatri ve Nöroloji uzmanları ile Gerontolog meslektaşlarıma gönülden şükranlarımı sunuyorum.

Başta Geriatri ve Nöroloji olmak üzere, yaşlı hastalarla ilgilenen tüm Tıp Uzmanlık alanlarının Gerontoloji ile işbirliği içinde çalışmasının önemi, gittikçe daha anlaşılır olmakta; gerontologların sahadaki başarıları, hekimlerin ve hemşirelerin bu iş birliğinden yararlanmalarına, ayrıca, hastaların ve hasta yakınlarının yaşamlarında olumlu gelişmelere yol açmaktadır.

Gerontoloji ve Geriatri ile Gerontoloji ve Nöroloji işbirliğini gösteren vakalar anlatmakla başlayan birinci ITGE Vakıf Kış Vaka Okulunun, yayılarak artan Gerontoloji ve diğer Tıp Uzmanlıkları alanları işbirliklerini ve çalışma örneklerini anlatmaya devam etmek üzere tekrarlayacağımızdan kuşku yok.

Ülkemizin – ve elbette tüm dünyanın – yaşlıları, onurlu bir şekilde ve iyi bakım alarak yaşlanmayı hak ediyorlar ve sağlık sektörünün, bunun gerçekleşmesi için çalışan hevesli ve başarılı gerontologlarını da hak ettikleri şekilde kucaklayacağına olan inancım derindir.

Prof. Dr. İsmail Tufan

TARİHÇE

Gerontolojiyi geliştirmek için yapmış olduğum tüm çalışmalarım, yürüttüğüm projelerimde, öğrencilerimin yanımda yer almalarına; yapılanları sadece izlemelerine değil, işin içinde katkı veren olarak bulunmalarına her zaman izin verdim. Bu şekilde, hem kişisel bakımdan gelişeceklerine, hem de iyi birer gerontolog olarak yetişeceklerine inandım. Onların fikirlerine, görüşlerine ve katkılarına değer verir, çabalarına saygı duyarım.

İşte “Vaka Okulu” kavramı da, böyle bir çalışma sırasında, o zaman doktorasını yapmakta olan, bugün Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümünde ders veren öğrencim, Araştırma Görevlisi Dr. Özlem Özgür tarafından önerildi.

Böylece, 2025 yazında gerçekleştirdiğimiz İTGE Vakıf Yaz Okulundan sonra, Kış Okulunun, bir “Kış Vaka Okulu” olarak isimlendirilmesi fikrini paylaşan Dr. Özlem Özgür’ü burada anmaktan onur duyuyorum, kendisine bu fikrin sahibi olarak teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. İsmail Tufan

TEŞEKKÜR

ITGE VAKIF KIŞ VAKA OKULU'nun gerçekleştirilmesinde emeği geçen herkese şükran duyuyoruz.

Başta, mesleklerini öğrenmeye adanmışlıklarını göstererek katılım sağlayan, soru sorarak ve yorum yaparak katkıda bulunan değerli gerontoloji bölümü öğrencilerimize olmak üzere, tüm konuşmacılarımıza, sunum yapan ve bizlerle kıymetli deneyimlerini paylaşan hocalarımıza, uzman doktorlarımıza ve gerontologlarımıza teşekkürü borç biliriz.

Bu organizasyonun gerçekleştirilmesinde emeği geçen Gökçe Çelik Açıcı'ya, Uzm. Gr. Öğr. Görevlisi Nuran Gül Borazan'a, Saliha Büyükkara'ya ve moderatör Hilal Yiğit'e takdirle teşekkür ederiz.

Gökçe Çelik Açıcı'ya, konuşmaların transkripsiyonlarını yaparak, bu raporun hazırlanmasına sunduğu destek için ayrıca şükranlarımızı sunarız.

İTGE Vakıf

Ulusal Sosyal ve Uygulamalı Gerontoloji Derneği

Nejla-Yaşar Duru Gerontoloji Merkezi

AÇILIŞ

ITGE VAKIF KIŞ VAKA OKULU, 13 Nisan 2026 Pazartesi günü, saat 18:00'de yapılan bir açılışla başladı.

Programa başlamadan önce, İstanbul Cerrahpaşa Gerontoloji Bölümü 3. sınıf öğrencisi Sevinç Ulupınar'ın ani kaybı nedeniyle başsağlığı dilekleri iletili.

Merhum Sevinç Ulupınar'ı anmak üzere sınıf arkadaşı Behiye Şirin'e söz verildi.

Behiye Şirin, İstanbul Cerrahpaşa Gerontoloji Bölümü öğretim üyeleri ve öğrencileri adına düzenlenme komitesine bu süreçte göstermiş oldukları duyarlılık ve hassasiyet için teşekkür ederek, şunları söyledi:

“Sevinç Ulupınar, bu bölüme başlarken oryantasyon sürecinde, aktif yaşanmak için bu bölümü seçtiğini söylemiş, zamanla yalnızca kendi hedeflerini değil, bizlerle kurmuş olduğu hayalleri de büyütmüştür. Yalnız bir öğrenci olarak değil; azmi, duyarlılığı ve yaşama kattığı anlam ile bölümümüzün değerlerini temsil eden özel bir birey olmuştur. Bu yolculukta birlikte yürüdüğümüz, paylaştığımız ve birlikte güç aldığımız son derece kıymetli bir deneyime dönüşmüştür. Bizler için unutulmaz üç yıl olmuştur. Ardından bıraktığı iz yalnızca anılarımızda değil, mesleki duruşumuzda da devam edecektir. Sevinç Ulupınar'ı sevgi, saygı ve derin bir özlemle anıyor, bize kattıklarını daima yaşatacağımıza yürekten inanıyoruz.”

Konuşmanın ardından, moderatör Hilal Yiğit, Sevinç'in anısını yaşatmanın bir sorumluluk olarak görüldüğünü ve bu kapsamda Prof. Dr. İsmail Tufan'ın önderliğinde, hem Necla Yaşar Duru Gerontoloji Merkezi bahçesine, hem de Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü bahçesine Sevinç Ulupınar adına ağaç dikimi gerçekleştirileceğini duyurdu.



AÇILIŞ KONUŞMALARI



Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
İç Hastalıkları A.B.D.
Geriatri ve Gerontoloji

“Bu güzel toplantıya davetiniz için başta İsmail Hocam ve diğer hocalarıma teşekkür ediyorum. Başka bir toplantım için şu an Afyon'dayım ancak en azından açılıшта sizlerle olmak istedim çünkü bu toplantılar çok kıymetli oluyor. Gerontologlar biz geriatristlerin çalışma arkadaşları. Birlikte çalışan merkezlerde geriatrist arkadaşlar da çok memnun gerontologlarla birlikte çalışıyor olmaktan. Bu toplantılar da çok verimli ve çok keyifli olacaktır. Ben geriatristler adına herkese çok teşekkür ederim. Herkese saygılarımı ve sevgilerimi iletiyorum, güzel bir toplantı olmasını diliyorum.”



Prof. Dr. Ahmet Turan Işık
İç Hastalıkları ve Geriatri Uzmanı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

“Gerontolog arkadaşlarla yaptığımız; fizyoterapist - fizik tedavi uzmanı, psikiyatrist-psikolog birlikteliği neyse, geriatrist-gerontolog birlikteliğini biz ülkemizde kurmak zorundayız. Bütün dünya bunu bu şekilde yapıyor ama biz her şeyde olduğu gibi bunda da geriden geliyoruz maalesef. Sağlık alanında gerontoloğun konumlanmasında İsmail Hoca'nın çok büyük katkıları oldu. Şu anda gerontolojinin belli bir ivme kazanıp sağlık alanında bir konumlanma yapması özellikle yaşlı bakımında bu konudaki destekçi ve işbirlikçi, ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılan geriatrik ekibin de ayrılmaz bir parçası yapılmasının İsmail Hoca tarafından Türkiye’de anlatılması akabinde gerontologların bu konuda ne kadar işleyişli olduğu, gerontologların ne kadar faal oldukları anlaşıldı. Geldiğimiz noktada gerontologlar geriatristlerden daha hızlı ivme aldı. Bu da beni mutlu ediyor. Biz her yaşlının hayatın hangi aşamasında olursa olsun, hayattaki bağımsız durumunu desteklemek için ortamlar sağlamak, yaşlanmanın yolun sonu değil de yaşlanmanın bir fırsat olduğunu göstermek adına varız. Bunu yaparken sosyal aktiviteler, günlük yaşam aktiviteleri, sağlık açısından destekçimiz gerontologlar ekibin bir parçasıdır – bir yelkenci olarak söylemek isterim – aynı yelkendeyiz. Ekip çalışması göstermek zorundayız. O yüzden bu düzenlenen toplantıların benim için çok kıymetli olduğunu sizinle paylaşmak istiyorum. İsmail Hoca ve ekibine teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Alginın yönetiminde ve insanlara anlatılmasında çok faydası oldu bu toplantıların. İnşallah bu konuda devamı da gelir. Daha sonraki toplantılarda bizim klinikten bir vaka sunarak da toplantılara katkı sunmak isterim. Hepinize saygılar sunuyorum.”



Prof. Dr. Haydar Sur

Sağlık Bakanı Danışmanı
Üsküdar Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi Kurucu Dekanı
Halk Sağlığı A.B.D.
Sağlık Yönetimi ve Sağlık Politikaları

“Gerontoloji o kadar önemli bir çalışma alanı ve meslek haline geldi ki, bunu anlatmak için sadece Türkiye’nin 2040 yılında yaşlı nüfusunun %20’yi aşacağını söylemek yeterli. DSÖ’ye göre 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %20’sini aşınca yaşlı nüfus olarak adlandırılıyor. Tamam yaşlı nüfus olsun, ne olur yani dediğimiz anda, bu nüfusun hastalıklı olduğu düşünüldüğünde bu nüfusun toplum için ekonomik olarak yük olduğu söylenebilir. Hastalanan yaşlılar geriatristlere gidiyorlar, hastanelere gidiyorlar ve gönlüm sızlayarak söylüyorum en son palyatif bakım merkezlerine gidiyorlar, daha sonra nereye gittiklerini söylemeye dilim varmıyor. Gençlik döneminde yaşlılık dönemlerine yatırım yapma basiretini gösterebilirsek yaşlılık dönemi en tatlı dönem hâline gelir. Hayatın bilgelik dönemine ulaşmışsınız ve yaşamın felsefesini anlaya anlaya yaşamaya başlarsınız. Eğer değil ise ağlamalar sızlamalar, kanserler, hipertansiyonlar... Kalp krizi geçirenler bir daha başıma gelir diye hastanenin uzak bir yerinde yaşayamaz. İnsan ömrünün ortalama olarak son 30-40 yılda ortalama yılın arttığı bir geçektir ama sağlıklı yaşamın ortalamasının artırılmadığı, hastalıklı yılların süresinin uzatıldığı bir yanlış döngü ve strateji içindeyiz. Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi 78,2 yıl iken sağlıklı geçirilen yaşam süresi ortalama 57’dir. 57’den 78’e tam 21 yıl bu insanlar ortalama hastalıklı geçiriyorlar. Bunların yaşam kalitesini ne kadar düşürdüğünü söylememize gerek yok. O halde geriatristlerin sayısını artırmak ve tıp hizmetlerini artırmak bir çözüm değil, hakemler maçta ek süreler verildiğinde rakip takım için bu hiç güzel bir şey olmaz, onlar için ızdırap artar, dişe diş hayat mücadelesinin olması, sağlıklı yaşam yıllarının artması gerekir, “hale” süresinin artırılması gerekir. Sağlığa indekslenmiş yaşam beklentisinin 57 değil de 77’ye çıkarıldığını düşünün. Ne güzel bir hayatın tadını çıkarmış olur insan. Ben bir tıp doktoruyum ama gerontoloğun önemi geriatriden daha fazladır. Halk sağlığı bakış açısıyla bunu rahatlıkla söyleyebilirim. Geriatride yaşlı hastalandığında tedavi etmek, onu ölümün pençesinden almak son çaredir. Bir başka çalışma alanıdır elbette, ama ondan öncesini yerine getirebildik mi acaba. Gerontoloji işte bu sorumluluğumuzun toplumdaki meslek haline gelmiş adıdır. Bu nedenle ben İsmail TUFAN isimli uğurlu kişiyi tanımakla, bu bilince daha kolay eriştim. Kendisi bana halk sağlığı çalışmalarında yaşlı sağlığı açısından büyük ışık tuttu. Dostum haline gelmesi ayrıca mutlu etti. Böyle ortamlara davet ettikçe elimden geldiğince katılmaya çalışacağım. Bu çalışmaları sürdürelim, ülkemizde çok ihtiyaç var. Bu güzel duygularla sizi kutluyorum, saygılarımı sunuyorum.”



Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Emin Şahin

TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi
Genel Müdür Yardımcısı

“İsmail Tufan Hocamla tanışıklığım hem sağlıklı yaş almayı hem yaşam boyu sağlık hem de yaşlılığa hazırlık konusunda ufkumu açmıştır. Hem İsmail Hocam hem de Müveddet Hoca’yla epeyce konuşuruz. Gerontologlar olarak sizleri şu açıdan takdir ediyorum, eğitiminizde bütüncül bakış açısını iyi öğreniyorsunuz. Sınırsız bir enerjiniz olduğunu görüyorum ve iş birliğine çok açıksınız. Özellikle gerontoloji anabilim dallarımız birçok sektörü bir araya getirme noktasında çok açıklar. Biz de hâlihazırda yaşlılığa hazırlık akademisi diye bir çalışma yapıyoruz, Bakanlık ve gerontoloji bilim dalları ortaklığında. Bugün genel müdürümüze sunma fırsatımız oldu. İnşallah önümüzdeki Mayıs ayında bir protokol imzasını da gerçekleştirebiliriz. Sağlığın geliştirilmesi perspektifinden bakacak olursak, sağlığın geliştirilmesinin ayrı bir genel müdürlük olarak kurulmasının temel amacı bu konudaki faaliyetlerin daha ciddi üretilmesi. Yeni dönemde Sağlık Bakanlığının sağlıklı Türkiye yüzyılındaki vizyonu, koruyan, geliştiren ve üreten sağlık modeli. Üç boyutu var. Koruyan sağlıkta zaten proaktif olarak, daha hastalıklar oluşmadan önlemeye yönelik doğrudan sağlıklı yaş almanın bir konusu. Geliştiren sunduğumuz hizmetleri nasıl daha iyi sunabiliriz, bireyin davranış değişikliğini daha sorumluluk alarak sağlamasını nasıl ortaya koyabiliriz diye bakıyoruz. Toplumun yaş alma paradigmasını dönüştürmeye çalışıyoruz. En önemli şey sağlıklı yaşam kültürünü oluşturmak ve insanlarda davranış değişikliğini teşvik edebilmek. Bunun için ortaya koyduğumuz sağlık okuryazarlığı eylem planımız var. Bir yandan çalışmalarını yürütüyoruz. Türkiye’de her 2 kişiden 1’i yetersiz okuryazarlığa sahip. Ya sağlık bilgisini arama noktasında ya da erişme ya da aşırı erişme noktasında sıkıntısı var. Ya edindiği bilgiyi anlama ve değerlendirme ya da kendi hayatında nasıl kullanacağı konusunda net değil insanlar. Bunların gerontolog olarak öneminin farkındasınızdır ama her mahalleye bir şehir hastanesi de yapsak bile bir insan sağlığının maksimum %20’sini sağlayabiliyoruz tam sağlıklılık anlamında. Bunun dışında neler bizim sağlığımızı etkiliyor; tütün kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite gibi alışkanlıklar neredeyse %40’ını belirlerken, bulduğumuz çevre, sosyal çevre, yaşadığımız mahalle, işimiz, işsizlik

durumumuz gibi birçok sosyal konular da %40'ını oluşturuyor. Dolayısıyla sağlık sadece sağlıklı yaşamın küçük bir bölümü, sağlık bakanlığının sunduğu hizmetler. O nedenle sizin gerontologlar olarak işbirliği çatınız ve bütüncül bakışınız çok kıymetli. Haydar Hocamla Sağlıklı Yaşam Strateji Belgesi çalışması içerisindeyiz. Çalışmanın son evrelerindeyiz. Bunun dört amacı, 22 hedefi ve 55 performans göstergesi olarak kurgulanmış durumda. Zamanında kurulan Numune Hastaneleri gibi Numune Şifahaneleri kurma hayalimiz var. Öyle tesisler olsun ki insanlar sağlıklı yaşamına nasıl hayatlarında pratiğe dökülebilir olduğunu gelsin burada tetkik etsin ve kendi hayatlarında yaşayabilsin diye çabalamak istiyoruz. Bu konuda her meslek dalından her profesyonelden destek görmemiz lazım ki tüm topluma yayabilelim. Bugün bir haber okudum. Türkiye'de doktoralı insan sayısı 0,17'imiş tüm nüfusa oranladığımız zaman, İsviçre'de bu sayı %14'müş, Avrupa'da ortalaması %5'miş. Bizim sunduğumuz hizmetlerde bu hizmetlerin önemini de her nefere anlatabilecek ağ mekanizması kurmamız gerekiyor. O nedenle gerontologlar bizim için çok önemli. Hep üniversite gençliği olarak geleceğe umutla bakma tarafındayız. Son dönemlerde gençliğimiz umutsuz vs deniyor. Ama eğer bu ülkeyi bu vatani seviyorsanız inanın yaptığınız her iş ülkeye bir katkı sunuyor. Türkiye'de yaşıyor olmamın belki dezavantajları çok, ama avantajı da, iyi bir şey yapmak istediğiniz zaman biz de az insanlar değiliz. Haydar Hocam, İsmail Hocam, Müveddet Hocam... Bunun gibi binler varız. Bir araya geldiğimiz zaman ise daha umutlu yarınlara geçiş yapacağımıza inanıyoruz. Teşekkür ediyorum.”

Bu noktada, Prof. Dr. İsmail TUFAN sağlanan katılımlar ve sözler için teşekkür etti:

“Kıymetli hocalarım katılımlar için teşekkür ediyorum. Ben de az önce Muş havalimanına iniş yaptım. Ucu ucuna toplantıya yetiştim. Katılımınız bizi yüreklendiriyor. Destekleriniz için teşekkür ediyorum. Gerontologlar bizlere verdiğiniz desteğin farkındalar; hem gerontologlar hem de geriatri uzmanlarımız sahada ülkemizin yaşlanma ve yaşlılık olgusuna yönelik sorunlara ellerinden geldiğince çare olacaklardır. Çağrı Hocamın bahsettiği “Yaşlılığa Hazırlık ve Ulusal Demans Programı”nın Bakanlığımız bünyesinde yer almasından büyük bir memnuniyet duyuyorum. Haydar Hocamın dediği gibi hastalıklar daha ortaya çıkmadan intervensiyon, yani müdahale, burada hem gerontologların hem de diğer disiplinlerin de fayda sağlayacaklarına inanıyorum. Teşekkür ediyorum katkı için.”



Prof. Dr. Nico de Witte

Vrije Üniversitesi, Brüksel BELÇİKA
HoGent Üniversitesi, Ghent, BELÇİKA
Gerontoloji Bölümü
Eğitim Bilimleri ve Sosyal Gerontoloji

Vrije Üniversitesi öğretim üyesi, Gerontolog, Prof. Dr. Nico de Witte, konuşmasını İngilizce olarak yaptı. Konuşmanın Türkçe'ye çevirisi Sayın F. Gülsima Ağıldere Hanımefendi tarafından şu şekilde aktarıldı:

“Değerli katılımcılar, bu akşam sizlere hitap edebiliyor olmak benim için bir onurdur. Aldığım eğitimin gereği olarak bir gerontologum ve yaşlı insanın esenlik, iyi olma durumlarına yürekten bağlıyım. Bu anlamda önümüzdeki zorluklar oldukça büyüktür. Toplam nüfus içindeki yaşlıların oranı giderek artmaktadır. Bu olgu insanlık tarihinde yeni bir fenomendir ve gelecekte de varlığını sürdürmektedir. Normal şartlarda nüfusun istikrarlı olabilmesi için kadın başına 2,1 çocuk düşmesi gerekir. Şu anda Çek Cumhuriyeti'nin başkenti Prag'da tatildeyim. Burada doğum oranı 1,18'dir. 2050 yılında dünya genelinde yaşlı nüfusun dramatik şekilde artacağı belirtilmektedir. Türkiye'de diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında henüz dramatik düzeyde yaşanan bir nüfusa sahip olmasa da gelecekte bu duruma gelecektir; bu nedenle İsmail Tufan'ın vizyoner çalışmalarına büyük bir hayranlık duyuyorum. Yaşlanmanın henüz bir sorun olarak algılanmadığı ülkede gerontolojiyi gündeme taşımak ve hak ettiği değeri almasını sağlamak takdire şayan bir davranıştır. Sizler Türkiye'de emin ellerdesiniz. Profesör İsmail Bey'i tebrik ediyorum.

Yaşlılık dönemi genellikle işitme yetisi, güç kaybı, görme yetisi kaybı gibi kayıplara odaklanan, eksiklik temalı bir hikâye gibi algılanır. Bu süreçte sıklıkla tıbbi müdahalelere başvurulmakta ve geriatri uzmanlarının bu alanda son derece başarılı işler çıkardığını da belirtmek gerekir. Yaşlanmaya sadece fiziksel açıdan bakamayız, bu insan olmanın bütüncül resmini eksik bırakmak anlamına gelir. Yaşlanma sürecine dahil bütüncül bir bakış açısına ihtiyaç var. Psikolojik değişiklikler, çevresel değişiklikler de uzman yaklaşımını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda söz konusu uzmanlar gerontologlardır. Gerontologlar yaşlanma sürecinin tüm inceliklerine hakimdirler. Bu sayede yaşlı bireylerin bizzat kendilerine hem de doktorlara ve

politika yapıcılara yaşlanma ile ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağı konusunda rehberlik edebilirler. Ve inanıyorum ki, Prof. İsmail Bey'in özverili çalışmaları sayesinde sizler Türkiye'de bu konuda son derece başarılı bir rol izliyorsunuz. Antalya ve İbradı'da çeşitli girişimleri ziyaret ettim ve geriatri ile gerontolojinin akıllarında tek bir amaçla yani yaşlanan bireylerin esenliği için nasıl birlikte çalıştıklarını kendi gözlerimle gördüm. Bunlar rekabetçi değil aksine tamamlayıcı disiplinlerdir. Üstelik birbirlerinden bir şeyler öğrenebilen disiplinlerdir ve bu çok önemlidir. Gerontolojik perspektif, çok boyutlu ve derin bir interdisipliner iş birliği gerektirir; farklı disiplinleri bir araya getirerek çözüm odaklı sonuçlara yönelir. Gerontolojik perspektif kapsamında Prof. Dr. İsmail Tufan'dan edindiğim bilgileri, gördüklerimi ve öğrendiklerimi Belçika'daki çalışmalarına entegre etmeyi gayret ediyorum. Zira bu alanda çok başarılı işlere imza attığınıza ve bizler için de Avrupa'da sizden öğrenecek çok şey olduğuna inanıyorum.

Bu vesileyle sözlerime son verirken gerontolojiyi hak ettiği konuma taşıdığı için ve ayrıca bir ilki gerçekleştirerek gerontoloji ve geriatri iş birliğini öne çıkaran bu vaka okulunu hayata geçirdiği için Prof. Dr. İsmail Tufan'ı bir kez daha tebrik ediyorum. Herkese heyecan ve keyif dolu bir akşam dilerim. Herkesin iyi yaşlanmasını temenni ediyorum. Ancak bu konuda içim rahat zira Türkiye'de emin ellerde olduğunuzu biliyorum. Teşekkür ederim. “

SUNUM ÖZETLERİ

SUNUM 1: 13 Nisan 2026 – Pazartesi

Doç. Dr. Güneş Eken ve Gr. Aslıhan Yıldırım



- **Geriatri:** Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmeti odaklı **tıbbi yaklaşım**
- **Gerontoloji:** Yaşlanmanın sosyal, toplumsal, psikolojik ve biyolojik yönlerini ele alan **biyopsikososyal yaklaşım**
- **Amaç:** Yaşlı bireyin yaşam kalitesini artırmak
- Yaşlı hastaları değerlendirmek için **multidisipliner bir ekip** gereklidir. Çünkü insan biyo-psikososyal bir canlıdır.

Sunumda, 74 yaşında bir kadın hasta vaka olarak anlatıldı. Altı çocuklu bu kadın hasta, Ankara’da eşi, çocuğu ve iki torunu ile birlikte yaşıyor. Okur-yazar, sosyal güvencesi yok, sigara ve alkol kullanımı yok.

Fiziki muayene bulguları, bilinen hastalıkları ve kullandığı ilaçlar paylaşıldı. Hasta, ateş, ishal ve dizüri ile acil kliniğine başvuruyor. Antibiyoterapi sonrası taburcu ediliyor. Devamında boyun ve göz ağrısı geliyor. Retina dekolmanı şüphesi ile değerlendiriliyor, vitrektomi uygulanıyor. Takibinde hastada akut böbrek hasarı geliyor.

Hasta, geriatri servisine yatırılıyor.

Geriatrik sendromlar açısından yapılan değerlendirmede; inkontinans, denge kayıpları, unutkanlık, uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, iştahsızlık ve yutkunmada takılma hissi belirleniyor.

Kapsamlı geriatrik değerlendirme bulguları ölçülüyor. Malnutrisyon riski, uyku düzensizliği, yutkunma zorluğu ve hafif düzeyde depresyon belirleniyor.

Yatış süresince yapılan geriatrik ve gerontolojik müdahaleler: beslenme müdahalesi, psikososyal müdahale, uyku düzenleme, fonksiyonel destek, kognitif destek.

Psikososyal müdahalede, birlikte yaşadığı çocuğunun boşanmış olduğu, yakın zamanlı görme kaybı yaşadığı, kızının cezaevinde olduğu, oğlunun geçtiğimiz bir yıl içinde MI öyküsünün olduğu, eşinin tiroid kanseri olduğu ve tedavi sürecinde problemler yaşadığı öğrenilmiştir.

Depresyonda gerontolojik yaklaşımın önemi şöyle açıklanıyor:

- Yaşlılık depresyonu ile ilgili bazı yaygın ama yanlış kanılar vardır. ‘Yaşlılık depresyona neden olur.’ kanısı örneğin doğru değildir. Bizler de yakınımızı kaybetsek ya da hastalıklardan, kazalardan dolayı bağımlı olsak depresif hissederiz.
- ‘Antidepresanlar depresyonu düzeltir.’ yargısı da örneğin tamamen doğru değildir. Antidepresanlar vücutta eksik olan katekolaminleri, hormonları düzenler ama psikososyal destek, çevrenin desteği olmadan tek başlarına yeterli değildir.
- Gerontoloji yaşlanmanın topluma etkisini de inceleyen bilim dalıdır. Depresyon sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı toplumun önündeki engellerden olan önemli bir sağlık sorunudur. Geriatri hekimleri ve Gerontologların birlikte çalışması depresyonla mücadele için de kıymetlidir.

Hastaya uyku düzenleyici etkisi olan antidepresanın yanı sıra, uyku hijyeni eğitimi verildi. Bireyselleştirilmiş fonksiyonel destek planı oluşturuldu. Enerji koruma teknikleri, güvenli mobilizasyon ve denge önerileri verildi. Takibi yapıldı, Takibin, hasta motivasyonu üzerindeki olumlu etkisi gözlemlendi.

Yatış süresince komorbiditelerin seyri izlendi.

Aile ve sosyal destek ile ilgili olarak, bakım yükünün aile içinde paylaşılması önerilerek, hastanın bağımsızlığını koruyucu yaklaşım anlatıldı. Taburculuk dönemi yaklaştıkça, hastaya ve yakınına ev içerisinde düşmeleri önleyici düzenlemeler önerildi.

(Birinci sunum sonunda soru soran veya katkıda bulunan olmamıştır.)

SUNUM 2: 14 Nisan 2026 – Salı

Doç. Dr. Esra Ateş Bulut ve Uzm. Gr. Feride Gözen



Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu (INPEA) ve DSÖ 2002 Toronto Deklerasyonu'nda **yaşlı istismarı**, “*güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir defa veya tekrarlayan şekilde gerçekleşmesi*” olarak tanımlanmıştır.

Yaşlı ihmali; Bakımla yükümlü bireylerin, yaşlının günlük gereksinmelerini karşılamaması veya yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı **alamaması** veya **yetersiz alması** olarak da tanımlanmaktadır.

Araştırmalar yaşlının istismar ve ihmale, **en fazla kendi evinde maruz kaldığını**, istismarcının ise çoğunlukla **eşi ve çocukları** olduğunu göstermektedir.

Yaşlı İstismar ve İhmali için Risk Faktörleri

	• Bağımlılık ve yetersizlik hali (sağlık sorunları, ekonomik nedenler vb),	• Kalabalık aile ortamı içerisinde yaşaması, statü ve güç kaybına uğraması,	• Dul veya boşanmış olması,
• Yalnız yaşaması ve izole olması,	• Cazip maddi kaynağının olması,	• Mental yetersizliğinin ve engelliliğinin olması,	• İleri yaşlarda (70-75 ve üzeri) olmasıdır.

Sunumda, istismarın şu dört alt grupta incelenebileceği belirtilmiştir: (i) fiziksel istismar, (ii) duygusal istismar, (iii) ekonomik istismar, (iv) cinsel istismar.

İhmal türleri de üç başlık altında toplanmıştır: (i) yakınlarının ihmali, (ii) bakım vericinin ihmali, (iii) kendi kendini ihmali.

Yaşlı ihmali gösteren fiziksel belirtiler ile duygusal/davranışsal belirtileri arasında; arkadaşlardan veya aileden izolasyon, davranış veya uykuda olağandışı değişiklikler ve normal aktivitelerden kaçılma sayılmıştır.

Yaşlı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişiler ile yaşlı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hâl ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhâl ilgili makamlara bildirmeyen kişiler hakkındaki hukuksal mevzuat ve yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi durumunda uygulanabilecek yaptırımlar/cezalar açıklanmıştır.

İhmal ve istismar durumunda, geriatrist ve gerontoloğun görevleri ayrı tablolar halinde verilmiş, ardından dört vaka ve bunlarla ilgili yapılan müdahaleler sunulmuştur.

Birinci vaka; walker ile güçlkle mobilize, HT OP ASKH KOAH hastalıkları bilinen, eş kaybından dolayı tek yaşamakta olan, okur-yazar, eğitimsiz, üç çocuklu, geriatrik depresyona yatkın, kırılgan profilde, 80 yaşında bir kadın hastadır. İhmal ve istismar açısından risk altındadır (Hwalek- Sengstock: 6). Tıbbi sosyal hizmetler konsültasyonu sağlanmıştır. Aile beyanı ve geçmiş sosyal inceleme uyumsuzluğu tespit edilmiştir.

İkinci vaka; tekerlekli sandalye ile mobilize, DM HT hastalıkları bilinen, okur yazar olmayan, birisi engelli iki çocuklu, yeğeninde barınan, geriatrik depresyona yatkın, kırılgan profilde, 71 yaşında bir kadın hastadır. İhmal ve istismar mevcuttur (Hwalek- Sengstock: 6).

Üçüncü vaka; bağımsız mobilize, okur yazar, eğitimsiz, Hashimoto tiroidi tanısı olan, inkontinans ve sık idrar yolları enfeksiyonu olan, kırılganlık öncesi dönemde, ana dili Türkçe olmayan, eşyle yaşayan, iki çocuklu, 73 yaşında bir kadın hastadır. Duygusal istismara maruzdur. Eşi ile görüşülmüş ve antidepresan tedavisine başlanmıştır. Bir ay sonrası için kontrole çağırılmıştır (GDS: 4/15).

Dördüncü vaka; sol diz altı amputasyonu nedeniyle tekerlekli sandalye ile mobilize, lise mezunu, geriatrik depresyona yatkın, bağımlılığa yatkın, kırılgan durumda, malnutrisyon riski taşıyan, SVO öyküsü bulunan, üç çocuklu 72 yaşında bir erkek hastadır. Çocuklarından ikisi ile seyrek iletişim halindedir. Diğer biri ile madde bağımlılığı nedeniyle istismara uğrama riski altında bulunduğundan iletişim kurmamaktadır. Kurum içi arkadaşlıkları iyi olup, oda arkadaşı ile uyumludur. Komşularının kendisini ara ara ziyarete geldiklerini belirtmiştir.

SUNUM 2: SORULAR, YANITLAR VE YORUMLAR

- İsmail Tufan: Kış vaka okulu büyük fayda yaratarak devam ediyor. Esra Ateş Bulut Hocama yürekten teşekkür ediyorum. Multidisipliner bakış açısı ve olaylara yaklaşımı harikulade. Gerontolog-geriatrist iş birliğini öne çıkaran çalışmalar yapıyor. Feride de bu takımın gerontologların bilgi birikimini alana uygulayan meslektaşımız olarak bugün anlatılan vakalardan inandığımız dünyanın aslında inandığımız gibi olmadığını göstermektedir. Olduğuna inandığımız, sıkça düşündüğümüz ama varlığını kanıtlayamadığımız yaşlılara şiddet, ihmal, suiistimal ve istismarın ülkemizde de var olduğunu biliyoruz ve istisna olmadığını biliyoruz. Bunun için önlemler alınması gerektiğini de düşünüyoruz. Tıbbi sosyal hizmetin görev ve sorumlulukları ile ilgili belki Gerontologların bilmek isteyecekleri hususlar olabilir. Tıbbi sosyal hizmet ne yapıyor bu süreçte, hangi görevleri yerine getiriyor?
- Feride Gözen: Öncelikle güzel sözleriniz için teşekkür ediyorum. Sizin sayenizde bu günlere geldik. Sorunuza gelecek olursam, tıbbi sosyal hizmetlere yönlendirme yaptığımızda hastanın ailesiyle iletişim kurmaya çalışılıyor ve hastanın beyanlarının doğru olup olmadığı kontrol ediliyor. Hangi ilçeye bağlıysa o ilçenin sosyal hizmetler müdürlüğüne hastanın evinde incelenmesi açısından talep yönlendiriliyor. Hastanın maddi ya da barınma gereksinimleri olduğu zaman da sadece hastayı yönlendirici hizmetleri oluyor. Tıbbi sosyal hizmetlerin bu açıdan yetkileri sınırlı. Bu yetkiler sınırlı olunca bizim de yapabileceklerimiz sınırlı oluyor.
- İsmail Tufan: Bir diğer sorum Esra Hocama, bu süreçte sizin klinikte böyle bir durumla karşılaştığınızda aile üyelerine ya da yetkili kurumlara bildirdiğinizde size karşı yani sağlık profesyonellerine karşı da bir ihmal, suiistimal, şiddet ya da buna benzer durumlar oluyor mu?
- Esra Ateş Bulut: Bu durum hasta yakınları için bizleri tedirgin ediyor. Mesela en son servise yatırdığımız hastamız için hasta kalça kırığı nedeniyle yatağa bağımlı bir hasta 84 yaşında. Yoğun bakımdan çıkarttık hastayı, aile bakmadığı için benim servisimde yara açılmaya başladı. Bu zaten bir sağlık hizmet kalitesidir, biliyorsunuz. Ekip olarak bu konuda farkındalığımız yüksek olduğu için. Bu teyzede bir türlü biz yol alamadık. Teyze ile ciddi hijyen problemleri yaşadık. Hasta yakınları ile görüştüğümüzde işte torununu bıraktık yanına, -bir kız çocuğuydu- bakıyor gibi sürekli aksi cevaplar verildi. En son sosyal hizmetler ile birlikte ASPB ilçe müdürlüğüne bildirildik. Gelip aile ile konuştular. Ailenin tepkisinden biz de tedirgin olduk, çünkü aile kalabalık bir aile. Düşündüğüm gibi olmadı. Oradaki görevli çok sert bir üslupla aileyi uyardı, aile daha uzlaşmacı, iletişime açık bir tavra girdi. Aileden akli başında bir kişi geldi, bakımı üstlendi, hastayı toparladı ve 10 gün içinde taburcu ettik. Hızlı işleyen bir mekanizmamız yok hemen hasta alındı huzurevine yatırıldı gibi. Sistemde bazı aksaklıklar var. Yine de bildirimde bulunmak çok işe yarayabiliyor. Ailenin kendisine çekidüzen vermesini sağlayabiliyor.
- İsmail Tufan: Hastasını hastaneden almayan hasta yakınları da vardır.
- Esra Ateş Bulut: Acil serviste olmuş böyle bir olay, 90 yaşında hastasını getirmiş genel durum bozukluğu nedeniyle, aile hızlıca kaçıp gitmiş, sanki bir kedi yavrusu gibi yaşlıyı bırakmış. Yaşlıda artık bunu görmeye başladık, örf ve adetlerimizde olmayan. Sosyal hizmetler çok hızlı devreye girip bu tarz vakalarda daha hızlı aksiyon alıyorlar.

- İsmail Tufan:** Ben bir örnek vermek isterim hocam. 2009 yılı 14 Şubat'ta dönemin Antalya Valisi Alaaddin Yüksel, Allah rahmet eylesin rahmetli oldu, basına bir demeç vermişti. Muratpaşa Camiine o yıl bırakılan dördüncü yaşlıydı. Demans hastasını Muratpaşa Camisine bırakıyorlar. Devlete ben bakamıyorum al sen bak dercesine. Burada ihmal, suistimal her şey var. Yaşlının kim olduğunu bilemiyorsunuz çünkü demans hastası. 1987 yılında ABD'de Indiana police 'de ilk vaka ile karşılaşmış. Adı da Granny Daddy akımı. Bu basında duyulmuş. Market girişinde ben demans hastasıyım diye yaşlının boynuna bir plaket asıyorlar, sonra hasta yakınları kayboluyor. Bunun ABD'de artmasında bu akım Gerontoloji alanına Granny Daddy olarak yansıdı. Şiddet, ihmal ve suistimal ülkemizde çok iyi tahlil edilmesi gerekiyor. 15 Haziran için USUGDER olarak parlamentoya başvuru yaptık ülkemizde de bir farkındalık günü olması için. Kutlanacak demeyelim, toplum katmanını bilgilendirme açısından fark yaratacağını düşünüyorum. Sunumlarınız için teşekkür ederim.
- Büşra Nur Polat:** Vaka 2 ile ilgili soru sormak istiyorum. Yaşlının kendi kararına saygı duyma yani otonomi ilkesi ile onu koruma yükümlülüğü arasındaki ince çizgiyi nasıl belirlememiz gerekiyor? Tıbbi sosyal hizmetin müdahale sınırı ile daha kötü sonuçlarla karşılama ihtimaline karşı yaşlıyı nasıl koruyabiliriz? Bununla ilgili bir takip mekanizması var mı? Gerontolog bu çalışmada nasıl ikilemler yaşayabilir?
- Feride Gözen:** Bu vakada ben ikilem yaşadığımı ifade etmek isterim. Hem yaşlının zarar gördüğüne şahit oluyorum bir yandan da hastanın kendi beyanı var. Beyanı dışında kognitif anlamda kendini ifade edecek durumunu da hesaba kattığımızda, özgür kararlarını verebilecek sağlıkta olduğunu ölçeklerle kanıtladığımız zaman, şöyle durumlar ortaya çıkabilir diye düşünüyoruz. Hasta ilerde çocuğuna yönelik herhangi bir tıbbi sosyal hizmetler ya da hukuki girişimde bulunmamız halinde kendi beyanını değiştirip hukuki mercilere böyle bir beyanda bulunmadım savunmasında bulunabilir. Hastanın isteği dışında müdahale etmem konusunda çekincelerimiz oluyor.
- Zeynep Çolak:** Hasta bireyin takip süreci nasıl işliyor ve ne sıklıkla oluyor?
- Esra Ateş Bulut:** Altta yatan duruma göre takibe karar veriyoruz ve hastanın uyumuna göre. Bazen hasta bize gelmiş oluyor kayıt tutulmuş oluyor ancak hasta bize tekrar gelmiyor. Ama istismar durumlarında, aileden de teyit alınarak, evine de en az bir kere ziyaret sağlanıyor.
- Havva Nisa Parlak:** Vakalarda sosyal hizmetlere bildirim yapıldıktan sonra bazen sürecin takibi zorlaşıyor. Bu kopukluğu gidermek veya takip sürecini etkin kılmak için hastanede nasıl bir model uygulanabilir veya uygulanıyor mu?
- Feride Gözen:** Etkin bir şekilde uygulandığını söyleyemeyiz. Biraz bizim peşine düşmemiz biraz da sosyal hizmetlerin bu anlamda bilinçli olması gerekiyor.
- Ünzile Kaya:** Daha çok poliklinik esaslı çalıştığınızı söylediniz. Servislerde ihmalden kaynaklı geri yatışların oranı ne durumda?
- Esra Ateş Bulut:** İstatistiğini tutmak zor çünkü bildirim sisteminin olması lazım. Her ekibin de bu konuyla ilgili farkındalığı aynı olmayabiliyor. Ortopediye düşme vakaları geliyor ya da beyin cerrahisine kafa travmaları geliyor. Bunlar önce akla gelmeli zaten. Önce bunlar sorgulanmalı, o gözle hastayı ve hasta yakınlarını değerlendirmeli sağlık personelleri. Her birim bu farkındalığa sahip olmayabiliyor.
- Ünzile Kaya:** Peki nereden başlamak gerekiyor bu farkındalığı yaratmak için?

Esra Ateş Bulut: Küçük küçük kendi mikro çevrelerimizden başlamak lazım. Az önce İsmail Hocanın bahsettiği şey, 15 Haziran, aslında çok kıymetli bir şey. Mesela yaşlı haftamız var. Herkes biriminde yaşlılara olan saygı ve iletişimle ilgili, onlara kıymet verdiğimizle ilgili organizasyonlar yapıyoruz. Bunlarla ekiplerin farkındalığını ve bilinçliliğini artırabiliriz. Damla damla olur bunlar ama dalga etkisiyle yayılır.

İsmail Tufan: Şöyle bir durum var. Yaşlılara yönelik şiddetten söz ediyoruz burada. Bizim bu alanda çalışan uzmanlarımızın dışında toplumun geneline aslında yaşlılara yönelik şiddet ile ne ifade ettiğimizi kesin olarak ifade edemiyoruz. Acaba yaşlılara yönelik şiddet şu anlamlara mı geliyor: yaşlılar üzerinde güç kurma, baskı kurma, hakimiyet kurma, salahiyet sahibi olma, yaşlılar üzerinde velayet sahibi olma. Burada şiddet her kim tarafından uygulanıyorsa şiddet bir eylem olarak kabul edilirse kuvvet, kudret, iktidar, otorite, egemenlik, yetki, vesayet, zorlama, zor kullanma gibi çeşitli anlamlar da ortaya çıkıyor. Gerontopsikologların özellikle Andreas Kruse'nin şiddetle ilgili tanımı, bunun dışında Paul Baltes'in tanımları bir kişinin kendi isteği dışında bir şey yapmaya zorlanması olarak ifade ediliyor. Özellikle sosyomekansal paylaşım fırsat alanlarının tek taraflı girişimlerle kısıtlandığı veya engellendiği yapılarda veya yerlerde yapısal şiddeti daha fazla görüyoruz. Bunun bir boyutu huzurevleri, diğer boyutu özel bakım evleri, haneler... Yaşlının bulunduğu her yer, iletişimde bulunduğu herkes, bulunduğu tüm mecraları içeriyor. İçinde çok fazla anlam ifade eden tanımları içerdiğini düşünüyorum. Ülkemizde disiplinler arası bakış açısıyla yaşlılara yönelik şiddet komisyonunun kurulması ve araştırılması gerekiyor. Kaç yaşlımız ruhsal ve zihinsel travmalar yaşıyor, yılda kaç yaşlımız şiddet nedeniyle vefat ediyor, kaç yaşlıda hasarlar bırakıyor? Bunların hepsinin veri tabanında olması gerekiyor. Sizin yaptığınız çalışmalar bu alanda ufuk açıcı.

Gökçe Çelik Açıcı: Yaşlanma ve yaşlılıkta ihmal istismar konularında aile ve sosyal hizmetler bakanlığı ve sağlık bakanlığının iş birliği içerisinde çalışmasını vurgulamak istiyorum. Ben de sosyal hizmetler tarafında çalıştığım için bunun önemini vurgulamak istedim. Yaşlılıkta ihmal ve istismarı tespit etmek çok zor. Testler doğru çalışmayabiliyor, kişinin bilişsel bozuklukları olabiliyor hem tıbbi açıdan hem de sosyal hizmetler açıdan çok yönlü düşünmek ve değerlendirmek gerekiyor. Hastanelerdeki sosyal hizmetler birimler bakım hizmetlerini başlatma konusunda önemli bir noktaya sahipler ancak sonrasında alacağı hizmetin belirlenmesi ve takibin yapılması aile ve sosyal hizmetler alanına giriyor. İlk değerlendirmeyi tıbbi sosyal hizmetler birimi yaptığı için sizin tarafınızdan verilecek önemli bilgiler sosyal hizmetler açısından değerli oluyor. Verilecek bilgilere göre rapor hazırlama süreçleri başlıyor. İki kurumu da yaşlının yaşam kalitesi ve bakımı için birlikte çalışmaları önemlidir. İsmail Hocanın Granny Daddy olarak vurguladığı olguya da ekleme yapmak istiyorum. Türkiye'de artan bir şekilde görüyoruz bu olguyu. Bunun nedeni bürokrasi süreçlerini atlamak, mevzuat hükümlerinin yerine getirilmesi süresini kısaltmak amacıyla, bu sürecin hızlı işlenmesini isteyen hasta yakınları yaşlılarını kimsesiz gibi bırakarak, ki sosyal hizmet çalışanları hızlıca bir değerlendirme yapıp barınma amacıyla hızlıca bir valilik onayı alarak yerleştirme işlemi yapsınlar diye. Aileler artık bakım hizmetlerinin hızlıca işlenmesi amacıyla bu yöntemi kullanıyorlar.

SUNUM 3: 15 Nisan 2026 – Çarşamba

Uzm. Dr. İbrahim İleri ve Uzm. Gr. Kübra Özden



Yaşlanma ancak biyolojik, psikolojik boyutları birlikte göz önüne alındığı takdirde anlaşılacak karmaşık bir olgudur (Tufan, 2016). İnsan hayatı boyunca içinde yaşadığı sosyal sistemin koşulları altında kendisi ve çevresi arasında en iyi uyumu sağlamanın ve bağımsızlığını en üst düzeye çıkarmanın uğraşını verir (Martin ve Kliegel, 2005, akt. Tufan, 2016).

Sunumda, multidisipliner çalışmanın önemi vurgulandı.

Ordu'da yaşayan yaşlı nüfus ile ilgili istatistikler sunuldu: Ordu'da yaklaşık her 6 kişiden biri 65 yaş ve üzeridir. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından yayımlanan en güncel "İstatistiklerle Yaşlılar 2025" raporuna göre Türkiye'de yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) oranı %11,1'e yükselmiştir. 2025 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre Ordu'da 65 yaş ve üzeri nüfus 132.113 kişi olup, toplam nüfus içindeki yaşlı oranı %17,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranla Ordu, Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yaşlı nüfus oranı Türkiye ortalamasının üzerinde olan ve nüfusu hızla yaşlanan iller arasında yer almaktadır.

Ardından, geriatri hekimlerinin ilgilendiği alanlar, kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bileşenleri, kapsamlı geriatrik değerlendirmede kullanılan ölçekler ve gerontologların görevleri açıklandı.

Hastanede yapılan bilişsel egzersizlerin önemi şu şekilde açıklandı: Bilişsel egzersizler, beynin sinaptik bağlantılarını güçlendiren ve bilişsel rezervi artıran "zihinsel antrenmanlar" olarak tanımlanır. Bu egzersizler sadece bulmaca çözmek değil; yeni bir beceri öğrenmek, problem çözme stratejileri geliştirmek ve karmaşık uyaranlara yanıt vermeyi içeren sistematik süreçlerdir (Gates & Valenzuela, 2010). Bilişsel egzersizler, yaşlı yetişkinlerde zihinsel fonksiyonların korunmasında ve demans riskinin azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır (Gates & Valenzuela, 2010).

Sunulan vaka, 88 yaşında bir kadın hastadır. Ordu'nun Kökenli mahallesinde yalnız yaşamaktadır. Oğlu İstanbul'da, kızları Ordu'dadır (Yakın zamanda 59 yaşındaki kızını kaybetmiştir). Emekli maaşı ile geçinmektedir. Vertigo şikayeti ile başvurmuştur. Düşmelerinin sık olduğundan yakınmaktadır. Hasta inkontinans sorunu için ilaç kullanmaktadır. Hastada tremor mevcuttur. Eskiden İstanbul'da yaşamakta iken 11 yıldır Ordu'da ikamet etmektedir. 10 sene önce 1 ay akıl hastanesinde yattığını anlatmıştır. Psikiyatri ilacı kullanmaktadır. Hasta, ayrıca tansiyon hastasıdır, MND'si normaldir. Gastrit şikayeti mevcuttur.

Hastanın hastalıkları, kullandığı ilaçlar, mini mental testi sonuçları, beyin MRG incelemesi sonuçları, mini COG testi sonuçları, Lawton ve Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçekleri, klinik kırılgeçlilik ölçeğı, geriatrik depresyon ölçeğı paylaşıldı.

Yaşlılıkta dijitalleşmenin önemi anlatıldı (adım sayar, yapay zeka uygulamaları, telefonda kelime oyunları, görüntülü görüşme konularında destek, MHRS uygulamasının öğretilmesi).

Bilişsel egzersize gelen hastaların görüşleri paylaşıldı:

“Kübra hanım, burası bizim ikinci evimiz oldu.” (80 yaş üzeri kadın)

“Sizinle yaptığımız etkinlikler hayal gücümü genişletti.” (80 yaş üzeri erkek)

“Önceleri hiç dışarı çıkamazdım, yürümeye mecalim yoktu. Size gelmeye başladıktan sonra ayaklandım, geziyorum.” (88 yaşında kadın)

Eşyle beraber gelen iki danışanın, verilen ev ödevi sonucunda penguinlerin aile yaşantısı ve sosyallik konusunda insanlardan daha ileride olduğunu ifade ettikleri; birisinin iyi olan bilişsel durumu daha iyi hale gelirken, diğerinin bilişsel durumunun düzeldiğı ifade edildi.

SUNUM 3: SORULAR, YANITLAR VE YORUMLAR

- Melike Kurt: Hastanenin farklı bölümlerinde kalan yaşlılarla iletişim kurabiliyor musunuz? Bir de deliryum vakası ile daha önce karşılaştınız mı?
- Kübra Özden: Deliryum vakası ile Geriatri hekimimizle hiç denk gelmedik. Palyatif biriminde yatan hastalara gerontolojik destek istiyoruz dediklerinde gidip fayda sağladığımız kısımlar oldu. Ama çok servisler benim şu anda çalışma alanım değil. Şu anda poliklinik yapıyorum. İhtiyaç olduğunda gidiyorum. Yapılan testler çok uzun sürüyor. En yakın günümüzdeki hasta sayım 15-16. Bazı günler 30 hastayı buluyor.
- Derya Köroğlu: Gerontologlar Günündeki TV sunumunuzu izledik. Çok gurur duyduk. Benim sorum şöyle. Hastanede düzenli takibi sağlamak nasıl mümkün oldu, her vakada bu düzenli başarılabiliyor mi? Gelmeyen hastalara nasıl iletişim kuruyorsunuz?
- Kübra Özden: Gelmeyen hastaları telefonla arıyorum. Bana zaten yoğunsun neden bu kadar uğraşıyorsun diyorlar. İsmail Hocamız öyle bir şey aşlamış ki bize, diğer hocalarımız da öyle, işe başladığımda gerontolojiyi yaymam lazım diye meslek aşkıyla tutuşuyordum. Bütün hastalarda iyileşme gördüm. Görmediğim olmadı. O yüzden kıymetli.
- Hacer Akülkü: Birkaç sorum olacak. Birincisi, ilk etapta hastalara ulaşmak için ve mesleğini tanıtmak için ekstra çaba göstermişsiniz. Geriatriден size yönlendirilen hastalarla bağ kurularak bir havuz oluşturmuşsunuz. Geriatri uzmanlarının yanında psikiyatri ve nörolojinin yönlendirdiği hastalarla etkileşimin daha kısıtlı olduğunu bahsettiniz. Sizce neden böyle bir sorun olmuş olabilir?
- Kübra Özden: Bu birimler çok yoğun çalışıyor. Heyet hastalarını da bana yollamak istiyorlar. Hepsini birden bana yollayınca fazla hasta yoğunluğu oluyor. Uzun uzun inceleyemiyoruz. Yaşam Polikliniğinde farklı ekip arkadaşlarıyla çalışıyorum. İmkân ile de alakalı. Tek gerontolog olarak çalışmaktan da kaynaklı.
- Hacer Akülkü: İkinci sorum geriatristlerle birlikte hasta üzerinde tanımlar koyarak tedavi sürecine gidiliyor. Bilişsel egzersiz gerekli görülürse kendinize yönlendiriyorsunuz. İş birliği ile ilgili fikir almak istiyorum. Gerontoloji son 10 yıldır kendini göstermeye başlayan bir meslek grubu. Yaşlılık konusu birçok alan birbiri ile bağlantılı. Bu bahsettiğiniz testleri başka meslek grubuyla iş birliği ile yapılması mümkün olmaz mı? İlla ki gerontologlar mı uygulamalı bu testleri?
- Kübra Özden: Bu testleri gerontolog uygular diye bir ibare yok zaten. Psikologlar da yapıyor. Ama bizim hastanede gerontolog olarak geriatrik testleri yaşlanma uzmanı olarak benim yapmam daha uygun oluyor.
- Kerem Topsakal: Sizin de dediğiniz gibi nöroplastisite kavramı yaşlı bireyler için çok önemli. Gelişen teknoloji karşısında yaşlı bireylerin buna entegre olması karşılaşılan bir zorluk. Benim sorum bunun üzerinedir. Uygulamalar ve sizin yaptırdığınız bilişsel egzersizleri karşılaştırsak plastisite kavramı üzerinden hangisi daha iyi bireyler için?
- Kübra Özden: İkisi de önemli. Dijitallik şu açıdan önemli, yaşlının etiketlenmesini ortadan kaldırıyor. Şu yaşlı profilini düşünelim; görüntülü görüşmesini yapabiliyor,

hastaneden randevusunu alabiliyor, o zaman o yaşlıya toplumun bakış açısı da değişiyor. Yeterliliği olan yaşlı oluyor. Biz gerontologlar olarak yaşlının olabildiğince bağımsızlığını sürdürmesi için mücadele veriyoruz. Bilişsel egzersizlerde de dijital eğitimlerde de bu açıdan fayda görüyoruz.

Havva Nisa Parlak: Standart materyaller bittiğinden hastaya okuma yazma öğrettiğinizi söylediniz. Literatürde yeni beceriler öğrenmenin demans riskini azalttığı biliniyor. İleri yaşamda hastanın okuma yazma gibi temel beceri öğrenmesinin hastanın günlük yaşam aktivitelerine özgüvenine yansması hakkında neler gözlemlediniz?

Kübra Özden: En basit olarak saat çizme testinde sayıları yazamayan hasta sayıları yazdı ve özgüveni çok arttı. Uzun zaman sonra görüştüğümüzde bana 'ben artık eskisinden çok daha iyi okuyabiliyorum' dedi. Yazıları okuyarak gidebileceği yerleri kendisi bulabiliyor. Ben sıfırdan öğretmedim ama okumasını teşvik ettim diyebilirim. Bu hasta 88 yaşında, artık öğrensem ne öğrenmesem ne algısını da üzerinden attı.

Meryem Çiçek: Modern tıp artık insanı neredeyse 90 yıl yaşıyor. Yalnız modern toplum zihni insanı 70'inden sonra sosyal izolasyon altına alıyor ve toplumdan uzaklaştırıyor. Gerontologlar bu aradaki 20 yıllık uçurumu nasıl kapatır?

Kübra Özden: Burada yaş algısı çok önemli. Yaşlı kendi bağımsızlığını sürdürdüğü zaman, kendi yeterliliği sürdürebildiği zaman kendine özgüveni geliyor ve toplumdan geri çekilmiyor. Böyle durumda yaşlı etiketi ortadan kalkıyor. Hastanemize gelen yaşlı ben yaşlı değilim ki diyor 90 yaşında. Ama yaşlı kendine güveniyor, dimdik yürüyor. Hastalıkları var ancak bununla baş edebiliyor. Bunu nasıl sağlıyor, bilişsel durum. Bilişsel durumu ne kadar iyiye yaşlı o kadar bağımsızlığını koruyabiliyor.

Nefise Çelebi: Bazı hastaların eşleri ile sorunları olabildiğini söylediniz. Bu durumda gerontologlar aile ilişkilerine müdahale edebiliyorlar mı?

Kübra Özden: Aile ilişkilerine çok müdahale edemiyoruz. Ataerkil bir toplumuz, özellikle kırsal kesimde bunu görüyoruz. Buna yapabileceğimiz destek, eşi onu bastırmış ya, kendi bağımsızlığını nasıl koruyabilir, kendi için nasıl iyi şeyler yapabilir buna katkı sağlayabiliyoruz. Yaşlıya kendi özgüvenini kazandırmaya çalışıyoruz.

Nisa Sıla Oğuz: Hastaların ailesi ile iletişimi nasıl sağlıyorsunuz, aile genel olarak yaşlıya destek gösteriyor mu? Ya da siz onlara destek sağlıyor musunuz?

Kübra Özden: Ben hasta yakınına da alıyorum görüşmeye, hastaya nasıl davrandığını gözlemliyorum. Ona göre iletişim kurup tavsiyeler veriyorum. Çalıştığım yerde, Ordu'da, yaşlıya hürmet gösteriyorlar ancak şöyle yapıyorlar, o benim annemdir babamdır ben onu yormayayım diyerek kötülük yapabiliyorlar. Ben de mümkün olduğunca yapabildikleri sürece devam etmeleri için aile yakınlarına rehberlik sağlıyorum.

Zeynep Çolak: Hastanede gerontolojik bakış açınızı değiştiren bir vaka yaşadınız mı?

Kübra Özden: Multidisipliner çalıştığımız için bizim gördüğümüz hastaları geriatri hekimlerimiz ya da nöroloji hekimlerimiz de görüyor. Bütüncül değerlendiriyoruz. Burada yaptığımız bilişsel egzersizler sonucunda Nöroloji

uzmanlarımızdan hastanın buradaki faaliyetleri bırakmaması yönünde tavsiyeler alıyoruz. Hem hastalar hem hekimlerimiz çok memnun. Hastaya faydalı oldukça gerontologların görünürlüğü de artıyor.

Azra Işık: Anlattığınız vakada hastanın 59 yaşında kızını kaybetme gibi ağır depresyon süreci olduğundan bahsettiniz. Minimental puanının da 22'den 27'ye çıktığından bahsettiniz. Bu artış bilişsel egzersizlerin direkt etkisi mi, yoksa sizin egzersiz sırasında sunduğunuz sosyal temas mı? Bunun arasındaki farkı nasıl ayırt edebiliyorsunuz?

Kübra Özden: Literatüre bakınca bilişsel egzersiz faydalı ama benim hastalarımda gördüğüm kadar uçuk değerler görmemiştim. Biz gerontologlar olarak bu sosyal teması sağladığımız için çok boyutlu bir süreç. Hastanın hayatı değişiyor, kendine güveni artıyor. O hasta hiç yerinden kalkamayan bir hasta idi. Hem tıbbi hem de bilişsel egzersizler sonucu çok fayda sağlıyor. Bunun ayrımını yapamıyoruz ama sonuca bakıyoruz. Fayda sağlıyor mu sağlıyor. Bu da mesleki doyumu sağlıyor.

Burak Alçınar: Bilişsel egzersiz dışında fiziksel egzersiz için fizyoterapist ile iş birliği yapılıyor mu? Hastalar geriatri biriminden size mi yönlendiriliyor yoksa direkt gelebiliyorlar mı?"

Kübra Özden: Bizim hastanede bu iş birliği dolaylı yoldan oluyor. Fizik tedavinin ayrı bir binası var. Biz tavsiye olarak veriyoruz. Hastaları hekimlerimiz yönlendiriyor. Ama duyum üzerine burada bir gerontolog varmış deyip direkt gelen hastalar da var. Geriatri hekimi istediği testlerle birlikte bize yönlendiriyor. Biz testleri yapıyoruz, raporluyoruz. Daha sonra hekimimiz değerlendiriyor. İhtiyacı varsa bilişsel egzersiz planlıyoruz.

Seher Öz: Mobilitesi kısıtlı olan hastalar için evde sağlık birimi ile koordinasyonunuz var mı?

Kübra Özden: Hastanemizde evde sağlık birimi aktif çalışıyor. Ben de ilk atandığımda palyatif birimde çalışmam kararlaştırıldı. Fakat orada sınırlı çalışırım diye belirttim. Şu anda çalıştığım Yaşam birimi evde sağlık ile bağlantılı. Evde sağlık evlere gidiyor, biz ayaktan hasta alıyoruz. Şu anda evlere gitme durumum yok.

Elif Buse Demir: Anlattığınız vakada kardeş rekabetinden bahsettiniz. Erken yaştaki ilişkisel örüntülerin ileri yaşta yeniden üretildiği kardeş rekabeti gibi durumlarda kişinin benlik bütünlüğünü desteklemek amacıyla mevcut ilişkisel dinamiği dönüştürme gerekliliği arasında ortaya çıkan müdahale ikilemini gerontolog olarak nasıl yönettiniz?

Kübra Özden: Tatlı bir rekabet vardı aralarında birbirlerini çok seviyorlardı. Onların etkinliği daha güzel geçiyordu. Bu tatlı rekabet onları geliştiriyordu, zihinlerini açıyordu. Olumsuz bir durum olmadı.

Programın ilerleyen aşamasında Gökçe Çelik Açıcı'ya söz verildi.

Gökçe Çelik Açıcı: Aile ve Sosyal Hizmetlerde çalışıyorum. Program kapsamında hastanede çalışan gerontologları konuşuyoruz ama bu haber özelde benim için genelde de tüm Gerontoloji alanı için önemli bir haber. İsmail Hocamız da benim duyurmamı istedi, çok onore oldum. İlk atandığımda huzurevine atandım ve huzurevi yönetmeliğinde gerontolog geçmiyordu, zaten çok eski bir

yönetmelik. Gerontolog olarak ne gibi görevlerde bulunacağımıyla ilgili sorunlar yaşamıştım. Bugün vereceğim haber daha sonra ASHB bünyesinde açılacak kadrolar için önemli bir adım. Uzun zamandır huzurevleri yönetmeliği ile ilgili çalışmalar sürüyordu. Bugün İsmail Hocamız bana huzurevleri yönetmeliğinin son halini gönderdi. Mesleğimizin ismini orada görmek, görev tanımlarının açık bir şekilde yer aldığını görmek çok güzel. Huzurevi hizmetinden yararlanacak yaşlılar için de geniş bir tanımlanma yapılmış. Çok güzel bir haber. Detaylar için İsmail Hocamıza sözü vermek istiyorum.

İsmail Tufan:

Teşekkür ediyorum. Kübra Hocama ve İbrahim Hocama bu işbirliği ve alandaki deneyimlerini paylaştıkları için teşekkür ediyorum. Bu iş birliklerinin ülkemizin her yöresinde artarak devam etmesi temennimiz. Evet haber dün geldi. Uzun zamandan beri arzu ettiğimiz, bakanlıktaki temaslarımız süresince olmasını istediğimiz. Huzurevindeki hizmetlerin gerontolog olmadan yürütülmesinin fayda getirmeyeceğini söyledik. Diğer disiplinlerin de bu süreçte bu işbirliğini desteklemesi gerektiğini söyledik. Birçok disiplin vardı ama nedense Gerontolog üstünlüğü ifade edilmişti. İsterse çalıştırabilir gibi, çünkü meslek tanımı yapılmamıştı. Bürokratlarımız getirdiğimiz önerileri kamu yönetimi çerçevesinde değerlendirerek nihayet yönetmeliğe çevirdiler ve cumhurbaşkanımızın imzasına sundular. Yakın zamanda imzalandıktan sonra resmi gazetede yayımlanacak. Bu girişimin sonucunda bizim aile ve sosyal politikalar bakanlığında temsil edilme şansımız artacak, açılacak kadroların sayısı artacak. Hepimize hayırlı uğurlu olsun. Bu Gerontoloji alanında çalışan hocalarımızın gayretleri ile oldu. Ahmet Akgül'ün destekleri hala bizimle, kendisine gıyabında teşekkür ediyorum. Dr. Müveddet Bayraktar'a teşekkür ediyorum, Sağlık Bakanlığında bizim temsilcimiz oldu. Sağlık Bakanlığındaki tüm kamu yöneticilerine teşekkür ediyorum. En büyük teşekkürüm Gerontoloji ve geriatri iş birliğini önemseyen geriatri alanından gelen meslektaşlarımızın gerontolojiye olan teveccühlerinden dolayı kendilerine çok teşekkür ediyorum. Henry Ford'un sözü ile noktalamak istiyorum. Birlikte çalışmak ayrı ayrı çalışmaktan daha iyidir. Çünkü başarıyı paylaşmak başarının en büyük ödülüdür. Ayrı ayrı çalışmak başarıyı şüphesiz getirebilir ancak ekip olarak çalışmak sürdürülebilirliği ve kalıcı başarıyı elde etmeye olanak sağlar. Biz burada Pazartesi gününden beri örneklerini görüyoruz ve mutlu oluyoruz bu iş birliğinden. Özellikle kompleks sorunlarla başa çıkmak için iş birliği şarttır. Bugün burada iki disiplinin birbirine komşu, birbirini tamamlayan yapılara sahip olsa da günümüzde değişen toplumsal yapılar var. Bunlar bu iş birliklerini derinleştirmeyi zorunlu kılıyor. Bu programa katılan hocalarıma teşekkür ediyorum.

SUNUM 4: 16 Nisan 2026 – Perşembe

Doç. Dr. Büşra Sümeyye Arıca Polat, Gr. Eda Sarıtaş ve Gr. Büşra Börekçi Dönmez



Çalışma sistemi ve klinik süreç:

- Hastalar demans polikliniğinden yönlendirilmektedir.
- Nörolog tarafından ön değerlendirme ve muayene yapılmaktadır.
- Uygulanacak ölçekler nörolog tarafından, klinik ihtiyaca göre belirlenmektedir.
- Gerontologlar tarafından ölçekler uygulanmakta ve eş zamanlı klinik gözlem yapılmaktadır.
- Süreçte hem test sonuçları hem de günlük yaşam aktiviteleri birlikte değerlendirilmektedir.
- Değerlendirme bulgularına göre hastalara ev tipi fiziksel-bilişsel egzersizler, uyku hijyeni düzenlemeleri, beslenme biçimi (akdeniz tipi diyet), demans hasta yakını bilgilendirme rehberi, sosyal haklar vb. hakkında destekleyici sözlü ve yazılı bilgilendirmeler yapılmaktadır.

Sunumda, kognitif rehabilitasyon için multidisipliner yönetim açıklandı:

- Nörolog tarafından planlanan
- Gerontologlar tarafından yürütülen
- Bilgisayar destekli kognitif rehabilitasyon programı
- Haftada 3 gün / 45 dk
- 3 aylık düzenli takip
- İlgili kognitif rehabilitasyon programı bellek, kavramlaştırma, görsel, dikkat ve konsantrasyon, mantık ve muhakeme becerilerinde seviye tespit edici ve geliştirici egzersizler içermektedir.

Bu sunumda, iki vaka sunuldu:

Birinci vaka, iki yıldır giderek şiddetlenen unutkanlık ve dikkat eksikliği ile kliniğe başvuran, mobil, bağımsız, evli, iki çocuklu, eşi ile yaşayan, 73 yaşında bir erkek hastadır. Hastanın demografik ve klinik özellikleri, nörolojik değerlendirme bulguları, fonksiyonel durumu, kognitif değerlendirme sonuçları, gerontolojik değerlendirme sonuçları paylaşılarak, yapılan

multidisipliner değerlendirme ortaya konmuştur. Hastanın bilinen hastalıkları, Alzheimer, malign melanomdur. Nörolojik açıdan, kognitif bozulma mevcuttur ve görüntüleme bulguları nörodejeneratif süreci destekler niteliktedir. Kognitif değerlendirme sonucu, kognitif rehabilitasyon sürecinde yürütücü işlevler ve dil alanında iyileşme olduğunu; buna karşın bellek ve yönelim alanlarında gerilemenin devam ettiğini göstermektedir. Gerontolojik değerlendirme sonuçlarına göre tespit edilenler: Günlük aktiviteler için yoğun not alma ihtiyacı, basit işler için bile alarm kurma davranışı, yol bulma için yazılı yönlendirmelere bağımlılık, yakın geçmişi hatırlayamama, tekrarlayan konuşmalar, hatırlama konusunda eşe bağımlılık, mekânsal karışıklık (oda bulamama), geçmişte yaşadığı travmatik olayları anlatma konusunda şiddetli perseverasyon, hasta kognitif rehabilitasyon programını henüz tamamlamamış olup özellikle görsel anımsama, görsel dikkat gibi visual alanlarda zorlanma, süreç içindeki gözlemler neticesinde, hastada renk körlüğü fark edildi, Geriatrik Depresyon Ölçeği (Kısa form): 3/15 “depresyon yok”.

İkinci vaka, yaklaşık iki yıldır süren unutkanlık nedeniyle kliniğe başvuran, mobil, günlük yaşam etkinlikleri korunmuş, kuzeni ile evli, iki çocuklu, 70 yaşında, emekli fen bilgisi öğretmeni bir kadın hastadır. Hastada ve eşinde de, konuşmada tutulmalar gözlenmiştir. Nörolojik muayene notları, nörolojik değerlendirme, fonksiyonel durum, kognitif değerlendirme, gerontolojik değerlendirme, rehabilitasyon sürecinde gözlenen dil bulguları, Gülhane Afazi Testi-2 sonuçları ve rehabilitasyonun psikososyal etkileri paylaşıldı. Kognitif değerlendirme sonuçları, kognitif rehabilitasyon sürecinde oryantasyon ve dikkat-hesaplama alanında iyileşme olduğu; buna karşın diğer alanlarda durumun korunduğunu göstermektedir. Gerontolojik değerlendirme sonuçlarına göre tespit edilenler: Nesneleri adlandıramama, daha önce bilinen kelimeleri tanıyamama, koşullu ve kompleks ifadeleri anlamada güçlük, sık tekrar eden konuşmalar, aynı olayları tekrar anlatma, isim hatırlamada güçlük, önceden yapılan aktiviteleri sürdürememe (bulmaca, sudoku), ilgi ve motivasyon kaybı, hastanın kognitif rehabilitasyon süreci devam etmekte olup, kavramlaştırma, kelime bulma, mantık ve muhakeme alanlarında yapılan egzersizlerde zorlandığı görülmektedir, hastada belirgin şekilde dil baskın kognitif bozulma dikkat çekmektedir, Geriatrik Depresyon Ölçeği (Kısa form): 3/15 “depresyon yok”.

Rehabilitasyonun psikososyal etkileri açısından, bu vaka, kognitif rehabilitasyonun yalnızca kognitif değil, aynı zamanda psikososyal alanlarda da olumlu etkiler sağlayabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, incelenen bu vakalar, hastalarının hem nörolojik açıdan hem de fonksiyonel, davranışsal ve sosyal yönleriyle birlikte ele alınması gerektiğini ve bu süreçte gerontolog–nörolog iş birliğinin tanı ve hastalığın yönetiminde belirleyici rol oynadığını göstermektedir.

SUNUM 4: SORULAR, YANITLAR VE YORUMLAR

Elif Eylül Kaçan: Vaka 1’de hastanın hem ablasında hem de babasında Alzheimer varmış. Bu genetikle birlikte hastanın işitme cihazını reddetmesi hastalığın ilerlemesini nasıl etkileyebilir?

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Genetik olarak birinci derece akrabaların birden fazlasında AH tanısı varsa riski artıyor ancak bizim vakamız 73 yaşında olduğundan familiar Alzheimer olmadığını düşündük çünkü genetik unsurlar daha erken yaşta başlamasına sebep oluyor. Ancak genetik olarak riskini arttığını söyleyebiliriz. İşitme kaybı önemli, hatta AH oluşumu için direkt risk faktörü. AH’ye eşlik eden işitme kaybı hastalığın artmasına sebep oluyor. İşitme kaybı olan hastayı mutlaka KBB birimine yönlendiriyoruz. İşime cihazı kullanmak istemeyen yaşlılarla ve yakınlarıyla konuşarak bunun önemli olduğunu söylüyoruz.

Melike Kurt: Alzheimer ya da Demansın başka çeşidine yakalanmış bireylerin kabullenme süreçleri nasıl oluyor? Kabullenme olduktan sonraki ruhsal değişimleri nasıl kontrol altına alıyorsunuz? Depresyonda artış, anksiyete gibi.

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Alzheimer hastalığında depresyon ve anksiyete gibi nöropsikiyatrik belirtiler (%80 oranında) oldukça sık görünüyor. Mutlaka uygun zamanda tanı konulması ve tedavi edilmesi gerekiyor bunların. Bazen Alzheimerın erken aşamalarında depresyon artabiliyor. Bazen ön bulgu olarak da ortaya çıkabiliyor. Bu yüzden yaşlıdaki duygudurum değişikliklerini takip etmek ve tanıyı koymak çok önemli. Şunu belirtmek lazım. Alzheimer hastaları unuttukları için eğer orta evredeyse çok kaygılı olarak hekime başvurumuyorlar. Genelde hasta yakınları tarafından getiriliyorlar. Kendileri unuttukları için benim bir sıkıntı yok ki gibi bir tavırda olabiliyorlar. Erken evredeyse hastalar çok kaygılı bir şekilde gelebiliyorlar, özellikle aile öyküsünde varsa. Gerontoloji ve Geriatri alanları olarak birlikte çalıştığımız alanların bir tanesi de bu hastaların duygudurum değişikliklerine yapılan çözümler. Özellikle hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek çok önemli. Orta evre ve ileri evredeki hastaların özellikle hasta yakınlarının ciddi bir davranış problemleri var. Çünkü hastalarına nasıl davranacakları konusunda bilgi sahibi değiller. Onların farkındalığını artırmak adına gerontolojik değerlendirme yapmak çok önemli.

Eda Sarıtaş: Orta evredeki hastaların hasta yakınlarının birçoğu kasıtlı bir şekilde hastaların böyle davrandıklarını düşünüyorlar. Bana eziyet ediyor gibi bir yaklaşımları oluyor. Özellikle eğitim seviyesi düşük kesimde böyle görüyoruz. Biz de bu aşamada devreye giriyoruz.

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi hastane ortamında bizlerde başlıyor ama toplumda demansa karşı bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerekiyor. Toplumda ciddi stigma durumu var. Bu hastalar sosyal olarak izole ediliyor. Bu durum da hastalarda süreci ciddi olarak zorlaştırıyor.

Yeliz Yıldız: Yaşlı bir bireyin yaşam kalitesini artırmadan en önemli faktör fiziksel sağlık mı yoksa psikolojik destek mi?

Eda Sarıtaş: Hepsidir. Sadece şu demek doğru olmaz. Her anlamda değerlendirmek lazım.

Kaan Özer: Çoklu ilaç kullanımı başka hastalıklara yol açabilir mi?

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Evet birçok hastalığa yol açabilir. Yapılan gerontolojik değerlendirmede tüm hastalıkları ve tüm ilaçlarını soruyoruz. Ya da daha önce kemoterapi-radyoterapi aldıysa onu da bilmek istiyoruz. Kullanılan ilaçlar Alzheimer hastalığı için ayırıcı özellikte de olabiliyor. Bazen semptomlar Alzheimer değil de kullandığı ilaçların yan etkisi diyebiliyoruz.

Meryem Çiçek: Hasta 80 yaşındayken kendisini 10 yaşında sanıp annesini bekliyorsa ona gerçekleri söylemek mi ahlakidir yoksa onunla 10 yaşında bir çocuk gibi konuşmak mı daha etik?

Büşra Börekçi Dönmez: Etik açıdan bilemiyorum ama özellikle ileri evre Alzheimer hastalarda çok inatlaşmamak gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bu öfkeyi artırabilir. Konuyu değiştirerek, odağını değiştirerek davranmak daha doğru olur.

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Çok doğru. Bunlar Alzheimer'da ilaç dışı tedavi yöntemlerinden biri. Validasyon terapisi olarak da adlandırılıyor. Son zamanlarda da oldukça arttı. Annesine gitmek isteyen bir hastaya senin annen öldü demek yerine anneni mi özlüyorsun gel annenin resimlerine bakalım demek hastanın anksiyetesini azaltır ve bu kanıtlanmış bir etkidir.

Zeynep Sude Bozyel: Rehabilitasyon programında hangi materyalleri kullanıyorsunuz?

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Bilgisayar destekli bir program, hastane olarak edindiğimiz bir program. Hastane olarak satın alındı. Türk nörologlar ve mühendisler tarafından geliştirilmiş Türk toplumuna uygun bir program adı: Nörosoft

Hande Polat: İkinci vakada hastamızın soyutlama alanında bozukluk olduğunu, atasözlerini yorumlayamadığını, dikkat alanında bozukluk olduğunu ve kişide davranış değişiklikleri olduğundan bahsettiniz. Bu hastada frontotemporal demans açısından dışlayabileceğimiz faktörler neler?

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Bu hastada Alzheimerın dilsel varyantı olduğu düşünüldü. Çünkü hastada yapmış olduğumuz değerlendirmede hastanın spontane geri çağırması sıfırdı. Frontotemporal demans hastalarında da bunun ayırıcı tanısı için nöropsikolojik değerlendirmeler yanında başka yöntemler de var. Biz bu hastamızda nöropsikolojik testler yaptık ve geri çağırması sıfır olduğu için hastanın ancak çoktan seçmeli ile hatırlayabildiği için kayıtlayabildiğini düşündük. Epizodik belleğin de kısmen etkilendiğini düşündük. Ama çok da etkilenme olmadığı için biraz daha Alzheimer tipi demansa yönelmiş olduk. Kesin tanıyı pozitron emisyon tomografisi ile koyabiliriz. Hastadan bunu istedik ancak henüz sonuçlanmadı. Sonrasında bir fikir vermez ise biyobelirteç yöntemine gidiyoruz.

Sarya Helin Demir: Alzheimer hastalarında erken tanıyı artırmaya yönelik toplum temelli çalışmalarda gerontologlar ve gerontoloji öğrencilerinin rolü sizce nasıl yapılandırılmalı? Türkiye Alzheimer Derneği bünyesinde öğrenciler aktif rol alabiliyorlar mı? Bu sürece nasıl dahil olabiliriz?"

Büşra Sümeyye Arıca Polat: TAD'nin pek çok şubesi bulunmakta. Derneğe üye olabilirsiniz, bulunduğunuz ilde. Derneğin faaliyetleri şubeler üzerinden devam ediyor. Yapılan etkinlikler de internet sitesinde hem genel şube hem de şubeler kategorilerinde var. Sosyal medya hesaplarımız var. Hepsine dahil olabilirsiniz. Çok da güzel olur. Nörologlar olarak bizler sizlerle çalışmayı çok

arzu ediyoruz. Sizler bu alanda eğitim alan hasta yakınlarının ihtiyaçlarını en iyi bilen grupsunuz.

Kerem Topsakal: Vakalara baktığımızda demans ve Alzheimer olan bireylerde depresyon seviyesine güvenilebilir miyiz ve bunun için gerontolojik ve nörolojik olarak nasıl müdahale edebiliriz?

Büşra Börekçi Dönmez: Biz demans hastalarına Cornell demansta depresyon değerlendirme ölçeği uyguluyoruz o biraz daha farklı. Hem hasta ile hem hasta yakını ile görüşülerek aldığımız bilgiler sonucunda ve gözlemlerimiz sonucunda değerlendiriyoruz.

Barkın Dere: Yapay zekâ kullanımının insanların dilsel becerilerini düşürdüğünü son zamanlarda gözlemliyorum ki öğrencilerim de sıklıkla kendi düşünme becerilerini geri plana atarak bu platformları kullanıyorlar. Yapay zekâ destekli büyük dil modellemelerinin kullanımı Alzheimer için gelecekte bir risk faktörü olarak ele alınabilir mi? Bu konuda ne öngörüyorsunuz?

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Yapay zekâ kullanımı ile ilgili iki yönden bakmak gerekir diye düşünüyorum. Birincisi evet yapay zekâ kullanımının kişinin becerilerini kötü etkilediği ile ilgili çalışmalar var, şu anda yapılıyor. Biz beynimizi çalıştırmalıyız bu yaşlarımızdan itibaren. Nöron oluşumu da bu şekilde artırılabilir. Bilgiye bu kadar kolay ulaşabilirken ve yapay zekâ ile çalışırken beynimizi daha az çalıştırdığımızın farkındayız ancak bu da bir gerçeklik. Bu gerçekliği hiç kullanmadan nasıl devam edebiliriz kısmı üzerinde de çok çalışmalar var. O nedenle yapay zekâyı bilişsel becerilerimizi geliştirmede nasıl kullanabiliriz üzerinde strateji geliştirmek gerekiyor. Artık bunun üzerine çalışıyorlar. O yüzden bizim uyguladığımız gibi kognitif rehabilitasyon programını bir yapay zeka ile birlikte yapabilir miyiz, bunun üzerine çalışıyorlar. Özellikle artık orta evreye gelmiş kişilerde yapay zekâ destekli yönlendirme modelleri üzerinde çalışıyorlar. Görsel temelli yapay zekâ tabanlı programlarla kişinin robot hissi oluşturarak empati duygusunun geliştirilmesi, ev içindeki aktivitelerine yerine getirmesi gibi alanlar üzerinde çalışmalar var. Yani evet belki yapay zeka bence de bir şekilde bizi engelliyor, belki nöroenezimizi azaltıyor ama bu da kaçınılmaz. Orta evre vakalarda yapay zekâyı hasta yakınlarına doğru anlatarak topluma daha iyi entegre edebilme yollarını kullanmaya yardımcı olabileceğini düşünüyorum.

Zeynep Çolak: Ne kadar çok uyarıcıya maruz kalırsak sinaptik bağlantıların güçlendiğini biliyoruz. Bireyin sosyal çevresi onu anlamayınca yani iletişimde kopukluklar olunca onlarla görüşmek istemediklerini söylediniz. Yapılan bilişsel egzersizler sosyal çevresi için olumlu yönde artırdığını gözlemlediniz oldu mu?

Eda Sarıtaş: Aslında oldu. İkinci vakada bu belirgin biçimde görüldü. Özellikle dil baskın kognitif bozulması oluşu için toplumdan geri çekilmesi vardı hastanın. Bilişsel rehabilitasyon sürecinde bu durum değişti. Arkadaş toplantılarına katılmaya başladı. Daha özgüvenli gelmeye başladı seanslarına.

Yaşar Nur Bay: Hastalar üç ay kognitif rehabilitasyon sonrası iyiye gitmişse takibe ne zaman çağırıyorsunuz? Eğer herhangi bir ilerleme yoksa üç ay bitmesine rağmen devam ediyor musunuz?

Büşra Börekçi Dönmez: O kişiye göre değişiyor. Son testlerine, hocamızın görüşüne göre değişebiliyor.

Eda Sarıtaş: Hastalığı deneyimleme her hastada farklı olduğu için, her hasta farklı değerlendiriliyor.

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Zaten biz bilgisayar destekli programlar sonrası ev tipi ödevler de veriyoruz. Haftalık çalışma programları var. Lojistik nedenlerden dolayı ya da görsel işitsel yetersizlikten dolayı bilgisayar destekli programa katılamayanlara da ev tipi ödevler veriyoruz. Hastanın buna devam etmesini istiyoruz. Hasta yakınlarını da bu anlamda bilgilendiriyoruz.

Hacer Akülkü: Yaptığınız kognitif programlarda, ev ödevlerine riayet etmede, erkek ve kadın olarak gözlemleme şansınız oldu mu, örneğin erkeğin ya da kadının daha olumlu geri dönüşü gibi?

Büşra Börekçi Dönmez: Kesinlikle oldu. Kadınlar daha hızlı kavıyor. Çok daha hızlı öğreniyor. Kaynağı da öğrenmeye daha istekli oldukları için olabilir. Bizim vakalarda bu şekilde olduklarını söyleyebiliriz.

Büşra Sümeyye Arıca Polat: Böyle bir çalışma yapılmış. Bunun farkı araştırılmış. 10 yıllık bir takip sonucunda. Cinsiyet bir parametre. Kadınların daha fazla fayda gördüğü gözlenmiş ve bu da kadınların daha sosyal hayata katılımları olduğuna bağlanmış. Sosyal olarak izole olmamış olmak önemli. Erkeklerin belli bir yaştan sonra daha izole olmaları emeklilik sonrası bunların olumsuz faktörler olduğu gözlenmiş. Yine erkeklerin kendi şikayetlerini dile getirmekte zorlandıkları görülmüş. Toplum temelli olarak da bizlerin yapması gereken sağlıklı yaşlanma stratejilerini geliştirmiş olmak çok önemli. Hasta yakınlarına bu bilinci kazandırmak çok önemli.

Günün değerlendirmesini yapmak üzere Prof. Dr. İsmail Tufan'a söz verildi.

İsmail Tufan: Bu programın bir parçası oldukları için Büşra Sümeyye Hocama, Büşra ve Eda Hocalarıma teşekkür ederim. Hocalarımız geriatri ve gerontolog iş birliğinin nasıl olması gerektiğini adeta bize kanıtladılar. Bu iş birliği harika sonuçlar gösteriyor. Yaşlıların sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında birtakım zorluklarla karşı karşıya kalıyoruz. Bu zorlukların üstesinden gelebilmek için ortak bir strateji geliştirilmesi gerekiyor. Bununla sadece yaşlılarımızın yaşam kalitesini artırmayı değil aynı zamanda sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğini artırmayı hedefleriz. Vaka okulu bu anlamda bir örnek teşkil ediyor. Gerontolojik desteğin nasıl anlaşılması gerektiğini bizlere gösterdiniz. Harika bir geriatrik assesment analizini can kulağıyla dinledim. Geriatrik hastaları değerlendirmede çok yönlü bakış açısının nasıl bir çerçeve içerisine alındığını gördük bu akşam. Eğitim alan gerontologların bunları öğrenmesi son derece faydalı oldu. Hastanın sosyal ve fiziksel çevresinin hastaya uygun olarak yapılması hastanın kötü etkilerini daha kolay atlatmasına yarayabilir. Bu anlamda ekolojik gerontolojinin önemini saymakla bitiremeyiz. Hep birlikte iş birliği içerisinde şunu yapmalıyız: söylemesi kolay ama uygulaması zor olan bir taleple karşı karşıyayız. Profesyonel bakım süreci ve bakım kurumu yok denecek kadar azdır. Bu nedenle birçok disiplinin iş birliği içerisinde çalışması gereklidir. Bu akşam dinlediğimiz vakalar üzerinde birçok şeyi düşünmemize, başka sorular kafamızda canlanmasına neden oldu. Bu akşam ülkemizin yaşlanma ve yaşlılık sorunlarını çözebilmeye olan inancım arttı. Ben çok teşekkür ediyorum.

SUNUM 5: 17 Nisan 2026 – Cuma

Uzm. Dr. Alev Çam Mahşer ve Gr. Kübra Uyaniker



Sunumda, hastanın sistem içindeki bütüncül yolculuğu; (i) Tıbbi çözüm ve giriş (geriatri polikliniği veya ev ziyareti), (ii) detaylı analiz (gerontolog yönlendirmesi, hastanın fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal noyutlarda kapsamlı değerlendirilmesi), (iii) bireyselleştirilmiş eğitim (ev içi güvenlik, uyku hijyeni, unutkanlık önleme stratejileri ve inkontinans eğitimlerinin verilmesi) ve (iv) atölye entegrasyonu (bütüncül değerlendirme sonucunda hastanın durumuna en uygun atölye grubuna yerleştirilmesi ve takibi) olarak açıklandı.

Klinik ihtiyaçlara göre özelleştirilmiş atölye programları (sağlıklı yaş alma grubu ve demans grubu) anlatıldı.

Üç vaka sunuldu.

Birinci vaka, annesine bakım veren 73 yaşında bir kadındır. Bakıcı tükenmişliğinin sistemi nasıl çökteceği (*Bakıcı psikolojik olarak çökerse, hastanın klinik tablosu ne kadar stabilize edilirse edilsin, tüm bakım süreci kaçınılmaz olarak çöker*) ve çift yönlü müdahale ile bakım kapasitesinin yeniden tesisi ele alındı ve atölye ve tedavi sonrasında veriye dayalı kazanımlar şu şekilde özetlendi: Duygu durumunda düzelme (ağlama nöbetleri bitti) ve direnç artışı gözlemlendi (bakıcının kaygısı azaldığında, hastanın sınırlarına karşı direnci arttı ve farmakolojik tedaviye uyum stabilize edildi), RLS ağrıları kontrol altına alındı, kesintisiz gece uykusu sağlandı. Hasta atölye çalışmasından yarar görmüştür.

İkinci vaka, 77 yaşında erkek hasta ile ona bakım veren 73 yaşındaki eşidir. Bu vakada, klinik red ve direncin tehlikeleri açıklandı. Hastanın Parkinson, demans ve ağır obsesyonları vardır. Başlangıçta psikiyatrik muayeneyi ve atölye faaliyetlerini kesin reddetmiştir. Gece düşmeleri riski ve güvenlik açığı vardır. Bakıcısı olan eşinin yüksek depresyon riski mevcuttur. Çevresel düzenleme ve sanatın gücüyle direnç kırılmıştır. Bütüncül müdahale öncesi, tıbbi tedaviler uygulanmıştır. Ölçülebilir iyileşme tablosu, öfke kontrolünün sağlandığını, bilişsel gerilemenin durdurulduğunu ve ruhsal refahın arttığını göstermektedir. Sosyal kazanım olarak, faaliyet reddinden, boyama ve ebru gibi sanatsal hobilere geri dönüş sağlanmıştır. Çift, atölyelerden yarar görmüştür.

Üçüncü vaka, kliniğe iştahsızlık ve unutkanlık için başvuran 84 yaşında, ilkokul mezunu bir kadın hastadır. Dış merkezde alınmış HT, Parkinson, depresyon ve demans tanıları vardır. İleri yaşta nörobilişsel iyileşmenin somut kanıtı olarak hasta gelişim sonuçları sunuldu: Demans ilaçları kesildi, antidepresan tedavisi başladı, psikolog görüşmeleri sağlandı. Hasta, atölye çalışmalarına dahil edildi. Gerontologlar tarafından bilişsel kapasiteyi artırma ve dikkat ve hafıza geliştirme eğitimleri verildi. İştahsızlık ile ilgili diyetisyen görüşmeleri sağlandı, ONS başlandı.

Sonuç olarak, non-farmakolojik bir reçete ile müdahale öncesini ve sonrasını özetleyen bir bütüncül etki haritası ve bütüncül etki çerçevesi sunuldu.

Tıbbi başarının, ancak sosyal ve çevresel destekle birleştiğinde kalıcı bir iyilik haline dönüştüğü ifade edildi.

SUNUM 5: SORULAR, YANITLAR VE YORUMLAR

Hanife Nazlı Ergin: Size gelen hastalarda olumsuz bir sonuç aldığınızda hastaya yaptığınız plan köklü biçimde değişiyor mu? Bu durumda nasıl bir yol izliyorsunuz?

Kübra Uyaniker: Hastalarımızda olumsuz sonuç almak şu şekilde olabiliyor. Bazen tedaviye ret olabiliyor. İlaçlarla, tedavisi ile ilgili sorun varsa bunları Alev Hanım yönetiyor. Hastamızın reddi varsa bunu gidermeye çalışıyoruz. Her hastadan aynı sonucu alamıyoruz. Hastalarda müdahale edemeyeceğimiz bazı alanlar olabiliyor. Örneğin bir demans hastasında Alev Hocam tedaviyi planladı, biz eğitimlerini verdik, katılım sağladı ancak hastamız ev değişikliği yaptı önermememize rağmen. Bu durumda hastanın bilişsel durumunda değişiklik olabiliyor. Bu durumda biz hastanın yeni klinik durumuna uygun müdahale planlıyoruz.

Derya Köroğlu: Öğrenci şehri Eskişehir’de görev alıyorsunuz. Öğrencilerin bir üst kuşaklara bakış açısı nasıl? Ulaşımda olsun, kirada olsun nasıl iletişim kuruyorlar? Eskişehir yaşlılara destek veren bir şehir mi?

Kübra Uyaniker: Öğrencilerle birebir etkileşimimiz yok ancak Tazelenme Üniversitesi Anadolu Kampüsünde aktif bir şekilde yaşlılara eğitim veriliyor. Eskişehir’de kuşaklar arası ilişkilerin iyi olduğuna dair kişisel gözlemlerim var ancak bununla ilgili bir çalışma var mı bilmiyorum.

Sıla Atay: Psikodinamik bir bakış açısıyla temel bir duygu olan korkuyu nörodejenaratif hastalıktan muzdarip yaşlı bireylerde nasıl farkettiler ve ne çözüm buldunuz?”

Alev Çam Mahşer: Hangi açıdan korku yaşadığına bakmak lazım. Mesela düşme yaşayan biri tekrar düşeceği korkusu yaşayabilir. Hareket etmez, sosyal izolasyona girer. Hastayı takip ettiğimizde, değerlendirdiğimizde hangi korkuları yaşıyor onu fark edip onun üzerinde çalışmalar yapıyoruz. Daha sık gördüğümüz bizim düşme korkusu. Bu onların mobilizasyonunu çok kısıtlıyor. Sonrasında sarkopeni, depresyon, bası hasarları gelişebiliyor. Yaşlılarımızın biz kemik mineral değerlerine bakıyoruz. Osteoporoz varsa onu tespit ediyoruz. Bu tarz yaklaşımlarla ve psikolog görüşmeleri ile korkunun üzerine gitmeye çalışıyoruz. Korkunun kaynağına yönelik müdahale değişebilir.

Hacer Akülkü: Vaka 3 ile ilgili demans ilaçlarının kesilip antidepresan tedavisinin başlandığına dair bir süreçten bahsettiniz. Burada hastanın gelişimine göre mi bu ilaçlar kesilip antidepresana geçiş başlandı? Daha önce İsmail Hoca’nın bir dersinden şöyle bir şey hatırlıyorum, yanlışımlar varsa düzeltmenizi rica ederim, demans hastalarında teşhis doğru konulursa hastalığın sürecinin yavaşlatılabileceğine dair bir bilgi var zihnimde. Hastanın tedavi sürecinde deneme yanılma yoluyla ilaç değiştirilebiliyor mu? Bu sağlıklı bir yöntem mi tedavi sürecinde?

Kübra Uyaniker: Hasta zaten demans ilacı kullanan bir hasta ve GYA’da bağımsız olduğu için sadece mini mental testlere göre hastayı değerlendirmek istemedik. Fizik muayenesi, beyin görüntülemesi ve GYA’da çok bağımsız ve depresyonu ön planda olduğu için hastayı takibe aldığımızda ilacını kestik. Demansda GYA’da etkilenme bekleyip sonrasında tedaviyi daha uygun gördüğüm için depresyonu sekonder etkileme düşünülerek ilacı kestik. Takipte de hastanın daha kötüye gitmediğini, depresyon skorunun da düştüğünü gördük.

Son söz için Prof. Dr. İsmail Tufan’a söz verildi.

SON SÖZ

Prof. Dr. İsmail Tufan

Kıymetli katılımcılar,

ITGE Vakıf Kış Vaka Okulumuzun son sunumunu yapan kıymetli Alev Hocama ve Kübra Hocama bu güzel iş birliğini bizimle paylaştıkları için teşekkür ediyorum. Bu iş birliğini hayata geçirirken gördüğüm kadarıyla sistematik bir yaklaşım benimseniyor. İşlerin nasıl yapılacağını belirleyen prosedürleri tanımlayan süreçlerin ve bu adımları düzenli hale getiren rutinlerin nasıl oluşturulduğunu bugünkü sunumunuzdan anlıyoruz.

Alev Hocam ve Kübra Hocamın ortaya koyduğu iş birliğini – ve inanıyorum ki ancak bu şekilde sağlam ve sürdürülebilir bir iş birliğini – ülkemizdeki gerontoloji ve geriatristlerin birlikte ortaya koyacakları yeni bir alanın inşası için olumlu bir gelişme olarak değerlendirdiğimizi ifade etmek isterim. Burada tabii ki, Alev ve Kübra Hocalarımın mesleki bilgi, beceri ve tecrübelerinin bu sürecin vazgeçilmez unsurları olduğunu hep birlikte gördük. Bu deneyimlerini en etkili şekilde kullanarak yaşlıların ihtiyaçlarına nasıl cevap verebileceklerini bizlere kanıtladılar. O açıdan müteşekkirimiz, minnettarız. Ortaya koydukları ve sahip oldukları yetenekleri doğru zamanda ve doğru yerde kullanabildiklerini ve gerontoloji ve geriatri iş birliğinin başarısını belirleyecek unsurların da ortak bir şekilde karar alınarak yürütüldüğünü görmek bizleri çok mutlu ediyor ve bunların başarıyla gerçekleştiğine şahit oluyoruz.

Kış Vaka okulumuz beş gün sürdü. Beş gün boyunca dinlediğimiz vakalar üzerinden yürüttüğümüz çalışmalar aslında preventif gerontolojinin amacına da uygun.

Bizler de gerontoloji eğitimimizde, geriatriinin de temel eğitimlerden biri olan preventif gerontolojinin amacının erken yaşlanmayı önlemek ve bize bahsedilen yıllara içerik ve keyif katmaktır. Şimdi burada sağlık politikalarının amacının ülkemizde yaşam beklentisini ve vatandaşlarımızın refahını arttırmak ve nüfusun sağlığını iyileştirmeye yönelik tedbirleri gerçekleştirmek, müdahaleleri gerçekleştirmektir. Özellikle mutluluğumuzu bu Kış Vaka Okulunda şu şekilde ifade etmek isterim: gerontologları sağlık sistemimize yani hastane sistemimize entegre eden bir organizasyon modeliyle bugün karşı karşıyayız ve bu model bizleri bu hedeflere nasıl daha iyi eriştirir ... nasıl daha iyi bir iş birliği yaratabileceğimizin, bu hedeflere nasıl daha iyi erişebileceğimizin kesin kanıtlarını da hep birlikte görüyoruz, hissediyoruz, öğreniyoruz ve bunun gururunu yaşıyoruz.

Bu beş gün boyunca zihnimde gerçekten mutluluk veren birkaç hususu sizle paylaşmak isterim. Özellikle personel yönetimi, hastane gibi büyük bir kamusal alanda herkesin bir bilgi birikimine sahip olduğu ve bunu iyi amaçla kullanmak için her açıdan seferber olduğu bir noktada çok güçlü bir şekilde devreye giriyor ve ortak hedeflerin belirlenerek bilgi ve uzmanlık paylaşımının teşvik edilerek birbirini tamamlayan yeteneklerin bir araya gelerek, gerontologların, geriatristlerin, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların, sosyologların, beslenme ve diyetisyenlerin ve fizyoterapistlerin her birinin burada bir payı olduğunu düşünüyorum. Birbirini tamamlayan yetenekleri bir araya getirmek ... ki zannediyorum, ülkemizin bu alanda sağlık politikaları açısından da yeni bir vizyonu, yeni bir hükmü iradeyi, sürdürülebilir iş birliğini de göstermesi açısından son derece yararlı ve kıymetli.

Kıymetli katılımcılar, yaşlıların ve aile fertlerinin durumunu doğru şekilde değerlendirmemiz gerekiyor ve onlar için en uygun bakım planlarını nasıl oluşturabiliriz? bunun düşüncesine sahip olmamız gerekiyor ve bu noktada kıymetli geriatristlerin ve gerontologların ve diğer disiplinlerin

de ortaya koyacakları iş birliği, bizlerin sürekli iletişim halinde olmamız gerektiğini de kanıtıyor. Eğitim ve bilgilendirme de bu iş birliğinin başarısında inanıyorum ki çok önemli kilit bir rol oynayacaktır.

Kıymetli hocalarım, kıymetli meslektaşlarım, geleceğin gerontologları, bugün oldukça yüksek bir sayıda katılımınızdan büyük bir mutluluk duyuyorum. Bizler tüm bu adımları atarken, özellikle sağlık sistemimizde gerontologların ve geriatristlerin iş birliğine başladıkları andan itibaren bu adımları atarken, güçlü bir hizmet kültürünü inşa etmeye özen göstermek istediğimiz için vaka okulunun aslında sürekliliğini sağlamalıyız. İşbirliğimizi, iletişimimizi süreklilik içeren bir iş birliğine çevirmemiz lazım. Yaşlıların ihtiyaçlarını merkeze alan, empati ve insan odaklı bir yaklaşımı benimseyen geriatrist ve gerontolog iş birliğini teşvik eden, sürekli iyileştirme ve değerlendirmeye açık bir hizmet anlayışını günbegün geliştiriyoruz, bu ülkemiz için sevinç kaynağı olabilecek bir hadisedir.

Burada hasta güvenliği ve etik değerlere saygı, açık iletişim ve şeffaflık prensiplerine dayanan bir hizmet kültürünün oluştuğunu görmek, Türkiye'de bir gerontolog olarak beni fazlasıyla memnun ediyor ve burada bize destek olan meslektaşlarımız, geriatri uzmanlarına yürekten teşekkür ediyorum. Yürekten teşekkür ediyorum.

Artık işleyen bir modelimiz var. Evet, bu modelimize inanmamız ve bu modelimizi daha da geliştirmemiz lazım. Geriatrist ve gerontologların bu model kapsamındaki işleri bir taraftan hekim ve hemşirelerin yükünü hafifletecek ve ortaya koydukları çalışma şevkinin kalitesini yükseltecek, diğer taraftan, hastanın hastanedeki tedavi sürecini takip etmek ve kısa süre içinde yeniden hastaneye hastanın sevk edilmesini de bir nevi önleyecek girişimleri de yaratacaktır.

Kıymetli katılımcılar, biliyoruz ki hastalık odaklı prevensiyon ve kaynak odaklı sağlığı koruma ve destekleme girişimlerini bir araya getirmemiz, bireyin ve çevrenin, yani burada ifade etmek istediğim şey, hastane, aile, toplum iş birliği ile daha iyi bir sağlık durumuna erişmemiz ana hedefimiz olmalıdır. Burada gerontologlar ve geriatristlerin, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için birbirlerinin iş birliğine ihtiyaç duymaları ve bu süreçte müdahale değil, bir tamamlayıcılık ortaya koymaları mutluluk kaynağıdır hepimiz için. Özellikle geriatrik hastaların sahip oldukları farklı hastalık türleri ve toplum içerisindeki rolleri ve çeşitli problemlerin mevcut kaynaklarının tespitinin gerontologların ve diğer disiplinlerin de iştirakiyle, bu mevcut sorunların tespiti ve bu temele dayanan tedavi planının tanımlanması, ülkemizde sağlık sistemimiz için son derece yararlı bir girişimdir ve bu önemi her daim, hepimiz vurgulamamız gerekiyor. Geriatri ve gerontolojinin iş birliğinde ortaya konulan yaklaşımın ve bu yaklaşımda beş gün boyunca belirtilen girişimlerden, boyutlardan hareketle geriatrik hastalarımız için geriatrik yaklaşım programlarını mutlaka, ama mutlaka, ne yapmamız lazım? Hayata geçirmemiz lazım.

Bununla ilgili, özellikle ülkemizdeki geriatri derneklerimiz ve alanda çalışan geriatri uzmanlarımız ve gerontologlarımızla, geriatrik ve gerontolojik yaklaşım merkezlerini sağlık sistemimiz içerisinde nasıl kurabiliriz? Geriatrik yaklaşımlı tıbbi akut merkezlerini nasıl hayata geçirebiliriz? Geçici geriatrik – gerontolojik bakım merkezlerini nasıl şekillendirebiliriz? Ambulant geriatrik ve gerontolojik yaklaşım türleri veya preventif geriatrik ve gerontolojik yaklaşım programlarını nasıl oluşturabiliriz? Kaygısını, gelecek on yıl içerisinde mutlaka hepimiz duymalıyız ve bu modeli peyderpey, mutlaka güç birliğiyle, el birliğiyle bir inanç doğrultusunda hayata geçirmeliyiz... ve bu bizim ülkemize ait olan güçlü bir modele dönüşebilir ve bu modelin yaratacağı prevensiyon ve sağlığı koruma hedefleri birbirini uyumlu olarak tamamlayan hedefler doğrultusunda bizi ana amaca ulaştıracaktır. Burada hastanın onuru ve hastanın sağlığı ve hasta ve hasta yakınlarının da refahını da gözetebileceğimiz bir yapıyı hep birlikte oluşturabiliriz.

Burada, kıymetli katılımcılar, değerli meslektaşlarım, şunu da ifade etmek isterim. Yaşlılarımızın yaşam kalitesini ve refahını artırmak, toplumsal katılımı teşvik etmek, sağlıklı ve iyi koşullarda yaşlanmayı desteklemek, hepimizin görevi. Gerontologların ve geriatristlerin bu noktada üstlendikleri çok önemli görev var ve burada iş birliği bir ekip çalışmasını dile getiriyor. Ekip çalışmasına ihtiyaç olduğunu gösteriyor ve bu ekip çalışmasını güçlendirmek, bireysel haklara saygı ve mahremiyeti korumak ve sürekli kendimizi geliştirerek daha iyi hizmet sunmak ve burada dile getirdiklerimi, umut ediyorum gelecekte, peyderpey güçlü bir şekilde hayata geçirmektir. Birlikte bir vizyonun doğrultusunda, bir inancın bir amacın ve insanoğlunu korumayı ana hedefe koymuş bir amacın özellikle yaşlılarımızın daha iyi bir yaşam sürmesini sağlamak için bizleri şevke sürükleyeceğini ve bizleri güçlendireceğini ve bizlerin de elimizden geleni bu süreçte yapacağımıza inanıyorum.

Kıymetli meslektaşlarım, biliyoruz, ileri yaş ülkemizin gelecekte çok önemli sorunlarından birini teşkil edecek. Uzun ömürlülük... bunun üzerine çok fazla konuşuyoruz son dönemlerde. Dünya uzun ömürlülük üzerine çok fazla konuşuyor. "Longevity" kavramı artık sıradan bir kavram değil, altını doldurduğumuz ve boyutsal araştırmalarla da bu sürecin nereye evrildiğini artık görebildiğimiz bir durumdan bahsediyoruz. Uzun ömürlülük, hem bir tehlike ve aynı zamanda da bir fırsattır. Sadece acı çekme ve ölme süresi uzatılırsa, işte bu bir tehlikedir. Kazanılan yıllar olursa, işte bu fırsattır. Biz, gerontologlar ve geriatristlerin bu bakış açısına sahip olduğuna ben yürekten inanıyorum.

Sonuçta kaç yaşına kadar yaşadığımız değil, Alexis Carrel'in söylediği gibi, aynı zamanda nasıl yaşlandığımız da önemlidir. Yaşam beklentimiz? Hiç şüphesiz ki yaşam tarzımıza ve sağlık sisteminden aldığımız yarara da bağlıdır. Yaşam tarzı, sadece yaşam süresini değil, inanıyorum ki yaşam kalitesini de belirler. Eskiden değiştirilemez bir kader olarak kabul edilen birçok hastalığın artık bugün önlenabilir olduğunu hepimiz biliyoruz. Bu hastalıkların nedenini ve daha fazlasını anlamak için gerontolojinin ve geriatriinin iş birliğinin yaşlanma ve yaşlılık alanında ortaya koydukları bu olağanüstü özverili çabalarının sonucunda, ülkemizin yaşlı insanının bu gelişmelerden son derece yarar göreceğine inanıyorum.

Beş gün boyunca, hepiniz bu programın bir parçası oldunuz ve kıymetli geriatri uzmanlarımız, kıymetli gerontoloji alanının değerli temsilcileri, olağanüstü ve faydalı iş birliğinin nasıl yürütülebileceğini bize gösterdiler. Bunun için ben Türkiye'de gerontolojiyi kurmuş bir kişi olarak büyük bir gurur duyduğumu söylemek isterim.

Özellikle kış okulunun hayata geçmesinde, Sağlık Bakanlığından bize varlıkları ile destek olan Dr. Çağrı Emin Şahin'e, Profesör Dr. Haydar Sur Hocamıza, ki Sağlık Bakanımızın danışmanı ve aynı zamanda Sağlık Bakanımızın da hocası. Prof. Dr. Meltem Halil hocama, Prof. Dr. Ahmet Turan Işık hocama, Prof. Dr. Nico de Witte'ye, Avrupa'da özellikle gerontolojik perspektiften yaklaşımları bize anlattıkları için ... ve arka planda Sağlık Bakanlığıyla ilgili ilişkilerinizi düzenleyen, organize eden ve gerontologların sesi olan Gerontolog, Dr. Müveddet Bayraktar'a teşekkür ediyorum.

Bu programa, beş gün boyunca katılan tüm geriatri uzmanlarınıza, gerontologlara verdikleri o değerli el ve destek için minnettarız. Bu iş birliğine çok kıymet veriyoruz ve bu iş birliğinin sürmesini ve insanımıza toplumumuza yarar getirmesini yürekten arzu ediyoruz.

Özellikle de bugün burada Alev Hocama, Kübra Hocama tekrardan teşekkür ediyorum. Bu programın sesi olan gerontolog Hilal Yiğit'e yürekten teşekkür ediyorum. Özellikle, Saliha Hocama, İbradi'dan, yürekten teşekkür ediyorum. Ve Gökçe Çelik Açıcı'ya da bu organizasyonun geniş kitlelere yayılması ve 233 geleceğin gerontoloğunun ve alanda çalışan

gerontologların bunun bir parçası olmak için gösterdikleri özene de saygı duyuyorum ve teşekkür ediyorum.

Beni dinlediğiniz için, gerontolojiye inandığınız için, gerontolojinin bu güçlü yolculuğunda, onu hiçbirinizin yalnız bırakmadığı ve ona destek olduğu için yürekten teşekkür ediyor, saygılarımı, şükranlarımı sunuyorum.

Hepinize teşekkür ediyorum.