

ÖZEL KONU

YAŞLANMA VE ALZHEIMER HASTALIĞI

Ayfer KARADAKOVAN*

ÖZET

Alzheimer hastalığı, bellek, algılama ve kendine bakım yeteneğinin bozulmasına neden olan kronik, ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır. 65 yaş ve üzeri popülasyonun yaklaşık %4'ünde görülmekte ve bu oran 80 yaşında %20'lere ulaşmaktadır.

Hastalığın nedeni henüz tam olarak bilinmemekle birlikte, oluşumunda yaş, ailesel yatkınlık, genetik ve kromozomal bozukluklar, metabolik bozukluklar ve virüsler gibi değişik faktörlerin rol oynadığı ileri sürülmektedir.

Tıp ve teknoloji alanındaki ilerlemelerin getirdiği olanaklara paralel olarak yeni doğan ve genç erişkin ölümlerinin azalması gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ortalama yaşam süresinin giderek artmasına neden olmaktadır. A.B.D.'de 1900 yılında toplam nüfusun %4.1'ini oluşturan 65 yaş ve T popülasyon 1984 yılında üç katı artarak %11.9'a ulaşmıştır. AB.D.ede dokuz kişide bir kişi 65 yaş ve T olup, bu yaş grubunda toplam sayı 28 milyondur. 2000 yılında bu oranın sekizde bire ulaşacağı tahmin edilmektedir (4). 1980 yılında 44.7 milyon olan Türkiye nüfusunda 65 yaş ve T grup %4.7 oranındadır (6).

Yaşlanmayla birlikte vücut sistemlerinin birçoğunda fonksiyonel değişiklikler ve bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireylerde görülen mental bozukluklar önemli sağlık sorunlarından bir tanesi olup hem yaşlı birey hem de ailesi için olumsuzluklara neden olmaktadır. Mental bozukluklar; depresyon, hipokondriasis, paranoya, dellryum, demans gibi bozukluklar olarak görülebilmektedir (4).

*Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Araş. Gör. (Dr.).

A.B.D.'de huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin %50'sinin demanslı hastalar olduğu bildirilmektedir (4,8,10). Senil demans olarak adlandırılan Alzheimer hastalığı günümüzde batı toplumlarının en önemli halk sağlığı sorunlanndandır. Alzheimer hastalığı 65 yaş ve T bireylerin %4.4'ünde şiddetli demans, 0/011-12'sinde orta derecede demans şeklinde gı5rühnektedir (1.10).

Alzheimer hastalığı, beyin korteksindeki nöronlarda dejenerasyonlar ve beyin dokusunda atrofi ile karakterize, zihinsel fonksiyonlarda ilerleyici bozukluğa neden olan kronik nörodejeneratif bir hastalıktır (3,4,8,10,11,12).

"Alzheimer hastalığı" terimi ilk kez 1907 yılında bir Alman doktor olan Alois Alzheimer tarafından 51 yaşında demansı olan bir kadın hasta için kullanılmıştır. Orta yaş grubundaki bu kadın hastaya yapılan otopside beyinde görülen sentil plaklar, serebral atrofi ve nörofibriller karışıklıklar presenil demansa benzetilmiştir. İlerleyici mental yıkım sonucunda ölen yaşlı hastalara yapılan otopsideki serebral lezyonların bu hastanınki ile aynı olduğu görülerek Alzheimer tipi senil demans denmiştir. Ancak hastalık tablosu yaşa bakılmaksızın başlamakta ve her yaş grubunda aynı bulgular gösteren hastalarda Alzheimer hastalığı terimi kullanılmaktadır (8.12.13).

HASTALIĞIN ÖNEMİ VE EPIDEMIOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Alzheimer hastalığı sadece ileri yaşların hastalığı olmayıp 40-50 yaş grubunda da (presenil demans) çok sık olmamakla birlikte görülebilmektedir. Ancak yaşın ilerlemesine paralel olarak hastalığın görülüş sıklığı artmaktadır. A.B.D.'de 65 yaş ve T bireylerde görülme sıklığı %5-7, 75 yaşında %10, 80 yaş ve T'de %20'ye ulaşmaktadır (1,4,8,10,13). Evans ve arkadaşları (1982) Massachussetts eyaletinde 65 yaş ve 't 'dek' 3623 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada olası Alzheimer prevalansının 65-74 yaş grubunda %3, 75-84 yaş grubunda %18.7, 85 yaş ve T'de %547.2 oranında olduğunu bulmuşlardır (5).

Kesin rakamlar olmamasına karşın A.B.D.'de 2.5-5 milyon kişinin Alzheimerli olduğu bildirilmekte ve gelecek yüzyılın ilk yarısında bu rakamın iki katına çıkması beklenmektedir (4,10). A.B.D.'de yılda 100.000-120.000 kişinin bu hastalıktan öldüğü. ölüm nedenleri sıralamasında 4. ve 5. sıralarda yer aldığı, ev hemşirelik bakım hizmetlerinin yarısının bu hastalara ayrıldığı ve yılda 25 milyar dolar harcandığı bildirilmektedir (1,4,10,13). Morbidite ve mortalite oranlarının yanısıra Al-

zheimer'in aile ve topluma getirdiği emosyonel sorunlar ve mali sorumluluklar hastalığın önemini vurgulamaktadır.

Türkiye'de bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar ve kesin hastalık kayıtları olmamasına karşın ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak gelecekte önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkması olasıdır.

ETYOLOJİ VE PATOGENEZİ

Alzheimer hastalığının nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Ancak hastalığın oluşumunda ailesel yatkınlık, kromozom anomalileri, virüsler, otoimmün bozukluklar, asetilkolin metabolizması ile ilgili bozukluklar, kafa travmaları, diyetle alınan kalsiyum ve magnezyum gibi elementler, alüminyum toksisitesi gibi genetik ve çevresel birçok faktörün rol oynadığı ileri sürülmektedir (1,2,4,8,9,10,12).

Alzheimer hastalığında serebral korteksdeki nöron kaybı en önemli patolojik bulgudur. Mikroskobik incelemede özellikle frontal ve temporal **bölgede nörofibriller** karışıklıklar ve düğümlenmeler, senil plaklar, akson ve dandritlerde kalınlaşmalar, ventriküllerde genişlemeler görülür. Hücresel kayıplar beyin kan akımının azalmasına neden olur. Beyin dokusunda asetilkolin üretiminde rol oynayan asetilkolin tranferaz enziminin aktivitesindeki azalma yeni bilgilerin işlenmesi ve hatırlanmasında önemli rol oynayan bu enzimin üretilmesini azaltır. Alzheimer hastalığında görülen hafıza kaybı ve öğrenme yeteneğindeki azalma bu enzim eksikliği ile açıklanabilmektedir (1,4,10,12,13).

Beyin dokusundaki hücre yıkımının patofizyolojisi ile ilgili olarak kronik alüminyum toksisitesi ileri sürülen nedenlerden bir tanesidir. Bu konu ile ilgili yapılan son çalışmalar alüminyum birikiminin nöronlarda dejenerasyona neden olduğunu gösterirken. Alzheimer hastalığında görülen hücresel değişiklikleri açıklamada yeterli değildir (12).

KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

Alzheimer hastalığının klinik gidiş ve buna bağlı olarak belirti ve bulguları 3 evre de incelenir.

1. Başlangıç Evresi (2.4 yıl) : Dalgınlık ve unutkanlık başlar. Başlangıçta telefon numaralarını, önemsiz olayları ve çok yakını olmayan kimselerin isimlerini unuttur. Ancak hasta küçük notlar alarak ve yapacağı işleri listeleterek bu unutkanlığını **gizlemeye çalışır. Spontan**

aktivitelerde yetersizlik ve kararsızlık, yer ve zaman oryantasyonunda bozulma, konsantrasyon yeteneğinde azalma söz konusudur. Çevreye, olaylara ve insanlara karşı umursamazlık, algılama bozukluğu, duygusal değişiklikler, dikkatsiz davranışlar, karar verme güçlüğü gibi bulgular vardır. Bu evrede bulgular çok yavaş başladığı için ne hasta ne de ailesi hastalığın başlangıcını farketmez. Hasta zihin faaliyeti gösterebilir, işini ve sosyal yaşamını sürdürebilir. Bu evrenin sonlarına doğru halüsünasyonlar, kas seyirmeleri, epileptik krizler ve iş kaybına kadar gidebilen yetersiz performans görülebilir (4,7,8,12,13).

2. İlerleyici Evre (2.12 yıl) : Hastalık bulgular oldukça belirginleşir ve tanı genellikle bu evrede konur. Hastada ilerlemiş hafıza kaybı, sorulara yanıt verme güçlüğü, hesap yapma ve para kullanmada güçlük, önemli evrakları kaybetme, basit şeyleri anlamada, kullanacağı kelimeleri bulmada güçlük, bir çok temel aktiviteyi yerine getirememesi, okuma ve yazma yeteneğinde bozulma gibi bulgular vardır. Aşırı sinirlilik ve huzursuzluk, uyku düzeninde bozulma, sayıklama ve abuk sabuk konuşma, yorgunluk hissetmeme, ayakta duramama ve olaylara karşı umursamazlık bu dönemde görülebilecek bulgulardandır. Depresyon, şüphecilik, saldırganlık ve kavgacılık gibi olumsuz kişilik değişiklikleri, halüsünasyonlarla birlikte paranoid bulgular görülebilir. Aile üyelerini hırsızlıkla, dinsizlikle suçlayabilir, insanlara zarar verebilirler. Evlerinin yolunu kaybedebilir, evdeki çöpleri ve gazeteleri biriktirir, ilaçlarını almayabilirler. Banyo yapma, traş olma, glyinme, yemek yeme, diş fırçalama gibi kişisel hijyen ve gereksinimlerini ihmal edebilirler. Hastalığın ilerlemesiyle uygun sosyal ilişki yeteneklerini ve nmaketlerini yitirir ve topluluk içinde uygun olmayan davranışlarda bulunarak aile üyelerini ve arkadaşlarını güç durumda bırakırlar. Bu davranışlar sonuçta sosyal izolasyona yol açar (4,7,8,12,13).

3. Terminal Evre (1 yıl ve T): Hastalığın bu son evresinde hastalar yakın aile üyelerini tanıyamaz, yazılı ve sözlü iletişim kuramaz hale gelirler. İştah azalması ve yemek yemeyi reddetme nedeniyle hızlı ve belirgin bir kilo kaybı görülür. Bunun tam tersi olarak hasta doyduğunu farketmeyebilir ve sürekli yemek yemek isteyebilir. Bebeklikte görülen, yakalama ve emme refleksleri ortaya çıkabilir. Yürüme güçlüğü, ayakta duramama, idrar ve gaita inkontinansı, bölgesel felçler nedeniyle yatağa bağlanır ve tamamen bir başkasının bakımına bağımlı hale gelirler. Sonuçta dehidratasyon, beslenme bozukluğu, pnömoni veya üriner sistem enfeksiyonu ölüme neden olur (4,7,8,12,13).

Alzheimer hastalığının bu 3 evresinde görülen klinik bulguların ortaya çıkışı ve ilerleyişi bireysel farklılıklar gösterebileceği gibi beyinde etkilenen bölgeyle ilgili olarak da değişiklikler gösterebilir. Hastalık genellikle 5-10 yıl içerisinde ölümle sonlanır (13).

SAĞALTIM VE HEMŞİRELİK BAKI=

Günümüzde Alzheimer hastalığının sağaltımında kullanılabilecek etkili bir ajan yoktur. Hastada ortaya çıkabilecek depresyon, anksiyete gibi mental bozuklukların sağaltımı olasıdır. Ancak Alzheimer hastalığını alevlendirecek amitriptiline hidroklorid gibi antikolinajik etkili ilaçların kullanımından kaçınılmalıdır. Davranış bozukluklarının sağaltımında kullanılan antipsikotik ilaçların sedasyon, ortostatik hipotansiyon gibi yan etkileri ile ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, görmede bulanıklık, taşikardi gibi antikolinajik etkilerinin kontrolü yaşlı bireylerde güç olduğundan kullanılması gereken durumlarda doz ayarlamasına ve hasta izlenmesine dikkat edilmelidir (12).

Alzheimerli hastaların hemşirelik bakımı var olan demansın derecesine göre düzenlenir. Hemşirelik bakımının amacı hastanın zihinsel fonksiyonlarının en üst düzeyde sürdürülmesi, fiziksel güvenliğin sağlanması. ajitasyon ve anksiyetin azaltılması, iletişimin düzenlenmesi, kendine bakım aktivitelerini bağımsızca yerine getirmesinin sağlanması, sosyalizasyon gereksinimlerinin karşılanması ve seksüel sorunların çözümü, yeterli beslenme ve uyku düzeninin sağlanması, aile veya bakımını üstlenen bireylerin eğitiminin sağlanmasıdır (1.4,8.10).

Bunların yerine getirilmesinde aşağıdaki adımlar izlenmelidir;

Zihinsel fonsiyonların en üst düzeyde sürdürülmesi: Çevresinde olup bitenleri anlayabilmesine yardım etmek için hastaya sessiz ve uygun bir ortam sağlanmalı. çevresel uyaranlar olabildiğince kısıtlanmalıdır. Hastadaki oryantasyon bozukluğu ve konfüzyonu azaltmaya yardımcı olabilecek ve güven duygusu verecek, anımsatmaya yardımcı olacak basit ve kolay anlaşılabilir açıklamalar yapılmalı, saat ve takvim gibi zaman oryantasyonuna yardımcı araçlar uygun şekilde kullanılmalıdır. Hastanın odasını bulmasını kolaylaştırmada renkli şeritler veya işaretlerin kullanılması yardımcı olabilir. Hastaya zihinsel yeteneklerini zorlayıcı şeyler sorulmamalı ve yapması istenmemelidir (4,8).

Fiziksel güvenliğin sağlanması: Hastaya olabildiğince yaralanma ve kendine zarar vermeyi azaltıcı (düşme, yanma vb. kaza olasılıkları) güvenli bir çevre sağlanmalıdır. Geceleri odasında yeterli aydınlatma sağlanmalı, yatağı çağrı ziline kolayca ulaşabileceği bir yere yerleştirilerek, parmaklıklar yarıya kadar kaldırılmalıdır. Aldığı ilaçlar, yiyecekleri ve sigara kullanımı dikkatle izlenmeli, hastada ajitasyona neden olabilecek gereksiz hareket kısıtlamalarından (yatakta el ve kolunu bağlama, dolaşmasına izin vermeme vb.) kaçınılmalıdır. Hastaya, yangın alarmı, telefon, televizyon gibi gürültüye neden olup ajite edebilecek kaynaklardan merdiven veya çıkış kapısından uzak, hemşire deski veya odasından kolayca izlenebilecek bir oda seçilmelidir. Tehlikelerin en aza indirildiği bir çevre hastada bağımsızlık ve otonomi duygusu oluşturmada yararlı olur (1,4,7,8).

Aksiyete ve ajitasyonun azaltılması: Hastaya sessiz ve sakin bir çevre sağlanmalı. yapılacak işlemlerde acele edilmemeli, stres yaratmaktan kaçınılmalı, hastaya emosyonel destek sağlanarak gerekli anlayış gösterilmelidir (4,8).

iletişimin sağlanması: Hastanın söylenenleri, anlayabilmesi ve onun söylediklerinin anlaşılabilmesi için aceleci davranışlardan kaçınılmalı, gürültü ve anlaşılmayı güçleştirici faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Sözel iletişimde açık ve kolay anlaşılabilir basit cümleler kullanılmalıdır. Basit notlar ve listelemeler hastaya bazı şeyleri hatırlatmada oldukça yararlıdır. Basit semboller, eşyalar, şekiller vb. sözel iletişim dışında kullanılacak diğer iletişim yöntemlerinden bazılarınıdır. Hastaya dokunma ve kucaklama, güvenlik ve onunla ilgilenildiği duygusunu yaratan yararlı iletişim yöntemlerindedir (4,8).

Kendine bakım aktivitelerini bağımsızca yerine getirmesinin sağlanması: Hastanın gün boyunca yapabileceği basit günlük aktivitelerini yerine getirebilmesine yardımcı olacak düzenlemeler yapılmalıdır. Kısa süreli ve hastayı yormadan yapılacak aktivite programı hazırlanarak hastanın katılımının sağlanması kişisel otonomi ve saygınlığını sürdürmede hastaya yararlı olacaktır. Hastaya günlük aktivitelerinde uygun dinlenme aralıkları sağlanarak yorulması önlenmeli, gerekli durumlarda aktivitesi izlenmelidir (4,8,10).

Sosyalizasyon gereksinimlerinin karşılanması ve seksüel sorunların çözümü: Hemşire ve aile üyeleri, kısa ziyaretler yapması, mektuplaşma ve telefon görüşmeleri yapması konusunda hastayı teşvik etmelidir. Hastaya yapılacak ziyaretler stres yaratmayacak ve onu rahatsız

etmeyecek şekilde düzenlenmeli, bir defada 2 veya 3'den fazla ziyaretçi alınmamalıdır. Konfüze ve yalnız olan hasta evcil bir hayvanın (kedi, köpek, kuş vb.) çıkardığı seslerden dokunuşlardan hoşnut olabilir. Onu yargılamayan evcil bir hayvanla arkadaşlık etmek hastaya doyum verebilir. Alzheimer'lı hasta ve eşi seksüel yaşantılarını sürdürebilirler. Hemşire, hastanın eşinin seksüel kaygıları ve danışmanlık konusunda konuşabilmesine yardımcı olmalıdır (4).

Yeterli beslenmenin sağlanması: Alzheimerli hastalarda unutkanlık, ilgisizlik, diş sorunları, koordinasyon bozukluğu, iştah azalması ve bazen de yiyeceği şeylerin ücretini ödeyemeyeceği korkusu yemek yemeyi engelleyebilir. Hastanın yeterli ve dengeli beslenebilmesi için yemek saatlerinde sessiz ve sakin bir ortam sağlanmalı, iştah açıcı. görüntüsü güzel yemekler hazırlanmalı, boğulmayı önlemek için yiyecekler küçük parçalara bölünmelidir. Sıvı gıdaların yutulması daha kolay olduğundan tercih edilebilir. Sıcak yiyecek ve içeceklerin ısısı yanıklan önlemek için hemşire tarafından kontrol edilmelidir.

Hasta çatal bıçak kullanmak istemiyor ve eliyle yemeği yeğliyorsa. buna engel olmamalı hastaya bir önlük yada gömlek giydirerek istediği şekilde yemesine izin verilmelidir. Zihinsel yetersizlik ilerlediğinde hastanın hemşire veya aile üyelerinden biri tarafından beslenmesi gerekir (4.7).

Dengeli aktivite ve uyku düzeninin sağlanması: Alzheimer'lı hastaların büyük çoğunluğu uykusuzluktan yak= ve gece kalkıp dolaşırlar. Bu davranışlar daha çok hasta sınıtılı, rahatsız, ajite olduğunda, oryantasyon bozukluğu görüldüğünde, yeni bir ortama girdiğinde (hastaneye yatma. yeni oda değişikliği vb.) ve geceleri görülür. Hastalar dışarıya çıktıklarında evlerinin yolunu bulamayabilir, kaza ve yaralanma riski ile karşı karşıya kalabilirler. Bu nedenle Alzheimer'lı hastalar kendilerini tanıtıcı bir künye veya kolye taşımalarıdır. Uykusuzluk sorununu çözebilmek için gündüz uzun süreli uykudan kaçınma, uygun aktivitelerle hastayı oyalama, uykudan önce müzik dinleme, sakin bir ortam sağlama. ılık süt içme, sırtını ovma gibi rahatlatıcı yöntemler kullanılabilir (4,10).

Aile veya bakımını üstlenen bireylerin eğitimi: Alzheimer'lı hastaların ailesine çok büyük bir sorumluluk yüklenir. Hastanın fiziksel sağlığı iyidir, fakat mental dejenerasyon giderek artar. Tanı spesifik olmadığından aile tanının yanlış olabileceğini ümit eder. Aile üyeleri hastanın saldırgan ve düşmanca tavırlarını yanlış anlayabilir ve hastaya

öfke duyabilirler. Hastanırü bakımı ile ilgili sorumluluk duygusu ve üzüntü bakımı üstlenen bireyleri güçsüz ve depresif duruma getirebilir. Bakımı üstlenen kişilerde hiçbir şeye yetememe, aile düzeninin bozulması, kendine yeterli zaman ayıramama, başa çıkma yöntemlerini kullanamama sonucu aşırı yemek yeme veya iştahsızlık, ilaç veya alkol bağırnlılığı gibi davranış bozuklukları görülebilir (1,4.10).

Hemşire hastanın aile üyelerine veya bakımını üstlenen bireylere hastalığın gidişi, hastadaki duygu ve davranış bozukluğunun nedeni ve hastaya nasıl davranılması gerektiği konusunda gerekli eğitim ve desteği sağlanmalıdır. Toplumda böyle hastaların bakımını üstlenebilecek kurumlar ve danışma merkezleri kurularak hasta yakınlarının sorununu çözmede yardımcı olunmalıdır.

SUMMARY

Aging and Alzheimer Disease

Alzheimer's disease is a chronic, progressive and deteriorative neurodegenerative accompanied by profound effects on memory, cognition and ability for self-care. Approximately 4 % of the population over 65 is affected and prevalence reaches 20 % by age 80.

The cause of Alzheimer's disease remains unknown. A variety of factors that may contribute to the development of the disease have been suggested, including age, familial, genetic and chromosomal factors; metabolic abnormalities and perhaps a virus.

KAYNAKLAR

1. Abraham, L. I and others: The Nursing Clinics of North America Vol. 23, No: 1 \VB Saunders Company. Philadelphia, March 1988.
2. - - - : "Alüminyum ve Alzheimer Hastalığı". Literatür. Cilt. 9, Mart 1989, ss: 137-138.
3. I3owers, C.A., Thompson,J.M. Clinical Manual of Healt Assessment. Third Edit. The C.V. Mosby Company, St.Louis, 1989, ss: 49.
4. Brunner, S.L. Suddarth, S.D.: Textbook of Medical-Surgical Nursing. Sixth Edit. The J.B.Lippincott Company. Philadelphia, 1988. ss: 152-162. 1481-1484.
5. Evans, D.A. and diğerleri. "Aramızdaki Yaşlılarda Alzheimer Hastalığı Prevalansı" dama, cilt: 3, Sayı. 3 Mart 1990 ss: 223-228.

6. Gregorio, S.: Social Gerontology-New Directions Croom Helm London. 1987 ss: 153.
7. Hall, RG.: "This Hospital Patient Has Alzheimer's". American Journal of Nursing Vol.91, No:10 October 1991, ss: 45-50.
8. Hickey, V.J.: The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. Second Edit. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1986, ss: 601-603.
9. Mozar. N.H. ve diğeri: "Alzheimer Hastalığının Etiyolojisiyle ilgili Görüşler" Jama, Cilt.1, Sayı.6, Haziran 1988 ss: 400-404.
10. Patrick, L.M. and others: Medical-Surgical Nursing Pathophysiological Concepts. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1986. ss: 935-937.
11. Pekus, M.R. (Çev.): The Merck Manual. Teşhis-Tedavi El Kitabı 2. Baskı, Cilt. 2, Merck Yayıncılık İstanbul, 1987, ss: 985.
12. Thompson. J. and others: Clinical Nursing. Second Edit. The C.V. Mosby Company St.Louis, 1989. ss: 286-293.
13. William, P. ve diğeri: "Alzheimer Hastalığı". Sendrom. Cilt. 4. Sayı. 1, Ocak 1992. ss: 10-14.