

# Alzheimer Hastasıyla Yaşamak

## LIVING WITH AN ALZHEIMER'S PATIENT

Esra Yalçın<sup>1</sup>, B. Murat Yalçın<sup>2</sup>, F. Mustafa Dikici<sup>2</sup>, E. Melih Şahin<sup>3</sup>

### Özet

Alzheimer hastalığı, entelektüel işlevlerin gerilemesi, çeşitli nöropsikiyatrik davranış rahatsızlıkları ve günlük yaşam etkinliklerini bozan ilerleyici dejeneratif bir bunamadır. Bu hastaların büyük bir bölümü evde yaşar ve yakınlarıncı bakılır. Hastaların bakımını üstlenen aile üyelerinin yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali sorunlar 'hasta yakını yükü' olarak tanımlanır. Bakıcılar, üstlenmek zorunda kaldıkları bu yüke, sıklıkla hazırlıksız yakalanmaktadır. Doktor, hasta yakınının yükünü azaltmak ve her iki tarafın yaşam kalitesini yükseltmek için yapılandırılmış bir yaklaşım kullanabilir. Bu yapılandırılmış yaklaşımın öğeleri; hasta ve yakını ile bir ittifak oluşturmak, bilişsel belirtilerin aileye açıklanması, güvenlik konularının tartışılması (kişisel güvenlik, ev güvenliği ve çevrenin düzenlenmesi), bedensel hijyen ve tıbbi bakımın düzenlenmesi, psikopatolojik belirtilerle başa çıkılması ve bakıcılara destekten oluşmaktadır. İçinde, hekimin de yer alacağı bir takım, bilişsel ve bilişsel olmayan belirtilerle daha iyi baş edebilir. Bu yazı, Alzheimer hastalığında görülen bilişsel olmayan belirtilerle başa çıkabilmek için gerekli güncel stratejik yaklaşımları tartışmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Alzheimer, evde bakım, eğitim, yaşam kalitesi, bakıcılar

### Summary

Abstract: Alzheimer's disease is a progressive degenerative dementia, which appears with intellectual deterioration with neuropsychiatric/behavioral disturbances and are impaired daily living activities. Most of these patients live at home and are taken care of by their relatives. The physical, social and financial problems perceived by the caregivers are identified as 'caregiver burden'. These caregivers are often not ready for this burden and doctors can use a structured approach to ease the burden and increase the quality of life of both sides. The parts of this structured approach includes negotiating alliance with family, explaining cognitive symptoms to family, talking about safety points (self, home safety issues and reorganization of the environment), achieving self hygiene and health issues and, dealing with psychopathologic symptoms to support the caregivers. Team-work is necessary to manage handling the cognitive and non-cognitive symptoms of the patient in which a doctor must be assigned as a member. In this review we aimed to discuss the present strategic approaches to challenge with the non-cognitive symptoms in Alzheimer disease.

**Key words:** Alzheimer, home care, education, quality of life, caregivers

**B**unama, bellek bozukluğunun yanı sıra, lisan, yönetim, praksi (anlama, motor beceri, duyu, öğrenilmiş hareketlerin düzgün yapılabilmesi), soyut düşünme, problem çözme işlevlerinden en az birinin bozulmasıyla ortaya çıkan iş veya toplum yaşamındaki işlev yitimidir. Kazanılmış entelektüel işlevsellik azalmıştır.<sup>1</sup> Dr. Alois Alzheimer'ın, ilk vakası, August D.'yi 1906'da Tübingen'de (Almanya) sunmasından bu yana, tüm bunamaların %60-70'i Alzheimer Hastalığı başlığı altında incelenir. Alzheimer Hastalığı, 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde ise %30-47 oranında görülür. Bugün, sadece ABD'ndeki, sayıları 4-5 milyona ulaşan Alzheimer hastalarının yıllık bakım mali-

yetinin 100 milyar dolara ulaştığı hesaplanmıştır. Bu hastaların %70'i evde, %75'i de aile bireylerince bakılmaktadır.<sup>2</sup> Bakıcılar, sıklıkla üstlenmek zorunda kaldıkları bu role hazırlı değildirlir. Hastaların bakımıyla uğraşan aile üyelerinin yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali sorunlar 'hasta yakını yükü' olarak tanımlanır.<sup>3</sup> Hasta yakınının fiziksel sağlığı akranlarından daha kötüdür,<sup>4</sup> depresyona yakalanma oranı daha yüksektir, kendine daha az zaman ayırabilir, toplumsal yalıtım ve rol değişikliği güçlükleri yaşam kalitesini düşürür.<sup>5,6</sup>

Alzheimer hastalığında tıbbi yaklaşımın hedefi, hasta ve yakınının itibarını koruyacak destekleyici bakımı sağlama-

<sup>1</sup>) SSK Samsun Bölge Hastanesi Nöroloji Bölümü, Uzm. Dr., Nöroloji Uzmanı

<sup>2</sup>) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Aile Hekimi

<sup>3</sup>) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Aile Hekimi

rak yaşam kalitesini artırmaktır. Herhangi bir süreğen hastalıkta olduğu gibi, uzun bir ilişkinin sürdürülmesi, hasta ve aile yakınları ile eşduyum (empati) kurulmasına bağlıdır.<sup>7</sup> Hasta yakınlarının, Alzheimer hastalığında izlenebilen bilişsel olmayan (non-kognitif) belirtilerle başa çıkabilmeleri için bir dizi yapılandırılmış yaklaşım izlenebilir.<sup>8</sup> Bu yazı, Alzheimer hastalığında görülebilecek, bilişsel olmayan belirtilerle başa çıkabilmek için gerekli güncel stratejik yaklaşımları tartışmaktadır.

## Birlik Oluşturma

İlk amaç, hasta ve yakını ile işbirliği oluşturmaktır. Hekim, hasta ve hasta yakınının oluşturduğu takımın parçası olduğunu hissettirmelidir. Bu birliğin amacı tüm bireylerin yaşam kalitesini yükseltmektir. Hasta ve ailesi, hastalıkla ilgili soru sormaya özendirilmeli, fırsat tanınmalıdır.

## Belirtilerin Hasta Ailesine Açıklanması

Hasta ve ailesi bilişsel ve bilişsel olmayan belirtileri tanımak ve onlarla baş etmek konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalığın erken-orta döneminde işyeri performansı, maddî sorunları çözme, randevulara uyma, yazışma, araba ya da toplu taşıma araçları ile tek başına yolculuk yapma, yemek planlama ve hazırlama, ev araçlarını kullanma, boş zaman uğraşlarında zorluklar görülebilir. Hastalığın orta-ileri döneminde ise uygun giysi seçimi, giyinme, temizlenme, yıkanma, tuvaleti kullanma ve yemek yeme işlevleri bozula-

bilir. Klinikte, Alzheimer hastalarının günlük işlevlerini değerlendiren ölçekler kullanılır (Tablo 1).<sup>9</sup> Hastalığın ilerlemesiyle bakıcı-hasta iletişimi zorlaşabilir: Görme ve işitme muayenesi ile bu durumun duyuşsal kaynaklı olup olmadığı araştırılmalıdır. Bakıcı açık, yüz yüze, yavaşça ve göz seviyesinde konuşmalıdır. Eğer hasta için rahatlatıcıysa sevgi ve sıcaklık sık sarılmalarla gösterilebilir. Kişi kendisinin olduğu kadar hastanın da vücut diline dikkat etmelidir. Hastaya verilen yönergeler basit olmalı, deneyerek, etkili söz grupları bulunmalıdır. Konuşmaya başlamadan önce kişinin dikkatinin çekildiğinden emin olunmalıdır.<sup>10</sup> Aileye, apraksiyi tanıma becerisi kazandırılmalı, hastanın, bunu kasten yapmadığı anlatılmalıdır.<sup>11</sup> Aile, hastanın günlük etkinliklerine fazla müdahale edilmemesi için uyarılmalıdır: Bu tip etkileşim anksiyete, konfrontasyon, ya da agresyona yol açabilir.<sup>12</sup> Bilişsel işlevlerin bozulması bir dereceyi aştığında, kaldırılabileceğinden daha fazla uyarı ile karşılaşan hastada huzursuzluk, aşırı hareketlilik, heyecan, öfke, ağlama, bağırıp küfür etme, saldırganlık görülebilir.

## Güvenlik Konularının Tartışılması

Güvenlikle ilgili temel başlıklar, mali sorunlar, aydınlatılmış tıbbi onam, araba kullanmadır. Hastadan, güvendiği birini işlerini yürütmesi için sorumlu olarak belirlemesi istenebilir. Alzheimer hastalarının araba kullanmaları çevre ve kendileri için tehlikeli olabilir. Kişinin daha önce gerçekleştirebildiği yetilerin yitimi anksiyete ve depresyona yol

**Tablo 1**  
Alzheimer hastasının günlük etkinliklerini değerlendiren ölçekler

Test	Hedef	Kaynak
Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia (IDDD) [Bunamada Günlük Etkinliklerin Gerilemesi Sorgusu]	Bunamada günlük yaşam etkinlikleri	Tuenisse 1991
Functional Activities Questionnaire (FAQ) [İşlevsel Etkinlikler Sorgusu]	Bunamış ve diğer hastalarda işlevsel kapasite	Pfeffer 1992
Daily Activities Questionnaire (DAQ) [Günlük etkinlikler sorgusu]	Günlük etkinlikler	Oakley 1991
Direct Assessment of Functional Status (DAFS) [İşlevsel Durumun Dolaysız Değerlendirilmesi]	Alzheimer hastalarında işlevsel kapasite	Loewenstein 1989
Cleveland Scale for Activities of Daily Living (CSADL) [Cleveland Günlük Etkinlik Ölçeği]	Alzheimer hastalarında günlük yaşam etkinlikleri	Patterson 1992
Present Functioning Questionnaire (PFQ) and Functional Rating Scale (FRS) [Güncel İşlev Sorgusu ve Derecelendirme Ölçeği]	Yaşlılarda günlük işlevlerin değerlendirilmesi	Crockett 1989
Direct Assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease [Alzheimer Hastalığında Günlük Yaşam Etkinliklerinin Dolaysız Değerlendirilmesi]	Özbakım, günlük etkinlikler	Skurla 1988
Refined ADL Assesment Scale (RADL) [Günlük Etkinlikleri Ayrıntılı Değerlendirme Ölçeği]	Orta ve ileri Alzheimer hastalarında günlük yaşam etkinlikleri	Tappen R 1994

açabilir. Anksiyeteyi azaltıcı yaklaşımlar yararlı olabilir (örnek: Araba kullanması kısıtlanan kişiyi, gerektiğinde arabayla başka birinin götürmesi).

a) *Kişisel güvenlik*: Alzheimer hastaları, sıkça, amaçsız dolaşabilirler; kaybolma olasılığına karşı hastanın üzerinde kimlik ve adres bilgilerinin bulunduğu bir kimlik bileziği bulunmalıdır. Bu bilgiler hastanın ayakkabısına, cüzdanına veya herhangi bir eşyasına yerleştirilebilir. Komşulara durum hakkında bilgi verilmeli ve gerekince ulaşılabilecek ak-raba numaraları verilmelidir. Kaybolma durumunda kullan-mak üzere hastanın fotoğrafı bulundurulmalıdır.<sup>13</sup> Gaz, su, elektrik için acil numaralar, polis, doktor, bölge hastanesi, taksi, yakın akraba numaraları liste halinde görünür bir yer-de asılmalıdır. Hastalarda saklama ve atma davranışları sık izlenmektedir: Değerli eşyanın ortada bırakılmaması, çöp-lerin atılmadan önce kontrol edilmesi gerekebilir.

b) *Ev içi güvenlik*: Ev içinde ve çevresinde güvenli bir ortam yaratılmalıdır: Alınabilecek bazı önlemler Tablo 2’de gösterilmiştir.<sup>10,13</sup> Amaçsız dolaşmaları engellemek için ka-pı ve pencerelere çocuk kilitleri yerleştirilebilir. Yatak oda-sı, evin girişi gibi yerler iyi aydınlatılmalıdır. Düşmeyi ön-

lemek için girişe, banyo ve tuvaletlere tutunma araçları yer-leştirilmelidir. Tüm yaşlılarda düşme ciddi bir sorundur; kı-rıkların mortalite ve morbiditesi yüksek olabilir. Evde mer-diven varsa ayağın takılabileceği yerler dikkatlice gözden geçirilmeli, merdiven üzerinde halı olmamalıdır. Yerler kaygan bırakılmamalı, dengesi bozuk mobilyalar tamir edil-meli, hastanın dengesini bozabilecek eşyalar (örn; yüksek topuklu terlikler, küçük halılar) ortadan kaldırılmalı, evin mobilyası sadeleştirilmelidir. Hastaların unutarak aynı ilaç-ları tekrar alma riski bunları bakıcının vermesi ve kaydet-mesi ile önlenir. Tehlikeli maddeler (tıbbi ilaç, tarım ila-cı, temizlik maddeleri v.d.) ortada bırakılmamalı, gerekirse kilit altına alınmalıdır. Mutfakta kişinin kendini yaralayabi-leceği delici kesici aletler (bıçak, çatal v.b) ortadan kaldırıl-malıdır. İçindeki suyu kaynatınca otomatik duran ısıtıcılar tercih edilmeli, tost makinesi, blender gibi yaralanmaya yol açabilecek elektrikli aletleri bakıcı kullanmalıdır. Günlük araç-gereçlere kolay ulaşılabilmesi, bu eşya plastik olmalı-dır.<sup>14</sup> Bakıcı yokken gaz ve elektrik kaynaklarının kullanıl-ması önlenmelidir. Banyodaki kesici/delici araçlar da orta-dan kaldırılmalıdır (jilet, ustura v.b.). Düşme tehlikesine karşı yerde su kalmamasına dikkat edilmeli, yere kaymayı önleyici mat bir kaplama yapılmalıdır. Su ile temas edecek saç kurutma makinesi gibi elektrikli cihazlar kolay ulaşıl-cak yerlerde bulunmamalıdır.<sup>15,16</sup>

c) *Çevrenin düzenlenmesi*: Alzheimer hastaları çevresel uyarılara karşı son derece duyarlıdır. Mümkün olduğunca az değişim yapılmalı, değişim zorunlu olduğunda yavaş ya-vaş yapılmalıdır. Hasta gerilim altında olduğunda veya farklı bir mekanda olduğunda belirtileri ağırlaşabilir. Herhangi bir müdahale (farmakolojik, davranışsal ve ruh-sal) ancak durağan bir çevrede değerlendirilebilir: Hastanın toplumsal ortamını durağanlaştırmak için kolay başarılabi-lecek saatlik, günlük rutin etkinlikler önerilmelidir. Bu et-kinlikler uygun düzeyde görsel ve işitsel uyarının varlığın-da gerçekleştirilmelidir.<sup>17</sup>

## Bedensel ve Tıbbi Bakım

Bakıcıya hastayı izlemede yardımcı olacak tıbbi be-cerileri öğretilebilir (örnek: kan basıncı, kan şekeri ölçü-mü). Bunayan hasta, sıklıkla zayıflar: Yemek saatlerinin ru-tin ve alışlagelen içerikte olması bu sorunu azaltabilir. Ba-sit, besleyici, vitamin ve mineral açısından zengin seçimler yapılmalı, her yemek ayrı tabakta servis edilmelidir. Hasta-nın elle yemesi çatal bıçak kullanmasından daha güvenlidir; elle yemek isteyen hastaya karşı gelinmemelidir. Hastaya verilen her gıdanın ısısı kontrol edilmelidir: Hasta aşırı sı-cak yiyecekler konusunda bakıcıyı uyarmayabilir. Apraksi nedeniyle çabuk temizlenebilen masa örtüleri ve kırılmayan plastik araç gereç kullanılması uygundur. Hasta, kesmesi,

**Tablo 2**

Alzheimer hastalarında alınabilecek çeşitli güvenlik önlemleri

### Kişisel önlemler

- (Aydınlatılmış) tıbbi onam alınması
- Araba kullanmanın engellenmesi
- Hastanın kimlik bileziği takması
- Kimlik ve adres bilgilerinin hastanın eşyalarına yerleştirilmesi
- Komşuların bilgilendirilmesi
- Gerekli telefon numaraları listesinin hazırlanması (acil durum planı)

### Evde alınacak güvenlik önlemleri

#### Genel

- Ortamın durağanlaştırılması (televizyon ve radyo sesinin azaltılması, görüntü v.d.)
- Gerekirse mobilyaların sadeleştirilmesi
- Gerekli yerlerde aydınlatmanın artırılması (evin girişi v.d.)
- Pencere ve kapılara kilit yerleştirilmesi
- Gerekli yerlere tutunma araçları yerleştirilmesi (merdiven v.d.)
- Kaygan ya da dengesi bozabilecek eşyaların ortadan kaldırılması
- İlaçlar ve temizlik maddelerinin kilit altına alınması
- Gaz ve elektrik kullanımının engellenmesi
- Atılmadan önce çöplerin kontrol edilmesi
- Elektrik prizlerine koruyucu kapak yerleştirilmesi
- Elektrik kordonlarının ortada dolaşmasının engellenmesi
- Kibrit ve çakmakların ortadan kaldırılması
- Sigara içmesinin engellenmesi (yapılamıyorsa bakıcı gözetiminde içmesi)

#### Mutfak

- Elektrikli araçların bakıcının ulaşabileceği şekilde kısıtlanması (ısıtıcılar, mutfak robotları, tost makinesi v.b.)
- Günlük bardak, tabak gibi araçların plastik olanlarının tercih edilmesi
- Kesici ve delici araçların ortadan kaldırılması (çatal, bıçak v.d.)
- Haşlanma ve yanmanın engellenmesi için önlem alınması

#### Banyo

- Elektrikli araçların bakıcı ile kullanılması (saç kurutma makinesi v.d.)
- Küvet veya klozetlerin yakınına tutunma araçları yerleştirilmesi
- Zeminin kaygan bırakılmaması (kaymayan kaplama yerleştirilebilir)
- Kesici ve delici araçların ortadan kaldırılması (jilet, ustura v.d.)

çığnemesi ve yemesi zor besinleri daha az tüketecektir, bunamış bireye lokmaların kesilerek verilmesi de gerekebilir.<sup>10,13</sup>

Bazı temel hijyen sorunları diş bakımı, yıkanma ve tuvalet kullanımınıdır. Alzheimer hastalarında diş fırçalama alışkanlığı zamanla kaybolabilir ya da takma dişlere gösterilen özen azalabilir. İdrar kaçırma, Alzheimer hastası ve ailesi için can sıkıcı bir durumdur. Hastalığın erken döneminde, bakıcı, aralıklı tuvalet ziyaretleri programlayarak idrar kaçırma önleyebilir. Başlangıçta hasta uyanıkken dört saat ara ile tuvalete götürülür, hastalık ilerledikçe bu zaman aralığı kısaltılabilir. Hastaların ayırt edebilmesi için tuvalet canlı renklerle boyanabilir ve tabelalar asılabilir. İdrar kaçırma önlemek için sıvı alımının kısıtlanması konfüzyonu arttıracığından iyi bir yöntem değildir. Vücudun susuz kalmasını önleyecek şekilde saat 18.00 sonrasında sıvı alımının kısıtlanması tercih edilebilir. Tüm önlemlere karşın, idrar kaçırma sürüyorsa, yetişkin altbezi kullanılabilir. Hijyenin korunması için hastanın hatırlatma ve yardıma gereksinimi olur. Hasta yıkanmaktan korkuyorsa aile üyelerine hastayı yatakta yıkama öğretilmelidir.<sup>18</sup> Hastanın giysileri basit, değiştirilmesi ve temizlenmesi kolay olmalıdır. Giysiler hep aynı yere bırakılmalı ve hasta çok sayıda seçenek arasından seçim yapmak zorunda kalmamalıdır.

## Psikopatolojik Belirtiler

Alzheimer hastalığının başlangıcında iritabilite, anksiyete ve depresyonla ortaya çıkan kişilik değişikliklerine,

hastalık ilerledikçe uyku bozukluğu, delusion, halüsinasyon ve huzursuzluk eklenebilir. Alzheimer'da sık izlenen duygudurumu ve davranış bozuklukları ile hezeyanlar, Tablo 3'de gösterilmiştir.<sup>8</sup> Bunama, psikopatolojik değerlendirmeyi güçleştirir: Hastanın ifadesi, bakıcı görüşleri ile desteklenmelidir. Hasta bir dizi açık uçlu soruyla değerlendirilmelidir. Bilişsel bozukluk varsa, psikopatoloji ve davranış bozuklukları yapılandırılmış ölçeklerle değerlendirilebilir (Tablo 4).<sup>9</sup>

Huzursuzluk, hasta ve bakıcıya rahatsızlık ve acı veren bir deneyimdir: Genellikle ani çevre değişiklikleri (bakıcı değişmesi, yolculuk, eve konuk gelmesi, yıkanma, hastanın kıyafetini değiştirmesinin istenmesi) huzursuzluğu tetikler.<sup>19</sup> Huzursuzluk aniden belirmişse, tıbbi muayene yararlı olabilir: Zatürre, idrar yolu, kulak veya sinüs enfeksiyonunun neden olduğu ağrı ve rahatsızlık huzursuzluğu başlatabilir. Bazen, yeni kullanılan bir ilaç ta bu duruma neden olabilir.

Huzursuzluğun denetiminde, davranış tedavisi ve ilaçtan yararlanılabilir. Öncelikle antipsikotikler; (olanzapin, risperidon), bazı klinisyenler tarafından da bir antikonvülzan (karbomezapin, divalproeks) yeğlenir.<sup>20</sup> Davranışçı yaklaşım a) davranışı tanıma, b) nedenini anlama, c) çevreyi duruma uyarlama olarak özetlenebilir. Bakıcıya, ajitasyon sırasında kendini geri çekmesi, olumlu değerlendirmelerde bulunması, olayı yeniden değerlendirmesi, hastaya iki olasılık arasında yönlendirilmiş seçim yaptırmayı, basit egzersiz önerileri getirmesi ve hastanın aldığı uyarıları sınırlaması öğütünebilir. Ses yükseltme, saldırgan karşılık, gör-

**Tablo 3**  
Alzheimer hastalarında sık görülen davranışlar ve ruhsal belirtiler

Duygudurum bozuklukları semptomları	Hezeyanlar	Davranışsal problemler
Anksiyete	Bakıcısını yanlış tanıma	Aşırı aktivite
Düşünce yavaşlaması	Hırsızlık hezeyanı	Yıkıcı/sıkıntı verici davranışlar
Gerilim	Şüphelilik	Sterotipik hareketler
İritabilite	Diğer sınıflandırmayayan	Sözel agresyon
Apati	Mekanın yanlış tanınması	Uyku bozukluğu
Hüzün		Takip etme, gölge olma
Enerji kaybı		Yardıma direnç gösterme
Toplumsal çekilme		Gece yataktan kalkma
Bedensel yakınmalar		Amaçsız gezme
İntihar söylemi		Toplumsal uygunsuzluk
Suçluluk		Toplumsal çekiniklik
Majör depresyon		Emniyetsiz davranışlar
		Fiziksel agresyon
		Huzursuzluk
		Ajitasyon
		Disinhibisyon
		Bağırma
		Ağlama
		Küfretme

**Tablo 4**  
Alzheimer hastaları için psikopatoloji ve davranış bozukluğu ölçekleri

Test	Hedef	Kaynak
Alzheimer's Disease Scale (ADS) [Alzheimer Hastalığı Ölçeği]	Bilişsel ve bilişsel olmayan işlev yitimi	Drachmann, 1992
Geriatric Depression Scale (GDS) [Geriyatrik Depresyon Ölçeği]	Alzheimer hastalarında depresyon	Burke, 1991
Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) [Demans Duygudurum Değerlendirme Ölçeği]	Hafif demansta depresyon	Sunderland, 1988
Young Mania Rating Scores [Young Mani Değerlendirme Ölçeği]	Mani	Young, 1978
Behavioral and Emotional Activities Manifested in Dementia [Demansta Gözlenen Davranış ve Duygulanım Değişimleri]	Davranış bozukluklarında uygulanan tedavinin etkinliği	Sinba, 1992
Disruptive Behavior Rating Scales (DBRS) [Yıkıcı Davranış Değerlendirme Ölçeği]	Yıkıcı davranışların değerlendirilmesi	Mungas, 1989
Comprehensive psychopathological rating scale [Geniş Boyutlu Psikopatolojik Değerlendirme Ölçeği]	Sorunlu davranışların değerlendirilmesi	Asberg, 1978
Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) [Alzheimer Hastalarında Davranış Patolojisi]	Psikopatoloji	Reisberg, 1987
Columbia University Scale of Psychopathology in Alzheimer's Disease (CUSPAD) [Kolumbiya Üniversitesi Alzheimer Hastalığı Psikopatoloji Ölçeği]	Davranış bozukluğu	Devanand, 1992
Neurobehavioral Rating Scale [Nörodavranışsal Değerlendirme Ölçeği]	Bilişsel ve bilişsel olmayan işlev yitimi	Sultzer, 1992
Irritability and Apathy Scale [İritabilite ve Apati Ölçeği]	İritabilite ve apati	Hamel, 1990
(Caretaker obstreperous behavior rating assesment scale (COBRAS) [Haşarı Hasta Yakını Davranışını Değerlendirme Ölçeği]	Hasta yakınlarında sıkıntı yaratan davranış bozuklukları	Drachman, 1992
Dementia Symptoms Scale [Demans Belirtileri Ölçeği]	Davranış bozuklukları	Loreck, 1994
Neuropsychiatric Inventory (NPI) [Nöropsikiyatrik Envanter]	Geniş nöropsikiyatrik değerlendirme	Cunnings 1994
CERAD Behavioral Rating Scale [CERAD Davranışsal Değerlendirme Ölçeği]	Psikopatoloji	Toriot, 1995
Clinical Rating Scale for Symptoms of Psychosis in Alzheimer's Disease (SPA) [Alzheimer Hastalığı Psikoz Belirtileri Değerlendirme Ölçeği]	Psikoz	Reisberg, 1985
Cornell Scale for Depression in Dementia [Cornell Bunamada Depresyon Ölçeği]	Depresyon	Alexopoulos, 1988
Cohen Mansfield Agitation Inventory [Cohen Mansfield Ajitasyon Envanteri]	Ajitasyon	Koss, 1997

mezlikten gelme, istekte bulunma, tartışma, baskılama, eleştirme, neden gösterme, utandırma, zorlama, güç kullanma, öğretme, kişinin görüş alanının dışında ani hareketlerde bulunma huzursuzluk esnasında kaçınılması gereken davranışlardır.

Hezeyan, bunamada çok sık görülür; şizofreniden farklı olarak daha basit yapıdadır. Hastalar sıklıkla eşyalarının çalınması konulu ya da bakıcıları ile ilgili hezeyanlar geliştirirler. Aile bu konuda utanç duyarak konuyu açmaktan ka-

çınabilir: Sonuca doğrudan yaklaşımla gidilebilir. Aileye 'Hasta insanların ondan bir şeyler çaldığına inanıyor mu?', 'Sizin ona zarar vermek istediğinize inanıyor mu?' soruları yöneltilebilir. Hezeyanın altında bir ihtiyaç ta bulunabilir; 'Beni aç bırakıyorsunuz' diyen hasta aslında karnının acıktığını, 'Benden çalışıyorsunuz' diyen bir başkası da 'Bu hastalık hayatımı çaldı' demek istiyor olabilir. Hastalarda izlenen tekrarlayıcı davranış bozukluklarına karşılık en iyi çare dikkati dağıtmak gibi gözükmektedir.<sup>21</sup>

**Tablo 5**  
Alzheimer bakıcılarında tükenmişlik ve duygudurumu değerlendirme ölçekleri

Test	Hedef	Kaynak
Problem Checklist and Strain Scale [Problem Kontrol Listesi ve Gerilim Ölçeği]	Bakıcının karşılaştığı sorunlar ve gerilim derecesi	Gilleard, 1984
Ways of Coping Checklist [Başa Çıkma Yolları Denetleme Listesi]	Bakıcıların başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi	Vitaliano, 1985
Screen for Caregiver Burden (SCB) [Bakıcı Tükenmişlik Taraması]	Tükenmişlik	Vitaliano, 1991
General Health Questionnaire (GHQ) [Genel Sağlık Sorgusu]	Psikiyatrik bozukluklar	Goldberg, 1988
TRIMS Behavioral Problem Checklist (BPC) [TRIMS Davranış Sorunları Denetim Listesi]	Bunamış hastanın davranış sorunlarının bakıcı üzerindeki etkisi	Niederehe, 1988
Zung Self Rating Depression Scale [Zung Kendi Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği]	Depresyon	Zung, 1965

Hastalığın erken döneminde cinsel aktivite azalır, empotans görülebilir, ileri aşamalarda ise uygunsuz cinsel davranışlar görülebilir. Bu durumda altta yatan gerçek neden araştırılmalıdır: İç çamaşırsız bir yaşlı giymeyi unutmış olabileceği gibi, ortalık yerde mastürbasyon yapan birinde idrar yolu enfeksiyonu olabilir.<sup>22</sup>

Davranış bozuklukları ile uyku problemleri arasındaki ilişki karmaşıktır. En sorunlu ve tedavinin hedef alması gereken belirtinin belirlenmesi çoğu kez ayrıntılı değerlendirme gerektirir: Tek bir belirtinin tedavisi (örn. hezeyan) eşlik eden belirtinin de (örn. agresyon ya da uyku bozukluğu) gerilemesine etki eder. Mümkünse, bunamış hastanın uyku işlevi, her görüşmede değerlendirilmelidir. Uyku bozukluğu tek belirti ise davranış etkinlikleri devreye sokulabilir. Gün içi etkinliğin artırılması sorunu çözebilir. Gece sıvı alımının kısıtlanması gece yarısı idrara kalkma zorunluluğunu azaltıp uykunun bölünmesini önleyebilir. Ailenin önemli bir görevi de, anormal davranışların bir günlüğe -davranıştan önceki ve sonraki olaylarla birlikte- kaydedilmesidir. Bir tedavi stratejisi olarak eğer olanaklıysa davranışın öncülleri ve sonuçları değiştirilmelidir. Bu uygulama, sıklıkla, istenmeyen davranışı azaltabilir.<sup>23</sup>

## Bakıcılara Destek

Bazı çalışmalar, bakıcılarda, %53 gibi yüksek oranda depresyon saptamışlardır;<sup>24</sup> bakıcıları kötü yönde etkileyen, hastanın fiziki durumundan çok, zihinsel durumudur. Bakıcının tükenmişliğini artıran etmenler; genç olmak, kadın olmak, düşük gelir grubunda olmak, yeterli ruhsal, toplumsal desteği alamamak ve hastaya tek başına bakmaktır. Alzheimer Hastalığı'ndaki davranış bozukluklarının bakıcı tükenmişliği üzerindeki etkisi, bilişsel belirtilerden daha fazladır.<sup>6</sup> Bakıcılara yardım edebilmek için tükenmişlik tanınması ve toplumsal yardım sağlanmalıdır. Bakıcıların tükenmiş-

lik ve diğer ruhsal sorunlarını saptayan, tanımlanmış bir çok ölçek vardır (Tablo 5).<sup>9</sup> Alzheimer hastasının değerlendirildiği her fırsatta, bakıcı da görülmelidir. Hasta ve bakıcının ihtiyaçları ayrılmalıdır. Bakıcının eğitilmesi, yazılı materyal sağlanması tükenmişlik, depresyon gibi sorunlara yardımcı olabilir.<sup>25</sup> Grup terapisinin ve uzun süreli toplumsal desteğin depresyon belirtilerini azalttığı gösterilmiştir.<sup>26</sup>

Ülkemiz nüfusunun demografik özellikleri değişmektedir: Önümüzdeki yıllarda yaşlıların artmasıyla yaşlı hastalar ve sorunları hekimlik pratiğinde daha önemli bir yer tutacaktır. Buna karşın ülkemizde yaşlılara ve yakınlarına yeterli desteği sağlayacak toplumsal örgütlenmeler yoktur. Ülkemizde, bu hastalara ekip hizmeti veren kuruluş ve bakım evlerinin sayısı sınırlıdır. Örgütlenmiş ev bakımı yoktur. Bu noktada eksiklikleri kapatmak için çeşitli uzmanlık dalları arasında işbirliği oluşturulması tüm kesimler için yararlı sonuçlar doğuracaktır.

## Kaynaklar

1. Green RC. Alzheimer's disease and other dementing disorders in adults. *Clinical Neurology*'de. Ed: Joynt RJ Philadelphia, Lippincot Raven, 1995; 1-13.
2. Roth ME. Advances in Alzheimer disease. A review for the family physician. *J Fam Pract* 1993; 37(6): 593-607.
3. Rymer S, Salloway S, Norton L ve ark. Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16(4): 248-53.
4. Alzheimer Association. Caregiver network helps temper significant hardship in laboring for Alzheimer's relatives. *Prim Psychiatry* 1996; 3: 92-4.
5. Argimon JM, Limon E, Vila J ve ark. Health related quality of life in carer's of patients with dementia. *Fam Pract* 2004; 21: 454-7.
6. Rees J, O'Boyle C, MacDonagh R. Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *J Royal Soc Med* 2001; 94: 563-6.
7. Hall GR, Buckwalter KC, Stolley JM ve ark. Standardized care plan. Managing Alzheimer's patients at home. *J Gerontol Nurs* 1995; 21(1): 37-47.
8. Folstein MF, Blysm FW. Alzheimer hastalığında non kognitif semptomlar. Alzheimer Hastalığı'nda. Ed: Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisoda SS. (çev. Ed. Gürvit H.). İstanbul, Yelkovan Yayıncılık, 2001; 25-39.
9. Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment Scales in Old Age Psychiatry. London, Martin Dunitz Ltd, 1999; 5-72.

10. **Bertolote JM.** Alzheimer's Disease; Help For Care Givers. Department of social change and mental health. World Health Organization Booklet <http://www.alz.co.uk/adi/pdf/helpforcaregivers>. adresinden 19/07/2005 tarihinde erişilmiştir.
11. **Selekler K.** Alzheimer ve diğer demanslar. İstanbul, Güneş Kitabevi, 2003; 1-35.
12. **Albert SM, Marks J, Barret V, Gurland B.** Home health care and quality of patients with Alzheimer disease. *Am J Prev Med* 1997; 13(6): 63-8.
13. **Caring for someone with Alzheimer's.** National İnstitute of Health [http://nih-senior/homecare/safety issues/html](http://nih-senior/homecare/safety%20issues/html) adresinden 02/08/2005 tarihinde erişilmiştir.
14. **Smith Jr CW.** Management of Alzheimer's disease. A family affair. *Postgrad Med J* 1988; 83(5): 118-20.
15. **Cummings JL, Frank JC, Cherry D ve ark.** Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part I. Assesment. *Am Fam Physician* 2002; 65(11): 2263-72.
16. **Özgen G.** Yaşlı olgularda bakım sorunları ve bakım verenlerin durumları. Demans Dizisi'nde Ed. Ceyla İ, Nevzat Y. Ankara, Tıp Yayınevi, 2000; 2(2): 77-80.
17. **Willen SB, Harman SM, Alexander-Israel D.** Home care and the Alzheimer's disease patient: an educational imperative. *Caring* 1997; 16(1): 44-9.
18. **Hall GR.** Care of the patient with Alzheimer disease living at home. *Nurs Clin North Am* 1988; 23(1): 31-46.
19. **About agitation and Alzheimer's disease.** Alzheimer Association. <http://www.alz.org/Resources/Factsheets/FS.Agitation.pdf> adresinden .... tarihinde erişilmiştir.
20. **Cummings JL, Frank JC, Cherry D ve ark.** Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65(12): 2525-34.
21. **Harper MS.** Behavioral, social and mental aspects of home care for older Americans. *Home Health Care Serv Q* 1988; 9(4): 61-124.
22. **Hollister L, Gruber N.** Drug treatment of Alzheimer's disease: Effects on caregiver burden and patient quality of life. *Drugs Aging* 1996; 8: 47-55.
23. **Alessi C.** Managing the behavioral problems of dementia in the home. *Clin Geriatr Med* 1991; 7: 787-801.
24. **Washio M, Arai Y.** Depression among caregiver of the disabled elderly in southern Japan. *Psychiatry Clin Neuroscience* 1999; 53(3): 407-12.
25. **Gormley N.** The role of the dementia training programmes in reducing caregiver burden. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 41-2.
26. **Mittelman MS, Roth DI, Coon DW ve ark.** Sustained benefit of supportive interventions for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004; 191: 850-6.

---

Geliş tarihi: 25.05.2004  
Kabul tarihi: 11.04.2005

**İletişim adresi:**

Dr. Bektaş M. Yalçın  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Üniversite Hastanesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Kurupelit 55139 SAMSUN  
Tel: (0362) 457 60 00 / 3464  
Faks: (0362) 457 60 41  
e-posta: myalcin@omu.edu.tr