
Huzurevlerinde Ajitasyon: Nedenleri ve Başa Çıkma Yolları

Yrd. Doç. Dr. Çağrı YAZGAN*

Demanslı hastalarda ajitasyon önemli bir sorundur. Bakım verenler üzerinde doğrudan, hasta üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri bulunmaktadır. Bize kendini ifade edemeyen hastanın içsel deneyimlerini anlama olanağı veren bir belirti olabilir. Bireyin konfüzyon ya da gereksinimlerinden doğrudan kaynaklanmayan, uygunsuz sözel, motor ya da vokal aktiviteye ajitasyon denmektedir (Cohen-Mansfield ve Billig 1986). Literatürde ajitasyon problem davranış, rahatsız edici davranış, davranış problemleri gibi değişik isimler alır. Bu davranışlar aşağı yukarı yürümek, aynı sözlerin tekrarı gibi yineleyici sahneler, başkasının odasına girip eşyalarını karıştırmak, herkesin ortasında soyunmak gibi sosyal kurallara aykırı davranışlar, kendine ya da çevreye agresif davranışlar gibi çok değişik spektrumda bulunabilir (Tablo 1). Demanslı hastaların birçoğunda görülmekte iken, mutlaka görülmek zorunda değildir.

Davranış çevredekiler için uygunsuz iken, hasta için açıklanabilen bir gereksinime dayanabilir. Ama bu bilinç düzeyinde hasta tarafından tam bir içgörü ile bilinmeyebilir. Pantolonunu başkalarının önünde indiren birisi aslında tuvaleti aramakta ola-

bilir. Bu ihtiyacı kendisi de, çevresi de bilmemektedir.

Ajitasyon belirtilerinin mutlaka rahatsız edici olması gerekmez. Alta yatan bir nedeni bulunan tekrarlayıcı inlemeleri olan bir hasta çevreyi çok rahatsız etmemektedir, ancak ağrısını ifade etmeye çalışmakta olabilir.

Huzurevlerindeki Ajitasyonun Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri'nde huzurevlerinde kalanların büyük çoğunluğu demanslıdır. Bunların büyük bir kısmı davranışsal sorunlar ortaya koyarlar (National Center for Health Statistics, 1989). Ajitasyon sıklığı ne derece fazla ise, o derece fazla sayıda personel gereksinimi olmaktadır.

Özellikle agresif davranışların huzurevlerinde ön planda olduğu, 2/3'ünün diğer sakinlere, 1/3'ünün çalışanlara yönelik olduğu, 1/2'sinin özel Alzheimer bakım ünitesinde gerçekleştiği bildirilmiştir (Malone ve ark. 1993). Klinik olarak daha az dikkat çeken ajitasyon belirtileri aslında daha da sık görülmektedir (Cohen-Mansfield ve ark. 1989). Şiddetli kognitif yıkımı olan 66 hastaya uygulanan Cohen-Mansfield Ajitasyon Ölçeği (CMAÖ) ile, dolanma, aşağı yukarı yürüme, genel huzursuzluk, sürekli ilgi talebi, yakınma ve red-

* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Tablo 1. Ajitasyonun sınıflaması (Cohen-Mansfield 1986)**Agresif olmayan sözel davranışlar**

- Yakınma
- Reddedicilik
- Tekrarlayan ifadeler ve sorular
- Sürekli dikkat ve yardım talebi

Sözel agresif davranışlar

- Küfür etme
- Garip sesler çıkarma
- Sözel cinsel taciz
- Çığlık atma

Agresif olmayan fiziksel davranışlar

- Yineleyici hareketler
- Uygunsuz giyinme, soyunma
- Uygunsuz cisimleri yeme
- Nesneleri uygun olmayan şekilde tutma
- Sürekli başka yere gitme çabası
- Aşağı yukarı amaçsız dolanma
- İstemli düşme
- Genel huzursuzluk
- Nesneleri toplama
- Nesneleri saklama

Fiziksel agresif davranışlar

- Cinsel taciz
- Kendisine ya da başkasına zarar verme
- Nesneleri fırlatma
- Tırnaklama
- Yakalayıp kavrama
- İtme
- Tükürme
- Tekmeleme
- Isırma
- Vurma

dedicilik belirtilerinin en sık görülen ajitasyon belirtileri olduğu gösterilmiştir. Bu hastaların 48'inde ajitasyon olduğu kabul edilmiştir (her gün birkaç kez ortaya çıkan en az bir ajite davranışın bulunması). Ajite olanlar daha fazla ilaç almakta, daha fazla düşmekte ve daha fazla inkontinans göstermektedir (Cohen-Mansfield 1986). Gene CMAÖ'nün kullanıldığı 408 karışık düzeyde kognitif yıkımı olan huzurevi sakini ile yapılan bir çalış-

mada, hastaların %93'ünün en az haftada bir olmak üzere bir ya da birden fazla ajitasyon belirtisi gösterdiği bildirilmiştir. Gündüz vardiyasında akşam ve gece vardiyalarına göre daha sık ajitasyon gözlenmiştir. En sık genel huzursuzluk, diğer sık belirtiler ise aşağı yukarı yürümek, küfür etmek, sürekli ilgi talebi, aynı cümle ya da sözcükleri yinelemek, yakınma ve reddedicilik olarak bulunmuştur (Cohen-Mansfield ve ark. 1989).

Ajitasyon Listesi ile 338 huzurevi sakini ile yapılan çalışmada orta- ağır kognitif kusuru olanların daha yüksek ajitasyon skorları olduğu ve daha fazla personel denetimi gerektirdikleri gösterilmiştir (Wild 1988).

Başka bir çalışmada ise ağır kognitif yıkımı olanların ağırlıklı olarak agresif davranışlar gösterdikleri, daha az bilişsel yıkımı olanların ise daha çok sözel ajitasyon gösterdikleri bildirilmiştir (Cohen-Mansfield ve ark. 1990).

Huzurevinde Ajitasyonun Tanınmasının Önemi

Kolayca ajite olan ve fiziksel agresyona başvurma riski yüksek olan hastalar, aynı kurumda kalan diğerleri için tehdit oluşturmaktadırlar. Huzurevlerindeki agresif hastalar ile başa çıkmak için tanıma ve tedavi planı oluşturmak gereklidir. Bu planın ana ilkeleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Hastaların ajite davranışları ve davranışların şiddeti farklı olabilir. Eskiden yapılan aktivitelerin artık yapılamaması, çevrede olan bitenler, mekanla ilgili konfüzyon da demanslı hastaları ajite hale getirebilir. Bazı hastalar devamlı olarak belli düzeyde anksiyete yaşarken, bazıları aşırı yorgunluk ya da uyarılma sonucu ajitasyona dek artan anksiyete yaşayabilirler (Robinson ve ark. 1968). Ajitasyon ve hırçınlığın büyük bölümü spontan olarak ortaya çıkar ve kısa sürelidir. Büyük çoğunluğu huzursuzluk ya da engelleme sonucu ortaya çıkan ani davranışlardır (Crisis Prevention Institute 1987). Personel bu tip ani ajitasyonların kendisine karşı ortaya çıktığını düşünmemelidir. Örneğin yemeğe giderken uygunsuz giyinmiş bir hastayı, yeniden giydirmek üzere odasına yönlendirdiğinde, hasta giyiminin uygun olduğunu düşündüğünden direnç gösterecektir ve ajite olabilecektir. Bu durumda onu odasına kimin yönlendirdiği fark etmeyecektir.

Tablo 2. Agresif hastayla başa çıkmak için tanıma ve tedavi planının ilkeleri

Ajitasyonun erken belirtilerini bilmek
Agresif davranışın olası nedenlerini bilmek
Agresif sakinlerin özelliklerini bilmek
Birden çok disiplinin içinde bulunduğu kapsamlı bir değerlendirme yapmak
Uygun girişim ve hedefler belirleme

Olası Etiyolojik Faktörler:**1) Çevresel faktörler (Calkins ve Arch 1988):**

Çevreyi tanıyamamak anksiyete yaratabilir. Huzurevine taşınmak hastalar için travmatiktir. Hasta zaten artık evde kontrol edilemeyecek düzeyde ajite olduğu için huzurevine getirilmiştir. Huzurevi bambaşka bir ortamdır. Tanıdık olmayan sesler çoktur. Telefonlar çalar, diğer hastalar bağır-maktadır. Evin aksine kalabalıktır. Hemşireler, doktorlar, bakıcılar, temizlikçiler, diyetisyen, tamirciler, diğer sakinler ve aileleri sürekli ortalıkta dolaşmaktadır. Bu, yorucu olabilir ve ajitasyon gelişmesi için ana faktörler arasında yer alır.

Yemek yeme, yatma saati gibi rutinler huzurevi tarafından belirlenmektedir. Bu da, tam bir değişimdir. Yıkınmaya yardımcı olan personel tanınmayan ve acelesi olan biri olabilir. Yemek seçenekleri sınırlıdır, her zaman sevilen yemekler çıkmayabilir.

Aşırı uyarının yanında yalıtılma da önemli bir sorundur. Kişi kendini kaybolmuş ve terk edilmiş hissedebilir. İlişkiler genellikle yüzeysel veya görev gereğidir. Diğer hastalar ile de ilişki kurmak hemen hemen olanaksızdır. Personelin devamlılığı da önemli bir sorundur. Personel katlarda dönüşümlü çalışabilir, alışılan personel birden başka bir kata gitmiş olabilir.

2) Fizyolojik ve psikolojik nedenler:

Yaşın ileri olması huzurevinde kalanları fiziksel hastalıklara yatkın hale getirir. Ayrıntılı bir fiziksel ve nörolojik bakı huzurevine yatışta gereklidir.

Uykusuzluk yorgunluk ve hırçınlığa, tedavi edilmez ise de kontrolsüz davranışlara ve ajitasyona neden

olabilir. Gündüz uyuyup gece uyanık kalma, konfüzyona, yönlendirmede güçlüğüne neden olup sorunlu davranışlara yol açabilir.

Duygu ve düşüncelerini ifade edemeyen hastalar için fiziksel rahatsızlık ajitasyon doğuran önemli bir faktördür. Ağrı, ateş, kabızlık, idrar tutukluğu, fekal birikim davranış problemlerine yol açan fiziksel rahatsızlıklara örnektir.

Görme ve işitme kusurları da ortamlarla ilgili sorunlarla baş etme gücünü azaltacağından sorunlu davranışlara yol açabilir.

Görsel ya da işitsel halüsinasyonlar, hezeyanlar da davranış sorunlarına neden olabilirler. Bunun yanında ilaçların yan etkileri de ajitasyon benzeri bir tabloya neden olabilirler. Örneğin; artmış yürüme, sallanma, hırçınlık, içten gelen rahatsızlık hissi aslında nöroleptiklerin yol açtığı akatizi iken ajitasyon olarak yorumlanabilir. Yanlış yorumlama, dozu arttırmaya ve artmış yan etkilere neden olur. Deliryum da ajitasyon belirtilerinin bulunabileceği bir rahatsızlıktır. İleri yaş ve demans deliryum için başlıca risk faktörleridir (Carlin ve Lawlor 1995).

3) İşlevsel faktörler:

Demanslılar çevrelerindeki insanlarla iletişim problemi yaşar. Çok sayıda soru sorulunca, yönlendirmeleri hızlı yapınca, kompleks işleri yapması istenince, işler aceleye koşulunca huzursuz hissederler. Ne giyeceğini, ne yiyeceğini seçmek aşırı yorucu olabilir. Karar verme güçlüğü yaşarlar. Bunlar gün boyu süren davranış problemlerine yol açabilir. Yüksek sesler, ani hareketler tehdit edici algılanıp hastayı mücadeleye itebilir.

Eleştiriye, yüzleştirmeye karşı hassas olup ajite olabilirler. Ani ve beklenmedik fiziksel temas da sorunlu davranışların ortaya çıkmasını uyurabilir.

ÖNLEME STRATEJİLERİ

Hastalar düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Ajite davranışlar başlangıç düzeyinde iken fark edilmeli ve tetikleyici faktörler belirlenmelidir. Yoğun anksiyete, sözlü saldırı ve fiziksel agresyon mutlaka değerlendirilmelidir.

Anksiyete ajitasyonun ilk basamağıdır. Yerinde duramama, ellerini ovuşturma, yüzdeki ifade, tekrarlayıcı hareketler, hızlı konuşma, konfüzyon, ağrı çekişmişçasına bir görünüm erken belirti-

lerdir. Hasta ile zaman geçirip, destek olmak bu belirtilerin şiddetlenmesine engel olabilir. Bu belirtiler gözden kaçarsa ileri aşamada sözlü saldırganlık ortaya çıkabilir. Bağışmaya, küfretmeye, suçlamaya ve bazen tehdit etmeye kadar varan davranışlar ortaya çıkabilir. Hasta kendini sözlü olarak ifade edebiliyorsa buna fırsat verilebilir. Hasta ile tartışmamak ve onu tehdit etmemek gerekir. Hastayı sakin ve net bir şekilde yönlendirmek gereklidir. Bu önlemlerin başarılı olmadığı durumlarda fiziksel agresyon ortaya çıkabilir. Bakım verenler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, hekimler, aile üyeleri birlikte çalışmalıdırlar (Eller ve ark. 2003).

Fiziksel değerlendirmenin yanında psikolojik değerlendirme de mutlaka yapılmalıdır. Hastanın yaşam tarzı, kariyeri, ilişkileri, hobileri, geçmişte kullandığı stresle baş etme yolları, kuvvetli ve zayıf tarafları belirlenmelidir. Davranışsal problemin değil, hastanın tedavi edildiği unutulmamalıdır.

Hasta ile huzurevi çalışanları arasındaki ilişki de değerlendirilmelidir. İlk günden kurulacak sağlıklı ilişkiler gelecekte ortaya çıkabilecek sorunların çözümü için yardımcı olacaktır. Bu ilişkiler izolasyonu azaltıcı ve önemsenme duygusunu arttırıcı olacağından ajitasyonun ortaya çıkma riskini de azaltacaktır. Buna ilişkin kurallar Tablo 3'te verilmiştir.

Bir takım etkinlikleri yapamamak demanslı hastanın kendilik saygısını azaltır. Hastaların eski meslek ve ilgilerine yönelik etkinliklerle uğraşması bu duyguların azalmasında yardımcı olabilir.

Fiziksel girişimler son aşamada kullanılmalıdır. Bu yönetime başvurmadan önce şu sorulara yanıt aranmalıdır:

- Ajitasyonun önlenilecek bir nedeni var mı?
- Çevresel ortamın değiştirilmesi gerekli mi?

Tablo 3. Hasta ile iletişim için altın kurallar (Eller ve ark. 2003)

Sıcak ve dostça yaklaşın.
Yavaş ve net konuşun.
Kısa ve basit cümleler kurun.
Ürkütmeden yaklaşın.
Hastaya ismiyle seslenmeye çalışın.
Hastayla tartışmayın ve uzun açıklamalara girmeyin.
Anksiyeteyi arttıracı davranışlarını izleyin ve önlem alın.
Hasta anksiyöz görünüyorsa, ara verip sonra iletişim kurmayı deneyin.
Hastanın duygudurum, yüz ifadesi ve vücut diline dikkat ederek ilişki kurun.
Hastaların dolanarak sıkıntılarını atmaları için güvenli bir alan yaratın.
Hastanın odasını düzenli tutmaya çalışın.
Hastaların ajitasyon paternlerini saptamaya yönelik olarak günlük tutun.
Hastalarla ilgili bilgiler değişik vardiyalarda çalışanlar arasında sağlıklı olarak aktarılmalıdır.
Personeli dikkat dağıtmanın tedavi edici bir araç olarak sıklıkla kullanması için eğitmek gerekir.
Evcil hayvanlar, müzik, sanat terapisi ya da bahçivancılık gibi yararlı tedavi edici etkinlikler olabildiğince düzenlenmelidir.

c) Hastanın rutini değiştirilmeli mi?

d) Hastaya yaklaşımda farklılıklar yararlı olabilir mi?

Eğer bu sorulara verilen yanıtlar ajitasyona çözüm getiremiyorsa ilaca başvurmak gerekebilir. İlaç tedavisi başka bir yazıya konu olabilecek bir başlıktır. Ancak yaşlıların yan etkilerine olan duyarlılığı nedeniyle ilaçların olabildiğince yakın izlem ile kullanılmaları gereklidir.

KAYNAKLAR

Calkins MP, Arch M (1988) Design for Dementia: Planning Environments for the Elderly and Confused. Owings Mills, MD, National Health Publishing, 118-126.

Carlin LS, Lawlor BA (1995) Long term care and the behaviorally disturbed patient. Behavioral complications in Alzheimer's Disease, 245-252.

Cohen-Mansfield J, Billig N (1986) Agitated behaviors in the elderly: a conceptual review. J Am Geriatr Soc, 34:711-721.

Cohen-Mansfield J (1986) Agitated behaviors in the elderly, II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. J Am Geriatr Soc, 34:722-727.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS (1989) A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol*, 44:77-84.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS (1990) Dementia and agitation in nursing home residents: how are they related. *Psychol Aging*, 5:3-8.

Crisis Prevention Institute (1987) *Nonviolent Crisis Intervention*. Brookfield, WI, Crisis Prevention Institute, 15-22.

Eller S, Griffin L, Mote C (2003) Clinical assessment and management of agitation in residential settings. *Agitation in Patients with Dementia*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 81-90.

Malone ML, Thompson L, Goodwin JS (1993) Aggressive behaviors among the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*, 41:853-856.

National Center for Health Statistics (1989) The National Nursing Home Survey. *Issues in Geriatric Psychiatry. Adv Psychosom Med*, 19:113.

Robinson A, Spencer B, White L (1968) *Understanding Difficult Behaviors: Some Practical Suggestions for Coping with Alzheimer's Disease and Related Illnesses*. Ypsilanti, MI, Eastern Michigan University.

Wild K (1988) Agitation in Alzheimer's disease. Measurement and description. *Dissertation Abstracts*, 50:3212.

39. Ulusal Psikiyatri Kongresi

14-19 Ekim 2003

WOW Kremlin Palace - Antalya

Kongre Sekreterliği:

Dr. Ümit TURAL

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri
Anabilim Dalı, İZMİT

Tel: 0262 233 59 81/1708

Faks: 0262 233 54 61

e-mail: turalu@hotmail.com, turalu@kou.edu.tr

www.psikiyatri2003.com

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI &
TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ