
Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı

Öğr. Gör. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ*

Dünya genelinde insan yaşamı uzamaya başlamıştır. Bununla koşt olarak yaşlılıkla birlikte demans gibi hastalıkların da oranı artış göstermiştir (Malmgren 2000). Alzheimer hastalığı tüm demanslar arasında en sık görülen, dejeneratif doğada bir hastalıktır (Ignatavicius ve Workman 1995). Hastalık genellikle ileri yaşlarda başlar ve hangi yaşta başlarsa başlasın klinik ve patolojik olarak benzer bir seyir izler; ancak yaşın ilerlemesiyle başka morbiditeler de eklenmektedir (Finch ve ark. 1992, Adams ve Victor 1993, Smeltzer ve Bare 1996, Tom ve Cummings 1998). Yaşlılık olarak kabul edilen 65 yaşın üzerinde bilişsel fonksiyonlarda bozulmanın en yaygın nedeni Alzheimer hastalığıdır (Adams ve Victor 1993, Le Mone ve Burke 1996). Bu popülasyonun yaklaşık %6-8'inde Alzheimer hastalığı görülmekte; yaşla orantılı artış göstererek 85 yaşın üzerinde %30'lara kadar çıkmaktadır (Small ve ark. 1997). Toplumda yaşlı oranı arttıkça Alzheimer hastalığı da giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Hastalık süresi ölüme değin yaklaşık 3-20 yıllık bir seyir izlemektedir (Ignatavicius ve Workman 1995, Smeltzer ve Bare 1996).

Hastalığın görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla

birlikte özgül nedeni de bilinmemektedir. Bildirilen risk faktörleri arasında yaşlanma, oksidatif stres, genetik ve çevresel etmenler, immunolojik değişiklikler yer almaktadır (Powers 2000). Birinci, 4. ve 21. kromozomlardaki mutasyonların hastalığın erken başlangıçlı ailesel tiplerinden sorumlu olduğu saptanmıştır (Schellenberg 1995). Lipid taşınmasında işlevi olan ve 19. kromozomda kodlanan ApoE proteinin E4 allelinin varlığı, bu proteinin farklı allelini taşıyanlara göre sporadik Alzheimer hastalığı için yaklaşık 2.5 kez risk artışı getirmektedir (Mayeux ve ark. 1998). Başta asetil kolin olmak üzere (Whitehouse ve ark. 1981) serotonin, norepinefrin, dopamin ve somastostatin gibi nörotransmitterlerin rolü de araştırılmaya devam etmektedir (Ignatavicius ve Workman 1995, Le Mone ve Burke 1996).

Hasta yakınlarının hastalar adına ilk belirttiği yakınma genellikle unutkanlıktır. Yolunu kaybetme, hesaplamada bozulma diğer sık yakınmalar arasında yer alır. Bellek bozukluğu başlangıçta sinsiy seyreder ve aile üyeleri ya da arkadaşları hastalık ilerleyinceye ve semptomlar belirgin hale gelinceye kadar bir sorun olduğunun farkına varamayabilir (Adams 1993, Ignatavicius ve Workman 1995, Le Mone ve Burke 1996, Smeltzer ve Bare 1996). Aile üyeleri genellikle hastanın güvenliği tehlikede olmaya başlayınca ya da hastanın anormal davranışları artmaya başlayınca kadar belirtileri

* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İZMİR

inkar ederler ve hastanın eksiklerini kapatmaya çalışırlar (Le Mone ve Burke 1996).

Klinik Seyir

Hastalığın başlangıç dönemlerinde unutkanlık ve hafif derecede bir bellek bozukluğu vardır. Hastanın iş yaşamında ya da sosyal yaşamında küçük aksamalar olabilir ancak kişi bilişsel yeteneklerdeki küçük kayıpları gizleyebilir ve işlevlerini bağımsız olarak sürdürebilir. Bu aşamada depresyon ortaya çıkabilir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte sorunlar artık gizlenemez hale gelir. Unutkanlık pek çok günlük aktivitede ortaya çıkmaya başlar. Bu hastalar tanıdıkları pek çok yüzü, yeri, nesneyi hatırlayamayıp iyi bildikleri çevrede kaybolurlar. Aynı hikayeleri tekrarlarlar, çünkü bir süre önce anlatmış olduklarını unuturlar (Adams ve Victor 1993, Hall 1994, Marce ve Rabins 1999).

Kişiler günlük yaşamlarında basit araçları kullanmak ya da kendi parasını yönetebilmek gibi etkinlikleri gerçekleştiremez hale gelirler. Hastalık ilerledikçe iletişim güçleşir. Hastada lisan bozukluğunun ilk belirtisi olan, nesnelerin adlandırmasında sorunla (anomi) başlayan afazi, ilerleyen dönemlerde tekrarlanan başarılı ama cümlelerin anlaşılmasında zorluğun görüldüğü (transkortikal duysal afazi) bir şekle döner. Hasta kavramlar arasında ilişki kuramaz hale gelir ve deyimleri sadece somut anlamlarında açıklayabilir. Ardışık komutla verilen ya da günlük yaşamda yapılması gereken aktiviteleri tamamlayamaz ve impulsif davranışlar gösterirler (Ignatavicius ve Workman 1995, Le Mone ve Burke 1996, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

Kişilik değişiklikleri genellikle olumsuz yöndedir. Kişi depresif, kuşkucu, paranoid, düşmanca, saldırgan bir davranış gösterebilir. Hastalığın ilerleyişi bu semptomları arttırır. Lisan işlevleri giderek bozulur ve sözcükler anlamsız heceler şekline dönüşür, aktiviteleri ve ajitasyonu artar. Aşırı aktivite nedeniyle iştah artar ve öğün saatlerini unuttuklarından oburca yemek yemek isteyebilirler. Geceleri saatlerce dolaşmak isteyebilirler. Sonunda kişi yemek ve tuvalet konularında da yardıma gereksinim duyar hale gelir, ayrıca yutma güçlüğü ve inkontinans da gelişebilir. Hastalığın ileri dönemi aylarca, bazen yıllarca sürebilir. Hasta genellikle yatağa bağımlıdır ve her türlü bakımının

başkaları tarafından yapılması gerekir. Ölüm nedeni genellikle enfeksiyon, solunum problemleri, beslenme bozukluğu ya da aşırı sıvı kaybıdır (Ignatavicius ve Workman 1995, Le Mone ve Burke 1996, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastalığın erken dönemlerinde hemşirelik bakımı hastanın çevresine uyum sağlamasına yardımcı olmaya odaklanmıştır. Hasta giderek kendi bakımını yapabileceğini yitirdiğinde ve bağımlı hale geldiğinde hem fiziksel hem de psikolojik gereksinimleri de giderek artar (Ignatavicius ve Workman 1995, Le Mone ve Burke 1996, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

Hemşirelik girişimlerinin amacı hastanın optimal bilişsel işlevini sürdürmesine yardım etmek, fiziksel güvenliğini sağlamak, anksiyete ve ajitasyonunu azaltmak, iletişimi iyileştirmek, bağımsızlığını ve özbakım aktivitelerini desteklemek, sosyalizasyon gereksinimlerini karşılamak, yeterli beslenmeyi sağlamak, uyku bozukluklarını gidermek, aileye destek olmak ve eğitmektir (Ignatavicius ve Workman 1995, Le Mone ve Burke 1996, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

HEMŞİRELİK TANILARI VE BU TANILARA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

DÜŞÜNCE SÜRECİNDE DEĞİŞİKLİK

Alzheimer hastalarındaki bellek bozukluğu ve unutkanlık yanında iyi düzenlenmemiş bir çevre durumu daha zorlaştırır. Giderek artan bellek bozukluğu nedeniyle hemşirelik girişimlerinin zamanla değiştirilmesi ve duruma göre düzenlenmesi gerekmektedir.

Hatırlama zorluğu yaşayan hastalar uygun düzenlenmiş bir çevreden oldukça yarar görür. Fiziksel hastalıklar ve çevresel etmenler gibi pek çok durum hastalığın kötüleşmesine, semptomların artmasına neden olan etmenlerdir (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996). Hemşire bu etmenlerin varlığını değerlendirmeli ve mümkün olduğunca ortadan kaldırmalı ya da düzenlemeler yapmalıdır.

- **Çevreyi yapılandırma:** Burada iki önemli

hemşirelik etkinliği aşırı uyarıyı azaltma ve tanıdık bir çevre sağlamadır (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

Aşırı uyarıyı azaltma: Çevresel uyarıların en azda tutulması sağlanmalı; ses, gürültü ve aceleci davranışlar azaltılmalıdır. Duysal uyarıların azaltılması ve sakin bir çevre sağlamak anksiyeteyi yatıştırabilir (Gerdner ve ark. 1996). Eğer hasta hastanedeyse sestən en uzak, örneğin tedavi odalarından ya da desklerden uzak noktalara yerleştirilmeli ve kalabalık olmayan odalar tercih edilmelidir. Eğer hastanın ajitasyonları aşırı boyutlarda ve gece dolaşmaları varsa özel odalar daha uygundur (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

Yapılan araştırmalar özellikle yataklı kurumlardaki aşırı gürültünün hastaların uyku bozukluklarının %46'sından sorumlu olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak aşırı gürültünün hastaların beslenmelerine, kan basınçlarına, nabız sayılarına, stres ve anksiyete düzeylerine de olumsuz yönde etkili olduğu bulunmuştur. Uykusuzluk ve yorgunluk hastaların semptomlarını daha da kötüleştirmekte, ajitasyon ve agresif davranışlarda artışa neden olmaktadır.

Müzik ya da doğa seslerinin hastaların ajitasyonlarını azalttığı, beslenme sürelerini kısalttığı ve besin alımını arttırdıkları bulunmuştur (Beck ve Shue 1994).

Hemşire hastanın kurumda ya da evde yattığı odalardaki resim ve diğer yanlışı yorumlamalara sebep olabilecek aksesuarları gözden geçirmelidir. Renkler ya da şekiller hastalarda farklı çağrışımlar yapabilir. Örneğin hayvan figürleri gerçek olarak algılanabilir, hastayı korkutabilir ve ajitasyonunu arttırabilir (Beck ve Shue 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999).

Tanıdık bir çevre oluşturma: Hemşirenin, hastanın bulunduğu çevrenin günlük düzeni ve alışkanlıklarına uygun olarak olabildiğince değişmeden sürdürülmesini sağlaması gerekmektedir. Örneğin mobilyalar, saç fırçası, gözlük her zaman buldukları yerde tutulursa hastalar günlük yaşam etkinliklerini tanıdıkları çevrede daha kolay gerçekleştirebilirler ve bağımsızlıklarını ola-

bildiğince uzun süre devam ettirebilirler. Ayrıca tanıdık çevrede olmak hastaların ajitasyonlarını azaltacaktır (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

• **Gerçeğe yönlendirmek yerine hastanın inancını geçerli kabul etmek:** Hastanın olabildiği kadar bulunulan yere, kişi ve zamana yönlendirilmesi gerekmektedir. Saat ve takvimler hastanın görebileceği uzaklığa yerleştirilmeli, yazılar görebileceği boyutlarda olmalıdır. Hasta ile konuşurken bulunulan gün, mevsim gibi konulardan bahsedilebilir; ancak hastalığın ileri dönemlerinde tam yönlendirme olanaksız olabilir. Gerçeğe yönlendirme çabası, hastalığın ikinci ya da üçüncü dönemindeki hastaların işlevlerini düzeltmediği gibi anksiyetelerini arttırır. Bu nedenle özellikle bu evrelerde, hastanın söyledikleri ve inançları mantıksız ve gerçek dışı da olsa, hastanın bunun aksine ikna edilmeye çalışılmaması gerekir. Hastanın bilişsel ve işlevsel durumu ne olursa olsun yarım kalmış işlerini çözmesi için ona fırsat vermek, hastayı dinlemek, söylediklerine ilgi göstermek, söyledikleri mantıklı olmasa bile iletişimi sürdürmeye teşvik etmek, yetersizliklerini bir yana bırakıp yapabildiği işlevleri desteklemek, korku ve kayıp duygularını azaltmak ve olabildiğince mutlu olmasını sağlamak gerekir. Bu amaçlara ulaşabilmek için hastalığın her aşamasında ortaya çıkabilecek korku ve gereksinimler bilinmeli, bunları çözümlenebilmek için hastaya özelleştirilmiş bakım planları oluşturulmalı, hastayla iletişim halinde olan herkes uygun iletişim yöntemleri konusunda eğitilmelidir (Beck ve Shue 1994, Day 1997, Jones 1997, Ignatavicius ve Workman 1995).

• **Günlük yaşam etkinliklerinde bağımsızlığı sürdürme:** Hastanın düşünce sürecindeki değişiklik günlük yaşam etkinliklerini yapabilme durumunu da etkiler. Hemşire hastanın yapabildiği kadarı ile işlerini kendinin yapmasına izin vermeli, aile ya da diğer bakım vericileri bu konuda bilgilendirmelidir. Eğer mümkünse, hastaların yemek hazırlığı, alışverişe gitme ya da diğer ev işlerine yapabildiği ölçüde katılımları sağlanmalıdır. Örneğin giysileri bir takım yapılarak (gömlek, pantolon, iç çamaşırı, çorapları) tek bir askıya asılması, bunlardan birini seçerek giyinmesi sağlanmalıdır.

Günlük yaşam etkinliklerini sürdürmek için yardımcı araçlara gereksinim varsa bunlar sağlanmalıdır (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

• **Bağırsak ve mesane inkontinansı:** Hastalar belirli aralıklarla tuvalete götürülürse (gündüzleri iki saat arayla, geceleri daha seyrek olmak üzere) ya da ördek, sürgü verilirse mümkün olduğunca uzun süre idrar ve bağırsak kontrolünün sürdürülmesi olanaklı olabilir. Hemşire hastanın yeterli sıvı almasını teşvik etmelidir; çünkü hastalar ve bakım verenler idrar inkontinansından korktukları için hastanın sıvı alımını kısıtlamış olabilirler.

Hastalar gece yarımsız olarak tuvalete gitmek isteyebilirler ve düşmeler nedeniyle yaralanmalar olabilir. Bu nedenle 60-65 yaşın üzerinde hastaların yatak kenarlıklarının kaldırılması uygundur. Hastalar bazı durumlarda yatak kenarlıklarının da üzerinden atlayıp geçmeye çalışabilirler. Bu durumda yaralanmalar daha da şiddetli olabilir (Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999).

Hemşirenin veya bakım veren kişinin yatak ve tuvalet arasında kazalara neden olabilecek etmenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik önlemleri alması gerekmektedir. Bunların başında lambaların gece boyunca çevrenin aydınlığını sağlayacak şekilde açık tutulması gelir. Eğer uygun olursa yatak başında bir komod, sehpa bulundurulabilir. Bazen hastalar uygun olmayan yerlere tuvaletlerini yapabilir; örneğin lavaboya ya da çöp kutularına. Bunun için tuvaletin yerini hatırlatan yazılar ya da resimler kullanmak yararlı olabilir. Ancak hastalar hastalığın ileri aşamalarında okuyabilme ve okuduklarını anlayabilme yeteneklerini kaybettikleri için yazılı hatırlatıcıların kullanılması yetersiz hale gelebilir (Ignatavicius ve Workman 1995). Bu evrede hastaların düzenli aralıklarla tuvalete götürülmesi gerekir.

• **Yüzleri tanımasına yardımcı olma:** Hastalık sürecinde hastalar tanıdıkları yüzleri tanıyamaz hale gelebilirler. Hemşire aileyi aile üyelerinin ya da sevdiği diğer kişilerin bulunduğu fotoğrafları sağlamaya ve bu fotoğraflardaki kişilerin isimlerini üzerine yazarak tanıdıklarını sürdürmeye teşvik

etmelidir. Ayrıca hemşire hasta yakınlarına geçmişteki güzel günler ve anılar hakkında konuşmanın önemini anlatmalıdır. Hemşire hasta ile beraberken, günlük yaşam aktivitelerini, tedavilerini ya da muayenelerini yaparken hasta ile hatırlatıcı tedaviyi (geçmiş zamanlar, anılar hakkında konuşma) uygulamalıdır. Hastanın bulunduğu ortamda kişisel eşyalarını buldurmak ve onların şimdiki ve geçmişteki anlamları hakkında konuşmak da yararlı bir uygulama olacaktır.

Hasta için aynadaki görüntüsüne bakmak ve bu görüntü hakkında konuşmak sık yapılan bir uygulama değildir ancak hasta için zararlı olmadığı sürece bu yapılabilir. Eğer aynadaki görüntü hasta için korkutucu geliyorsa hemşirenin aynayı kapatması uygun olur. Bakımevi gibi kalabalık ortamlarda hastanın odasının kapısına kendi fotoğrafı yapıştırılabilir. Bu uygulama kişinin kendi yerini bulmasına, aynı zamanda yüzleri tanımaya devam etmesine yardımcı olur (Ignatavicius ve Workman 1995).

• **İletişimi sürdürme:** Hasta ile konuşurken ayağa kalkmalı ve onun görebileceği bir noktaya gidip yüzüne bakarak direkt olarak konuşulmalıdır. Yavaşça, iyi telafuz edilerek basit cümlelerle konuşmalı ve yanıt için acele edilmemelidir. Her defasında bir mesaj verilmelidir. Jest ve mimiklerinizi kullanarak, bir nesneyi göstermek isterken beden dili de kullanılarak konuşulmalıdır. Yanıtı zor soruların sorulmamasına, bunun yerine evet-hayır yanıtı gerektiren sorular yöneltmeye özen gösterilmelidir. Hastanın anksiyetesi gözlenmeli, varsa azaltılmaya çalışılmalıdır. Hasta ile tartışmaktan kaçınılmalı, onu gerçeğe yönlendirmek için inatlaşmamalıdır. Konuşması için ona uygun ve yeterli zaman verip yapabileceğinin ötesinde bir beklenti geliştirmemelidir.

Hastalık ilerlediğinde hastaya bir işi yapması söylendiğinde yapamaz. Bu nedenle o işi yapması için adımların ve gerekli araçların ne olduğu da hatırlatılmalıdır. Örneğin hemşire hastaya takma dişlerini temizlemesini söylediğinde hasta bunu reddedebilir. Bu durumda takma dişlerini koyacağı kap hazırlanır, bu davranış hastaya onu çıkarıp o kabın içine koyması ve temizlemesi gerektiğini hatırlatacaktır. Odalara, çekmecelere ve diğer gereken yerlere etiketler yapıştırılabilir. Görsel ipuçları hastanın olabildiğince bağımsızlığını

sürdürmesine yardımcı olacaktır (Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

YARALANMA RİSKİ

Alzheimer hastaları dolaşma ve sıklıkla kaybolma eğilimindedir. Hastalığın son aşamalarında diğer kişilere karşı fiziksel ve sözel saldırganlık gösterebilirler. Bu nedenle hemşirelik bakımının amacı hastanın kaybolmasını ve yaralanmasını önlemek; ayrıca neden olabileceği yaralanmalardan diğer kişileri korumak olmalıdır.

• **Hareketlilik ve dolaşma:** Hemşire hastada bir tanıtıcı kart ya da bilezik bulundurma konusunda hem hastayı hem de hasta yakınlarını bilgilendirmelidir. Hemşire hastayı gözlemeli ve sık sık hastanın odasını kontrol etmelidir. Kurumda bakılan hastalar için uygun güvenlik önlemlerinin alınması gereklidir. Örneğin hastanın kapısı açıldığında çalan alarm sistemleri olmalıdır.

Hastanın düzenli yürüyüşlere çıkarılması hareketlilik sorunlarını azaltabilir. Hasta dolaşmaya başladığında hemşire onun nereye gitmeyi hedeflediğini öğrenmelidir. Örneğin giysi almak için alışverişe gitmek istiyorsa hemşire ya da diğer bakım verenler hastayı kendi giysilerine yönlendirmeli ve giysiyi onların içinden seçmesi sağlanmalıdır. Bu tür aktivitelerin tekrar tekrar yapılmasının gerekebileceği unutulmamalıdır, çünkü hasta bunları daha önce yapmış olduğunu unutabilir.

Hastaların planlanmış aktivitelerle meşgul olması sağlanabilir. Örneğin bulmacalar, sanatsal uğraşlar hastaların zamanlarının daha yoğun ve sıkıntısız geçmesini sağlayabilir. Demans hastalarının bakıldığı akut bakım ya da uzun süreli bakım kuruluşlarında müzik ve sanatsal uğraşlar son derece sevilen aktiviteler arasında yer alır.

Fiziksel sınırlamalar son seçenek olarak kullanılması gereken yöntemlerdir; çünkü hastanın hareketliliğini artırır ve ajitasyona yol açarlar (Ignatavicius, Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna J 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

• **Güvenliği sağlama:** Alzheimer hastaları nesnelerin ya da durumların zararlı olabileceğini düşünemedikleri için yaralanmalar yaşayabilirler. Bu nedenle ortamda yaralanmaya yol açabilecek

tehlikelerin, örneğin iğnelerin, temizlik maddelerinin, ilaçların bulundurulmaması ya da hastaların ulaşmasının engellenmesi için gerekli önlemlerin alınması (örneğin, buldukları dolabın kilitlemesi gibi) gerekmektedir. Hastalar çoğunlukla artık araba kullanamadıklarının farkına varamayabilirler ve bunu sürdürmek isteyebilirler. Bu durumda araba anahtarlarının ortadan kaldırılması, arabanın göremeyeceği bir yerde olması gerekebilir. Bu durumun hastaya uygun bir şekilde açıklanması gerekmektedir (Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

Hastalığın son dönemlerinde hastalar epileptik nöbetler geçirebilirler. Hemşirenin nöbet için uygun önlemleri alması gerekmektedir.

• **Ajitasyonu azaltma:** Ajitasyon durumlarında hemşire hastayla sakin ve yumuşak bir şekilde konuşmalı ve hastayı daha pozitif davranış ve aktivitelere yönlendirmeye çalışmalıdır. Eğer ajitasyon devam ediyorsa hemşire hastanın güvenliğini sağlamalı ve daha sonra odadan çıkmalıdır. Bu süre içinde gözlemlerini sürdürmeye devam etmelidir.

Eğer hastada çeşitli tüpler ve bağlantılar varsa ajitasyon dönemlerinde bu bağlantıların güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Ajitasyonu olan hastalarda bu tür bağlantıların dikkatli kullanılması, mümkün olduğunca kullanılmaması ve kullanıldığı durumlarda hastanın görebileceği noktalardan uzaklaştırılmaya çalışması gerekmektedir. Örneğin, intravenöz girişim yerleri elastik bandajla örtülerek görülmesi engellenebilir. Bu tür sorunlarla baş etmenin bir diğer yolu da dikkati başka yöne çekmektir (Le Mone ve Burke 1996).

ANKSİYETE

Alzheimer hastalarında anksiyete, huzursuzluk ve konfüzyon hem Alzheimer hastasına bakım veren hemşireler, hem de hasta yakınları için en önemli konulardan biridir. Hastalar sabah saatlerinde akşam saatlerine nazaran daha sakinlerdir. Hastanın öğleden sonra artan bir şekilde başlayan ve gece giderek kötüleşen ajitasyonu olur. Hastalar uykularından korku, panik atak ve konfüzyonla uyanabilirler.

Hastanın yorgunluk ve ajitasyon belirtilerinin

gözlenmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir. Bu, hastada anksiyete yaratan durumun durdurulması ya da ortadan kaldırılmasına olanak verir.

Hastayı anksiyete yaratan (örneğin büyük gruplarla yapılan gürültülü aktivitelerden) durumlardan uzaklaştırmak gerekebilir. Aşırı uyaranlar anksiyete ve ajitasyonu artırır. Günlük rutinlerin olabildiğince sürdürülmeye çalışılması gerekmektedir; çünkü belirli bir plan doğrultusunda yaşanan bir gün tanıdıklık duygusunu artırır ve stresi azaltır. Yorgunluk anksiyeteyi artırıp stres eşiğini düşüreceği için bunu önlemek amacıyla dinlenme aralıklarının sağlanması gerekmektedir (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

UMUTSUZLUK

Hastalar ve aileleri kendilerini umutsuz ve güçsüz hissedebilir. Beklenen sorunlarla baş etme becerileri olmayabilir; ayrıca hastalığın ilerleyici ve geri dönüşsüz gidişi de umudu azaltır.

Hastanın ve yakınlarının tanıya karşı yanıtlarını değerlendirmek ve duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmek gereklidir. Hastanın ya da ailenin bakış açısını anlamak hemşirenin yanlış bilgi ve inanışları belirleyebilmesine ve düzeltebilmesine olanak verir. Hasta ve ailesinin anlayabilme düzeyine uygun olarak doğru ve yeterli bilgi sağlanmalıdır. Hasta ve ailesinin ayrı ayrı toplantılarla bilgilendirilmesi gerekmektedir. Gerçek bilgi doğru karar vermeye yardımcı olan bir etmendir.

İfade edilen duyguları eleştirmek ya da yargılamaktan kaçınmalıdır. Gerçek duyguların ifade edilmesini kabul eden bir ortam daha sonraki duygu ifadelerinin de gerçekçi bir şekilde yapılmasına ve tartışılması için gönüllü olunmasına olanak tanır.

Olumlu aile ilişkilerini kurmaya ve aile içindeki iletişimi sürdürmeye çalışmak gerekmektedir. Güçlü aile ilişkileri, hayatın sürdürülmesini destekler ve yükün paylaşılmasını sağlar (Le Mone ve Burke 1996, Marce ve Rabins 1999).

Hastanın mümkün olduğunca karar vermesini desteklemek ve cesaretlendirmek gerekmektedir. Bu kişinin kontrolün kendinde olduğu duygusunu artırır ve umudu destekler (Le Mone ve Burke 1996).

Hasta ve ailesinin dini inanışlarını sürdürmelerini desteklemek gerekmektedir. İnançların güçlü olması kişinin umutsuzluk duygularının azalmasına yol açar (Le Mone ve Burke 1996).

BAKIM VERME ROLÜNDE GÜÇLÜKLER

Alzheimer hastalığında bakım verenlerin büyük bir kısmı eşleri ve diğer aile üyeleridir. Hastalık kronik ve sürekli kötüleşen bir seyir izlediği için bakım verenler yüklendikleri sorumluluklardan dolayı güçlükler yaşar (Gerdner ve ark. 1996, Smeltzer ve Bare 1996, Ignatavicius ve Workman 95, Le Mone ve Burke 1996, Ozuna 1997). Hastaların bakımı sağlayan eşleri sadece bakımı üslenmenin ortaya çıkardığı fiziksel yükü değil, psikolojik ve ekonomik yükleri ile de baş etmek zorunda kalır. Gelecekte korkma, gelirin azalması ya da ortadan kalkması, desteklerin ve arkadaşlıkların yok olması, bakım verenlerin yaşadıkları yorgunlukla birleşir ve baş etmesi zor bir hal alır. Bu yük ve sorunların altında bakım verenler duyarlı, kırılgan, fiziksel ve duygusal olarak tükenmiş bir hale gelebilir. Ayrıca bakımı sürdürürken sosyal izolasyon yaşayabilirler. Hemşire ailenin durumunu değerlendirirken uyanık olmalıdır. Bu tanı ile ilgili hemşirelik girişimleri arasında hastanın fiziksel bakımına yardım etmek, gerekli yerlere yönlendirmek, gerçekçi planlar yapmak yer alır.

Bakım veren kişilere yorgunluktan kaçınmak ve dinlenme aralıkları planlamak gibi kendi kendine bakım tekniklerini öğretmek gerekmektedir. Çünkü yorgunluk ek bir stresördür ve sağlıklı karar veremeyi olumsuz etkiler. Bakım veren kişinin yürümek gibi hoşlandığı fiziksel aktiviteleri yapması teşvik edilmelidir. Düzenli fiziksel egzersiz stresi azaltır.

Hasta yakınlarını hastalıkla ilgili bölgesel ya da ulusal düzeydeki dernek ya da kuruluşlara yönlendirmek gerekmektedir. Bu tür kuruluşlar sorunlarla baş etmeye yardımcı bilgi aktarma ve destek grup terapileri gibi aktivitelerle bakım verenlere yardımcı olabilir (Beck ve Shue 1994, Gerdner ve ark. 1996, Hall 1994, Ignatavicius ve Workman 1995, Marce ve Rabins 1999, Ozuna 1997, Smeltzer ve Bare 1996).

KAYNAKLAR

- Adams RD, Victor M (1993) Principles of Neurology. 5. Baskı, Mc Graw-Hill Inc., s.957-969.
- Beck CK, Shue VM (1994) Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. Nurs Clin North Am, 29:143-155.
- Day CR (1997) Validation therapy. J Gerontol Nurs, 23:29-34.
- Finch EJ, Ramsay R, Katona CL (1992) Depression and physical illness in the elderly. Clin Geriatr Med, 8:275-287.
- Gerdner LA, Hall GR, Buckwalter KC (1996) Caregiver training for people with Alzheimer's based on a stress threshold model. Image J Nurs Sch, 28:241-247.
- Hall GH (1994) Careing for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. Nurs Clin North Am, 29:129-141.
- Ignatavicius DD, Workman ML (1995) Medical Surgical Nursing. 2. Baskı, WB Saunders Company, s.1153-1167.
- Jones G (1997) A review of fiell's validation method for communicating with and caring for dementia sufferers. Curr Opin Psychiatry, 10:326-332.
- Le Mone P, Burke KM (1996) Medical Surgical Nursing. The Benjamin/Cummings Publishing Company Inc, s.1804-1813.
- Malmgren R (2000) Epidemiology of aging. Textbook of Geriatric Neuropsychiatry, CE Coffey, JL Cummings (Ed), The American Psychiatric Press, s.17-31.
- Marce NL, Rabins PV (1999) 36 Saatlik Bir Gün (Çeviren: N. Önür) The Johns Hopkins University Press/Yüce Yayınları AŞ.
- Mayeux R, Saunders AM, Shea S ve ark. (1998) Utility of the Apolipoprotein E genotype in the diagnosis of Alzheimer's disease. Alzheimer's disease consortium on Apolipoprotein E and Alzheimer's disease. N Engl J Med, 338:506-511.
- Ozuna J (1997) Nursing Care of Clients with Degenerative Neurologic Disorders. Medical Surgical Nursing, JM Black, JE Matassarın, WB Saunders Company, s.863-872.
- Powers RE (2000) Neurobiology of aging. Textbook of Geriatric Neuropsychiatry. CE Coffey, JL Cummings (Ed), The American Psychiatric Press, s.33-79.
- Schellenberg GD (1995) Genetic dissection of Alzheimer disease, a heterogenous disorder. Proc Natl Acad Sci USA, 92:8552-8559.
- Small G, Rabins P, Barry P ve ark. (1997) Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders: consensus statement of the American Association of the Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. JAMA, 278:1363-1371.
- Smeltzer SC, Bare BG (1996) Textbook of Medical Surgical Nursing. 5. Baskı, Lippincott Comp, s.152-165.
- Tom T, Cummings JL (1998) Depression in Parkinson's disease. Pharmacological characteristics and treatment. Drugs Aging, 12:55-74.
- Whitehouse PJ, Price DL, Clark AW ve ark. (1981) Alzheimer disease: evidence for selective loss of cholinergic neurons in the nucleus basalis. Ann Neurol, 10:122-126.