

ALZHEİMER HASTALIĞINI ETKİLEYEN PSİKO-SOSYAL FAKTÖRLERİ SAPTAYARAK ALZHEİMER HASTALARINA YÖNELİK TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ GELİŞTİRME (ADAPAZARI ÖRNEĞİ)

STRUGGLE WITH THALESSEMİA İN HATAY: WORKİNG SAMPLE MACRO

Nursel YILDIZ¹
Oktay YÜCE²

Özet

Yaşlanma ile birlikte görülme riski artan ve giderek halk sağlığı problemine dönüşen Alzheimer hastalığı, bireyin bilişsel fonksiyonlarında yıkıma yol açmakta ve bireyi bakıma muhtaç duruma getirmekte; psiko-sosyal ve ekonomik problemlere neden olmaktadır. Bu gerekçe doğrultusunda Alzheimer hastalığını etkileyen psiko-sosyal faktörleri saptayarak Alzheimer hastalarına yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahalesi geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma nitel araştırma yöntemine göre yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu oluşturulmuş; anket uygulaması araştırma örneklemini oluşturan Sakarya İli Adapazarı ilçesinde ikamet eden 60 Alzheimer hastasının refakatçilerine uygulanmış, hastaların Alzheimer tanısı almadan önceki durumları değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalarının %60'ı kadın olduğu tespit edilmiş,

1* Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Sosyal Hizmet Birimi Sorumlusu, Sosyal Hizmet Uzmanı

2* Sakarya Adliyesi, Çocuk Mahkemesi, Sosyal Hizmet Uzmanı

Alzheimer hastalığının kadınlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı 81 'dir. Bu bulgu Alzheimer hastalığının ilerleyen yaşlarda görülme riskinin arttığını göstermektedir. Hastaların %46,7'sinin okuma yazma bilmediği; %66,7'sinin Alzheimer tanısı almadan önce hiçbir mental aktivite ile uğraşmadığı; %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir. Eğitim durumu, sosyal aktivitelere katılım durumu Alzheimer hastalığına neden olan psiko-sosyal faktörler arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Anket verilerine bakıldığında hastaların %71,7'sinin Alzheimer tanısı almadan önce depresyon veya derin üzüntü yaşadığı görülmüştür. Alzheimer hastalarının %70'inin ikinci derece yakınlarında da AH olduğu belirlenmiş; hastalığın genetik yatkınlıktan etkilendiği düşünülmüştür. Hastaların AH tanıları kesinleşmeden önce %98,3'ünün hafif kognitif bozukluk tanısı almadığı, erken tanı ve tedaviden yararlanmadığı bu sebeple hastalığın ilerleyen zamanlarda tespit edildiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelime; Alzheimer Tanısı Olan Hastalar, Psiko-Sosyal Faktörler, Sosyal Hizmet

DEVELOPMENT OF MEDICAL SOCIAL SERVICE INTERVENTIONS FOR ALZHEİMER'S PATIENTS BY BEING DETERMINED THE PSYCHO-SOCIAL FACTORS THAT AFFECT THE ALZHEİMER'S DISEASE (ADAPAZARI SAMPLE)

Abstract

Alzheimer' disease, whose occurrence risk increases with aging and that gradually turns into a problem of public health, causes the destruction on cognitive functions of person and makes the person requiring care; causes the psycho-social and economical problems. Therefore, this study has been made in order to develop the medical social service interventions for Alzheimer's patients by being determined the psycho-social factors that affect the Alzheimer's disease. The study has been made according to qualitative research method. Questionnaire form has been constituted as data collection instrument; the questionnaire has been applied to attendants of 60 Alzheimer's patients, who reside in Province Sakarya, District Adapazarı and constitute the survey sampling, and the situations of the patients have been evaluated before they had diagnosed as Alzheimer.

It has been determined that the 60% of patients attended to the survey are women, it has been concluded that the occurrence frequency of Alzheimer's disease on women is higher. The average age of the patients attended to the survey is 81. This finding shows that the occurrence risk of Alzheimer's disease increases at old ages. It has been determined that the 46,7% of patients is not literate, %66.7 of them are not occupied in any mental activity before taking Alzheimer diagnosis; %70 of them are not occupied in any physical activity. It has been concluded that the educational status and the status of attending to social activities take part among the psycho-social factors caused to Alzheimer's disease.

When the questionnaire data has been considered, it has been seen that the 71.7% of patients had depression or deep sadness before they diagnosed as Alzheimer. In the light of this finding it has been determined that mental health causes to Alzheimer's disease. It has been determined that the second degree relatives of 70% of Alzheimer's patients are also Alzheimer's patients; it has been thought that the disease is affected by genetic predisposition. It has been concluded that 98.3% of the patients did not take mild cognitive impairment diagnosis, did not benefit from the early diagnosis and treatment before the finalization of their Alzheimer diagnosis, for this reason the disease have been detected at the increased ages.

Key Words: Patients diagnosed Alzheimer, Psycho-Social Factors, Social Service

1. GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AH), bilişsel işlevlerde bozulma, günlük yaşam aktivitelerinde azalma, davranışsal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanan ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır (Tellioglu, 2011, s.13). Alzheimer hastalığı, kronik bir hastalıktır ve bireyin zamanla bakıma muhtaç hale gelmesine neden olmaktadır. Alzheimer hastalığının prevalansı 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde %30-47'dir (Selekler,2012, s. 10-11). Daha çok 65 yaş ve sonrasında görülme sıklığı artan hastalık, sürekli ilerleyici bir karakter göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerde görülme sıklığı artan Alzheimer hastalığı, bireylerin sağlıklı yaşam sürmelerini engelleyebilen bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık sorunları bazı sosyal problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Alzheimer hastalığının sürekli ilerleyen klinik seyri nedeniyle hastalar

psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar yaşayabilmekte, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışma Alzheimer hastalığına neden olan psiko- sosyal faktörleri saptamak, alzheimer hastalarına yönelik tıbbi sosyal hizmet uygulamaları geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bu çalışma ile hastalığa neden olan psiko-sosyal risk faktörlerinin belirlenerek, olası risklerin önlenmesi amacını da içermektedir. Çalışma kapsamında bireylerin Alzheimer tanısı almadan önceki psiko-sosyal ve ekonomik durumları, sosyal hayata katılım durumları (fiziksel ve mental aktivitede bulunma), sağlık sorunları, hastalık tanısı alma süreçleri, aile yükülerinde daha önce Alzheimer tanısı alan bireyin bulunma durumu sorgulanmıştır.

2. ALZHEIMER HASTALIĞI

İlk olarak 1901 yılında Doktor Alois Alzheimer tarafından tedavi edilen hastada rastlanan Alzheimer hastalığı entelektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olan progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer hastalığı, santral sinir sisteminin ilerleyici, genetik, geriye dönüşsüz, yaygın hücre içi dejenerasyon hastalığı olup en sık rastlanan demans türüdür (Akpinar, 2009).

AH, bilişsel işlev bozukluğu ile ortaya çıkmaktadır (Selekler,2012, s. 15). Bilişsel işlevler; bellek, dikkat, görsel-mekânsal işlevler, tanıma, problem çözme, yargılama, yürütücü işlevler, beceri ve lisandır (Güler,2011, s.333). Bireyde oluşan bilişsel işlev kaybı zamanla bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapamamasına, başka bir bireyin bakımına, desteğine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır.

AH kliniğinin en önemli özelliği sinsi başlayıp yavaş seyirli olmasıdır. Alzheimer hastalığının seyrinde yakınma ve bulguların şiddetine göre klinik tablo erken, orta ve ileri olmak üzere üç evreye ayrılabilir (Yazıcı ve Şahin, 2010: 49). Selekler ' e (2012) göre ise; Alzheimer hastalığı, klinik öncesi, çok erken evre, erken veya hafif evre, orta ve ağır evre olmak üzere beş döneme ayrılır (Selekler, 2012, s. 48). Bazı çalışmalar ise AH evrelerine presemptomatik dönemi eklemektedir. Araştırmamızda Alzheimer hastalığının erken, orta ve ileri evrelerine yer verilmiştir.

Erken (hafif) evre, mental muayenede belleğin kayıt fazı genellikle korunmuş, geri çağırma ve tanıma fazı bozulmuştur. Dikkat ve planlama, akıl yürütme bozukluğu şeklinde hafif yürütücü işlev bozukluğu yanı sıra kelime bulma güçlüğü ile karakterize dil bozukluğu saptanabilir.

Bellek fonksiyonlarında yakın geçmiş ile ilgili olan unutkanlıklarda artış ve yeni bilgilerin öğrenilmesinde zorluk yaşama görülür fakat uzak geçmiş ile ilgili bilgiler sağlamdır. Bu nedenle hasta yakınlarını bu dönemi "eskileri benden iyi hatırlıyor fakat yeni şeyleri ise hemen unutuyor" gibi cümlelerle anlatabilirler. Bu dönemde bellek bozukluğu, yeni bir bilginin öğrenilmesinde zorluk, yer yön bulma güçlüğü görülür. Günlük yaşam aktivitelerinde unutkanlıklar görülebilir. Kelime bulmakta zorlanma, duraklayarak konuşma gibi dil bozuklukları oluşur. İçine kapanma, inkâr gibi davranış sorunları gözlemlenebilir. Örnek verecek olursak erken evre AH hastalarında, eşyaların yerlerini karıştırmak veya kaybetmek, isimleri unutmak, kullanılan cep telefonu, bulaşık makinesi gibi aletlerin kullanımını unutmak, sorulan soruları tekrar sormak gibi davranışlar görülür.

Orta evre, belirtilerin boyutu biraz daha şiddetlenmiştir. Hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken başkasının yardımına ihtiyaç duyar. Yakın bellek bozukluğu artar ve uzak bellekte bozulmalar başlar. Yeni bilgileri öğrenme tamamen durur ve geçmiş bilgiler ise kronolojik bir sıra ile unutulur. Yer ve kişi tanıma, zaman algısı bozulur. Hesap yapma yetisi kaybolur. Giyinme- soyunma, kişisel temizlik, ev temizliği yapma konularında yardıma ihtiyaç duyarlar. Ruhsal sorunlar ve davranış sorunları artar. Bir konuşmayı sürdüremeyecek düzeyde dil bozuklukları meydana gelir. Bu evre hastalarda görülen belirtiler şu şekilde örneklendirilebilir; isim, okuduğu okul, yaptığı iş gibi konuları hatırlamama, gece ve gündüz ayrımı yapamama bu nedenle hava karadığında yatmaya gitme, amaçsız hareketler yapma, halüsinasyonlar görme (parasının çalındığını, kendine kötülük yapıldığını sanma), yemek yerken dökme, ev dışına çıkınca kaybolma, bağırma, saldırganlık, şüphencilik gibi.

Ağır (ileri) evre, hastaların öz bakım becerilerini yerine getirme, günlük yaşam aktivitelerini yapamama nedeniyle tamamen başkasının bakımına muhtaç bir duruma gelmesine neden olur. Bellek tamamen bozulur sadece bazı bellek parçacıkları kalır. Yakın akrabaları tanıma, kendini tanıma kaybolur. Konuşulanları anlamama, anlamsız sesler çıkarma, niyetini anlatamama durumları oluşur. Beslenme, yıkanma, giyinme yapılamaz. İdrar kontrolü sağlanamaz. Kas sertleşmesi, şekil ve hareket bozukluğu ve yatağa bağımlılık oluşur.

Alzheimer, Demans'ın görülen en yaygın tipi olarak bilinmektedir. Bu nedenle demans hakkındaki bilgiler AH epidemiyolojisi için kaynak teşkil

etmektedir. Uluslararası Alzheimer Hastalığı, Dünya Alzheimer Raporu 2010 ve 2011 yılları verilerine göre, dünyada demans tanısı ile yaşayan birey sayısı 35,6 milyondur. Bu sayının 2030 yılında 65,7 milyon; 2050 yılında ise 115,4 milyon olacağı düşünülmekte olup; 2050 yılına kadar düşük veya orta gelirli ülkelerde demanslı birey sayısının %58 den %71'e yükseleceği belirtilmektedir (Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report, 2010; 2011). Dünya bölgelerinde AH görülme sıklığı Dünya Sağlık örgütü (WHO) 2004 verilerine göre; Doğu Akdeniz ve Afrika'da 0.6 milyon, Güneydoğu Asya'da 2. 8 milyon, Amerika'da 5 milyon, Batı Pasifik'te 7.4 milyon, Avrupa'da 7.6 milyondur (a.g.e., s. 32). Gelişmişlik seviyesi yüksek olan Batı bölgelerinde, ortalama yaşama süresinin uzaması AH görülme sıklığını arttırmaktadır

Türkiye'de ortalama yaşam süresinin gelişmiş ülkelerdeki kadar olmaması, karşılaşılan Alzheimer vakalarının ve bu vakalara yönelik sağlık harcamalarının dikkat çekici büyüklükte olmamasına neden olmaktadır. Fakat Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir ve ileriki yıllarda yaşlı popülasyonu artacak olan bir ülkedir.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları (2012), Türkiye'de 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranının %7,5'e (5.682.003 kişi) yükseldiğini göstermektedir (TUİK, 2012a). Alzheimer hastalığının 65 ve yukarı yaşta görülme prevalansı nedeniyle Türkiye nüfusunun %7,5'ini oluşturan 5.682.003 kişi Alzheimer hastalığı riski ile karşı karşıyadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü "Demans Görülme Sıklığı" raporuna göre; 2006 yılında OECD ülkeleri arasında yapılan bir çalışmada Türkiye'de demans görülme sıklığı %0,4'tür (OECD/European Union, 2010, s. 54). Alzheimer hastalığının, Türkiye için gelecekte en büyük sağlık sorunlarından olması beklenmektedir. Buna rağmen Türkiye'de Alzheimer hastalığı hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar yeterli değildir.

3. ALZHEIMER HASTALIĞINI ETKİLEYEN PSİKO- SOSYAL FAKTÖRLER

Alzheimer hastalığını etkileyen psiko-sosyal faktörlerin mevcut olduğu düşüncesi ile yapılan bu çalışmada bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyleri, ekonomik durumları fiziksel ve mental aktivitelerde bulunma, geçmişte sosyal çevresi olan ilişkileri, sağlık durumları, ailevi yatkınlık durumları ele alınmıştır.

3.1 Yaş

AH, erken yaşlarda başlasa dahi belirtilerinin belirli bir yaştan sonra fark edilebilmesi, tanı konulan yaşın artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle AH, yaş arttıkça görülme sıklığı artan bir hastalık olarak bilinmektedir. Selekler'e göre (2012), yaş gruplarına göre Alzheimer hastalığı görülme sıklığı, 65 yaş üzerindekielerde %6-10 iken, 85 yaş üzerindeki kişilerde %30-50 gibi yüksek oranlara ulaşıyor (Selekler,2012, s. 46).

Rowland ve Green'e göre (1991), 65 yaş ve üzeri için prevalansı %10,3; 80 yaş ve üzeri için %47'dir. Doğu Boston çalışmasında %80,5'i 65 yaş üzerinde olan 3623 hasta ele alınmış ve nörolojik, nöropsikolojik laboratuvar çalışmaları ile Alzheimer hastalığının 65 yaş üzerinde prevalans hızının %10,3; 85 yaş üzerinde ise %47,2 olduğunu gösterilmiştir. 65 yaş üzerindeki popülasyonun her yıl %2,6'sı yeni Alzheimer hastası olmaktadır (Koçer,1999,s. 41-42).

3.2 Cinsiyet

Grundman ve Thal (2000), kadınların erkeklere oranla yaşam ömrünün daha uzun olması nedeniyle rölatif prevalans düzeyinde bir artış olduğunu öne sürmektedir. McBee ve arkadaşlarına göre (1997), ise AH sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır (Erdemoğlu ve Varlıbaş,2001, s. 105). Bu durumun kadınların menopoz dönemi sonrasında östrojen düzeylerinde meydana gelen düşüş ile açıklanmaktadır. Yine hastalığın kadınlarda daha sık görülmesini göreceli olarak kadınlarda eğitim seviyesinin daha düşük olmasına da bağlayan yayınlar da vardır (Karaman, 2002).

2006 yılı Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü "Demans Görülme Sıklığı" raporuna göre; 80-84 yaş grubu arasından erkeklerin %15'inde; kadınların ise %16'sında Alzheimer hastalığı görülmektedir. 95 yaş ve üstünde bu oran erkeklerde %32,4; kadınlarda ise %48,8 olarak saptanmıştır (OECD/ European Union, 2010, s. 54).

3.3 Sosyo-Ekonomik Durum

Ekonomik durumun Alzheimer hastalığı için önemli bir risk faktörü olduğu veya olmadığı birçok çalışmada belirtilmekte olup ekonomik durum ve hastalık arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir. Buna karşın bireylerin sosyal mekanizmalar ile olan ilişkilerinin AH ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Dr. David A. Bennett ve Rush Üniversitesi Chicago Tıp Merkezinde çalışan meslektaşları, sosyal ilişkiler ve fiziksel değişim ile Alzheimer hastalığı arasında ilişkiyi anlamak için bir çalışmaya başlamış; 1,100'den fazla yaşlı

insan üzerinde klinik değerlendirme, hafıza ve zihin fonksiyonları hakkında 21 adet test yapmışlardır. Katılımcılara çocukları, arkadaşları ve aileleri ile görüşme sıklıklarına ilişkin sorular sorulmuştur. Katılımcılar öldüğünde beyinleri alınmış ve AH kanıtları için analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan ve ölen ilk 89 kişi hakkında elde edilen analizler Lancet Nöroloji dergisinde yayımlanarak; sosyal ilişkileri fazla olan bireylerin AH riskinin daha az olduğu kanıtlanmıştır (<http://www.nih.gov/researchmatters/april2006/04282006alzheimert.htm>,26/02/2013)

3.4 Eğitim Düzeyi

Düşük eğitim düzeyi Alzheimer hastalığına yakalanma olasılığını artırmaktadır (Yazıcı ve Şahin, 2010,s. 49). 1988 yılında Şangay demans araştırmalarında düşük eğitim seviyesinin Alzheimer riskini arttırdığı kanıtlanmıştır. Bu araştırmalarda demans riskinin 75 yaşından sonra, hiç eğitim görmemişlerde, herhangi eğitim alanlara göre çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (Selekler,2012, s. 129).

ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) 2010 yılında AH risk faktörlerine yönelik sistematik bir değerlendirme raporu yayınlamıştır. Raporunda en çok üzerinde durulan AH risk faktörleri temel alınmış, her bir risk faktörü için hesap edilen relatif risk (RR) ve söz konusu risk faktörünün toplumdaki prevalansını kullanarak hem ABD hem de Dünya geneli için topluma atfedilen risk (PAR) hesaplamaları yapmışlardır. Bu hesaplamalara göre eğitim eksikliği PAR değeri yaklaşık %19 (6. 473. 000 AH vaka sayısı)'dur (Ateşkan,2012).

3.5 Meslek ve Mental Aktivite

Crowe, Andel ve Pedersen'e göre (2003), hafızayı kullanmayı gerektiren birçok aktivitenin (örgü, dans, okuma, müzik aleti çalma, bahçivanlık, sosyal ve kültürel aktiviteler gibi), demans ve Alzheimer hastalığını önleyici etkileri birçok çalışmanın hedefini oluşturmuştur (Ateşkan, 2012, s. 193).

Manhattan, New York'ta, demansı olmayan 65 yaş ve üzerindeki 1772 kişinin katıldığı Scarmes ve arkadaşlarının çalışmasında (2001), kişilerin bazal boş zaman değerlendirme aktiviteleri saptandıktan sonra, 7 yıl (ortalama 2,9 yıl) senelik standardize nörolojik ve nöropsikolojik muayeneleri yapılmış; yaş, etnik grup, eğitim ve meslek düzenlemesi yaptıktan sonra boş zamanları değerlendirme aktiviteleri ile demans arasındaki rölatif risk araştırılmıştır. Takip süresinde, toplam 207 kişiye demans tanısı konmuştur. Yüksek düzeyde boş zamanları değerlendirme aktivitelerine katılanların, %38 daha az risk ile demans

geliştiği tespit edilmiştir. Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri arasında rölatif riski en aza indiren etken olarak entelektüel faktör saptanmıştır (Selekler, 2007).

3.6 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite yapmanın sağlıklı bir yaşam için önemli olduğu bilinmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite demansa yakalanma riskini düşürebilmektedir. Kanıtlar, egzersizlerin beyne giden kan ve oksijen akımını arttırarak beyin hücrelerine doğrudan olumlu etki edeceğini göstermektedir (<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>,04/03/2013). 1984'te başlatılan Seven Contries Study'de 1900 ve 1920 yılları arasında doğan 2.285 erkeğin 1990, 1995 ve 2000 yıllarında takip muayeneleri yapıldı. Bu kişilerden 1990 yılında 1.149 kişi, 2000 yılında 384 kişi hayatta kalmıştı ve fiziksel olarak sağlıklı olan 295'inden elde edinilen bilgiler değerlendirildi. Bulgular yaşlılık çağında, şiddeti orta-az derecede yapılan fiziksel aktivitelerin en az derecede yapılanaya göre, zihinsel yıkımın daha az olmasını sağladığını gösterdi. Yazarlar, fiziksel aktiviteyi en az yapan erkeklerde en fazla zihinsel yıkım bulduklarını, orta-az şiddette aktivitenin(voleybol oynama, saatte üç mil yürüyüş gibi) daha az zihinsel yıkıma neden olduğunu belirtti (Selekler,2012, s. 149).

3.7 Sigara ve Alkol Kullanımı

Alzheimer hastalığına neden olan faktörler içerisinde sigara ve nikotin hakkında tartışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar nikotinin AH için önleyici faktör olduğunu; bazıları ise sigara kullanımının Alzheimer hastası olma riskini arttırdığını belirtmektedir. Aslında nikotin vasküler hastalıklara neden olmakta; vasküler hastalıklar ise demans riskini arttırmaktadır. Bu durum sigara kullanımı ve AH arasındaki ilişkiyi açıklayıcı niteliktedir. (Gogia ve Rastogi, 2009, s. 58-59).

2011 yılında yayımlanan bir çalışmada; 1978-1985 yılları arasında araştırmaya katılan 21.123 kişi, ileriye dönük olarak değerlendirildi ve orta yaşlarda günde iki paketten fazla sigara içen bireylerde, 20 yıl sonra Alzheimer, vasküler ve diğer demans riskinin, hiç sigara içmeyenlere göre %100 arttığı ve sigaranın zararlı etkisinin genellikle vasküler mekanizmalar (damar sertliğini arttırarak) yoluyla olduğu saptandı. (Selekler, 2012, s. 113). Alkol kullanımı ve AH riski hakkında yapılan araştırmalar alkolün hafif, orta ve yüksek derecede tüketilmesi olarak sınıflandırılarak yapılmış ve bu güne kadar kesin bir bulguya saptanmamıştır.

3.8 Depresyon ve Stres

Depresyon öykülü Alzheimer hastalarının ve depresyon bulgusu olan hastaların hipokampus bölgelerinde belirgin nöropatolojik değişiklikler görülmektedir. Yaşamlarında majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarda alzheimer olma riski artmaktadır (Gogia ve Rastogi,2008, s. 60).

Billings, Green, Mcgaugh ve La Ferla (2007), Kalifornia-Irvine Üniversitesinde yapılan araştırmada stres hormonunun beyinde AH neden olan lezyonların oluşumunu hızlandırdığını, bu nedenle araştırmacıların, yaşlılıkta stres yönetimi ve ilaç kullanımının azaltılmasının hastalığın yavaş ilerlemesini sağlayacağını düşündüğünü belirtmiştir (a.g.e., s. 60).

Depresyon, stres ve Alzheimer arasında ilişkinin olup olmadığına dair çalışmalarda depresyonun prelinik bir semptom mu yoksa tek başına bir risk faktörü mü olduğu konusu tartışmalıdır.

3.9 Ailevi veya Genetik Yatkınlık

Alzheimer hastalığının genetik etkisi, ailesel AH (kalıtsal otomozal dominant şekli) ile sınırlı değildir ama ailesinde alzheimer içeren vakalar ara sıra görülmektedir. Alzheimer hastalığının erken yaşta başlaması ve pozitif aile öyküsü hastalığın genetik belirtileri olarak bilinmektedir (Lohmann, 2012, s. 259).

Alzheimer hastalığında genetik faktörler büyük oranda hastalığın gelişimi için çevresel faktörlere bir yatkınlık zemini yaratacak şekilde birer risk faktörü niteliğindedirler (Altın, 2006, s. 6). Aile öyküsünde özellikle birinci derecede akrabaların etkilenmesi önemlidir, bu durumda risk dört kat artmaktadır (Topçuoğlu ve Selekler, 1998, s. 64). Selekler'e göre (2012), birinci derece akraba (anne- baba) Alzheimer hastası olanlarda hastalık riskinin, ailesinde Alzheimer olmayanlara göre,4-10 kat arttığını belirtmektedir. (Selekler,2012,s.125). Knopman'a göre (2001), AH'nın %2'sini ailevi AH oluşturur(Cankurtaran ve Arioğul, 31.01/2013, parag.58).

4. TIBBİ SOSYAL HİZMET

Sağlık sektöründe sosyal hizmetin ilk uygulamaları, hastaneye yatan hasta ile ilgili aile, akraba ve yakınlarından bilgiler almak ve yine hasta ile ilgili aileye, akrabalara ve yakınlara bilgi vermek, hastanın aile ve dış çevre ile ilişkilerini güçlendirmek için ona yardımcı olmak gibi etkinlikler olmuştur.

4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı Sağlık ve Sosyal Hizmetler Komisyonu Raporu'na göre tıbbi sosyal hizmetler; "kişi, grup, aile ve toplumun

sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünü” olarak tanımlanmıştır (Duyan,1996,s. 7).

Şu anda kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında uygulanan tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının mevzuatını oluşturan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 'ne göre (2011), tıbbi sosyal hizmet; “ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011).

5.ALZHEIMER HASTALARINA YÖNELİK TIBBİ SOSYAL HİZMET

Profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması bir seri aşama sonucunda gerçekleşir. Bu aşamalar:

1. Başlangıç (hasta ve sorunlarını belirleme) aşaması
2. Sosyal hizmet planlama aşaması
3. Hizmetin verilmesi aşaması
4. Değerlendirme, sonlandırma ve takip aşaması (Duyan,1996, s. 22).

Başlangıç aşamasında uzmanla başvuran kişinin ilk karşılaştığı, tanışma ve sorunun ne olduğunun araştırıldığı, sorun saptamasının yapıldığı aşamadır (Kuşgözoğlu, 2013,s. 98). Hastanın tıbbi bakım ve tedavi almasına neden olan veya buna etki eden faktörler, hastanın içinde bulunduğu durumu anlamak için hastanın ailesi, hekimi ve diğer tıbbi bakım ve tedavi personelinin, hasta hakkında tutulan kayıtlardan hasta hakkında bilgi edinilir (Duyan,1996, s. 22-23). Hasta ile ilk karşılaşma, hastanın bireysel başvurusu, hasta ailesinin başvurusu, sosyal hizmet uzmanının tespiti veya tıbbi bakım ve tedavi personelinin tespiti üzerine olabilir.

Alzheimer hastalığının tipik özelliği, kronik ve ilerleyici bir hastalık olması, bireyin bilişsel, duygusal ve sosyal işlevselliğini kaybetmesine neden olması, bireyi zamanla günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyecek,

öz bakım becerilerini yapamayacak düzeyde bakıma muhtaç duruma getirmesidir. Bu nedenle ilk aşama da genel olarak Alzheimer hastası yaşlı, bakıma muhtaç ve kronik sağlık sorunları olan hasta olarak değerlendirilebilir, buna bağlı olarak yaşadığı sorunlar belirlenebilir.

Sosyal hizmet uygulamasının, müdahalesinin planlanması aşaması sorunun anlaşılmasından sonra uygulanması gereken hizmetin planlandığı aşamadır. Hizmetin planlanmasında hasta ve/veya ailesi, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık personeli ekip olarak karar almalıdır.

Alzheimer hastası, hastalığı nedeniyle kendi kararını veremeyebilir bu nedenle ailesinin hasta hakkında karar vermesine izin verilmelidir. Alzheimer hastasının ve ailesinin yaşadığı sorun tespit edildikten sonra hastanın ailesi ile hasta hakkında psiko-sosyal ve ekonomik değerlendirme yapılarak sorunun çözümüne yönelik uygun hizmet modeli planlanır.

Hizmetin verilme aşaması, uygun görülen hizmet modelinin uygulandığı, sosyal hizmet müdahalesinin gerçekleştiği aşamadır. Her hastanın psiko-sosyal öyküsünün farklı olması, farklı sorunlar yaşaması standart tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının planlanmasına imkân vermemektedir. Bu nedenle hastaların ihtiyacına göre gerekli tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri planlanması gerekmektedir. Fakat bu aşamada genel olarak; alzheimer hastalarına ve birlikte yaşadıkları aile fertlerine hastalığın belirtileri, süreci, hastada izlenebilecek olası komplikasyonlar vb. hakkında bilgilendirme, hastanın evde bakımını kolaylaştıracak hizmetler (evde sağlık hizmeti gibi) hakkında bilgilendirme, ilgili mercilere yönlendirme hizmeti verilebilir. Hastanın psiko-sosyal ve ekonomik durumunun değerlendirilmesi için gerekiyorsa ev ziyaretleri yaparak hasta hakkında sosyal inceleme ve değerlendirme yapılabilir. Yapılan inceleme ve değerlendirme neticesinde hastanın ve/veya ailesinin ihtiyaç duyduğu sosyal yardımlara (aynı-nakdi yardım, sağlık yardımı, eğitim yardımı, barınma yardımı gibi) ulaşması için sorunun ilgili kurumlara bildirilmesi, yönlendirilmesi, kaynak sağlanması gibi hizmetler yapılabilir. Hastanın sağlıklı yaşam koşullarında, bakımsız bir şekilde yaşaması, hasta ile ilgilenen aile fertlerinin olmaması durumunda hastanın sürekli olarak bir kurum bakımı altına alınması işlemleri düzenlenebilir.

Ayrıca toplumun Alzheimer hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, tedavi, bakım ve destek hizmetlerine kolay ulaşılabilir etkin sosyal politikaların geliştirilmesi, Alzheimer hastalarına özgü hizmet modellerinin oluşturulması

gibi makro boyutlu müdahaleler de yapılabilir. Moore ve Jones (2012), “ Social Work and Dementia” isimli kitabında demanslılara yönelik yapılacak müdahaleleri şu şekilde listelemiştir;

- Demans hakkında profesyonel kamu bilinç ve anlayışı geliştirmek
- Erken tanı ve müdahale hizmetlerinin kalitelendirilmesi
- Demanslılara ve bakıcılarını kaliteli bilgilendirme yapılması
- Bakım, destek ve tavsiye hizmetlerine kolay erişim sağlanması
- Akran desteği ve öğrenme ağlarının geliştirilmesi
- Personel destek hizmetleri
- Bakıcı stratejisinin uygulanması
- Hastanelerde demanslılara kaliteli bakım sağlanması
- Konut desteği, konut ilgili hizmetler, tele bakım desteği sağlamak
- Bakım evinde yaşamasını sağlamak
- Yaşam sonu bakım hizmetlerinin geliştirilmesi
- Demanslılara yönelik bilgilendirme ve etkili iş gücü oluşturulması
- Demans hakkında ortak stratejiler geliştirmek
- Sağlık ve bakım hizmetlerinin geliştirmek
- Etkin ulusal ve bölgesel stratejilerin uygulanması (Moore ve Jones, 2012,s. 25).

6.YÖNTEM

Araştırmada Sakarya evren olarak alınmıştır. Örneklem dâhilinde Sakarya ili sınırları içinde olan Adapazarı ilçesi ele alınmıştır. Araştırma kesitsel bir araştırma; örneklem türü ise yargısal örneklemedir.

Araştırmada örneklem büyüklüğü = $N.t.p.q / d^2(N-1) + t^2.p.q$ formülüne göre hesaplanmıştır. Bu hesapta dikkate alınan veriler aşağıda verilmiştir. Dikkate alınan veriler ile toplam olgu miktarı 59 olarak ortaya çıkmış araştırmada 60 olgu ele alınmıştır.

Adapazarı İlçe Merkez Nüfusu	257.826	9,8
65 yaş ve üzeri Adapazarı İlçe Nüfusu	19.091	9,8
Türkiye’de Demans Görülme Sıklığı	%0.4	18
Adapazarı’nda Demanslı 65 yaş ve üzeri birey sayısı	77	0,8

Tablo 1.Örneklem Genişliği İçin Dikkate Alınan Veriler

Araştırmanın hedef aldığı örneklem gurubu özellikleri şu şekilde belirlenmiştir.

HASTA ÖZELLİKLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • Adapazarı ilçesinde ikamet etmek, • Alzheimer tanısı almış kadın ve erkek olmak, • Refakatçisi bulunmak,
REFAKATÇİ ÖZELLİKLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • En az 20 yaşında olmak, • Alzheimer tanısı olan ve yukarıdaki ölçülere uygun hastası olmak, • Hastanın kan/kayın yakını, eşi olmak, • Araştırmaya katılmada gönüllü olmak,

Tablo 2. Örneklem Grubu Özellikleri

Araştırmanın kavramsal çerçevesi için verilerin toplanması aşamasında doküman analizi yapılmış; ihtiyaç duyulan yazılı dokümanlara Hacettepe Üniversitesi, Sakarya üniversitesi, Yalova Üniversitesi kütüphanelerinden ve elektronik kaynaklardan ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı olarak araştırma konusu ve amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formu kullanılmıştır. Araştırma kapsamında hazırlanan anket soruları, hastaların refakatçilerine uygulanmış olup, sekiz bölümden (refakatçi bilgileri, hastanın sosyo demografik bilgileri, aile durum tablosu, fiziksel aktivite, mental aktivite, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, hastalık süreci bilgileri) ve 36 adet sorudan oluşmaktadır. Anket tekniğinden edinilen veriler bilgisayara yüklenerek veri tabanı oluşturulmuş ve bu veriler üzerinde SPSS 16.0 (The Statistical Program for Social Science) paket programı aracılığıyla istatistiksel işlemler gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda istatistiksel tekniklerden frekans, yüzde, aritmetik ortalama, tek grup t testi kullanılmış; elde edilen rakamsal bulgular yoruma tâbi tutulmuştur. Araştırmanın kavramsal çerçevesinin oluşturulması ve anket formlarının uygulanarak analiz edilmesi yaklaşık olarak iki yılı bulan bir sürede gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesine müracaat eden Alzheimer hastaları ele alınmış olup; araştırmaya ilişkin gerekli izin 15.03.2013 tarihinde hastane yöneticiliğinden alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hasta yakınları yani refakatçilerinden de izin alınmıştır. Anket, bizzat araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmaya gönüllü olan Alzheimer hastalarının refakatçilerine uygulanmıştır.

7.BULGULAR VE YORUM

Araştırma kapsamında incelenen hastaların ortalama yaşının 81; hastalığın teşhis edildiği yaş ortalaması ise 77 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %60'ının kadın; %40'ının ise erkektir. Kadınlarda Alzheimer hastalığının daha fazla görülme durumu ortalama yaşam süresi ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu Tablo 3'te değerlendirilmiştir.

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuma Yazma Bilmiyor	28	46,7
Okuma Yazma Biliyor	14	23,3
İlkokul Terk	1	1,7
İlkokul	16	26,7
Lise	1	1,7
Toplam	60	100,0

Tablo 3. Eğitim Durumu

Araştırma bulgularında hastaların çoğunluğunun okuryazar olmadığı görülmüştür. Hastaların çoğunlukla %46,7 oranıyla okuma yazma bilmediği; % 23,3'ünün herhangi bir mezuniyete bağlı olmaksızın okuma yazma bildiği %26,7'sinin ise ilkökul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %1,7'si lise mezunu ve yine %1,7'sinin ilkökulu terk ettiği bulunmuştur. Hastalar arasında üniversite mezunu ve ortaokul mezunu bulunmaması nedeniyle tabloyu kalabalıklaştırmamak adına bu veriler tabloya yerleştirilmemiştir.

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memur	3	5
İşçi	3	5
Serbest Meslek	10	16,7
Çiftçilik Hayvancılık	10	16,7
Herhangi bir işte çalışmadı	34	56,7
Toplam	60	100,0

Tablo 4. Mesleki Durum

Araştırmaya katılan hastaların geçmişteki mesleki durumları Tablo 4'te incelenmiştir. Buna göre, hastaların %56,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %16,7'sinin ise çiftçilik –hayvancılık ve yine aynı oranda serbest meslek ile meşgul olduğu tespit edilmiştir. Alzheimer hastalığının bireylerin ekonomik durumu ile ilişkisi olup olmadığı konusu tespit edilmek için hastaların ekonomik durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların %50'sinin ekonomik durumu orta düzeydedir.

Hastaların, Alzheimer tanısı almadan önceki sosyal çevresi (ailesi, akrabaları, komşu- arkadaşları) ile olan ilişki düzeyi sorgulanmıştır. Buna göre, hastaların birinci çoğunlukla %63,3'ünün çevresi ile ilişkilerinin iyi olduğu; ikinci çoğunlukta ise %15'inin çevresi ile ilişkilerinin çok iyi veya ne iyi ne kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Alzheimer hastalarının geçmişte ki sosyal ilişki durumlarının hastalığı etkilemediği görülmüştür.

Fiziksel aktivite yapma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	18	30,0
Hayır	42	70,0
Toplam	60	100,0

Tablo 5. Fiziksel Aktivite Yapma Durumu

Tablo 5'de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce fiziksel aktivite yapma durumu incelenmiştir. Buna göre, hastaların çoğunluğunun %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir.

Okuma faaliyetinde bulunma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	20	33,3
Hayır	40	66,7
Toplam	60	100,0

Tablo 6.Okuma Faaliyetinde Bulunma

Tablo 6'da hastaların kitap, dergi, gazete vb. gibi şeyleri okuma durumları incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %66,7'sinin herhangi bir okuma faaliyetinde bulunmadığı tespit edilmiştir. Beyinlerini aktif tutan insanlarda demans gelişme riskinin azalabileceği görülmektedir. Okumak, satranç gibi hobilerle uğraşmak, bulmaca çözmek veya puzzle yapmak riskin önlenmesine yardımcı olmaktadır (<http://www.alz.co.uk/info/risk-factors,04/03/2013>). Hastaların %46,7 sinin okuma yazma bilmemesi, okuma faaliyetinde bulunmama durumunu da açıklar nitelikte olduğunu göstermektedir.

Mental aktivitede bulunma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Zeka Oyunları	2	3,3
Edebi-Dini Eserler Ezberleme	18	30,0
Hiçbiri	40	66,7
Toplam	60	100,0

Tablo 8.Mental Aktivitelerde Bulunma Durumu

Tablo 8’de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce yaptıkları mental aktiviteler incelenmiştir. Buna göre hastaların birinci çoğunlukla %66,7’inin hiçbir mental aktivite ile uğraşmadığı; ikinci çoğunlukla %30’unun edebi-dini eser ezberlediği; üçüncü çoğunlukla ise %3,3’ünün zeka oyunları ile uğraştığı tespit edilmiştir. Beyinlerini aktif tutan insanlarda demans gelişme riskinin azalabileceği görülmektedir. Ankete verilen cevaplar arasında zekâ oyunları seçeneğini belirten katılımcılar hastalarının bulmaca çözdüklerini beyan etmişlerdir. Hastalar arasında tiyatro-sinema izleme, resim müzik uğraşısında bulunma gibi aktiviteleri yapan hasta bulunmamaktadır. Bu nedenle bu veriler tabloda verilmemiştir.

Madde kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Sigara	Evet	17	28
	Hayır	43	71
Alkol	Evet	6	10
	Hayır	54	90

Tablo 9.Sigara-Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu

Tablo 9’da hastaların Alzheimer tanısı almadan önce sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım durumu incelenmiştir. Buna göre, hastaların genel olarak sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmadığı tespit edilmiştir. Madde kullanımı içinde %28 oranında sigara kullanımının fazla olduğu görülmüştür. Hastalar içinde uyuşturucu madde kullanan birey bulunmadığı için bu bilgi tabloda verilmemiştir.

Sağlık sorunları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	24	40
Diabetüs Mellitüs	7	11,7
Hiperkolestrolemi	6	10
Kalp-Damar Hastalıkları	10	16,7
Kanser	1	1,7
Diğer	10	16,7

Tablo 10.Alzheimer Hastalığı Öncesinde Yaşanılan Sağlık Sorunu Dağılımı

Tablo 10’da hastaların ne tür sağlık sorunu olduğu incelenmiştir. Buna göre hastaların birinci çoğunlukla %40’ının hipertansiyon rahatsızlığı; ikinci çoğunlukla %16,7’sinin kalp damar rahatsızlıkları ve diğer rahatsızlıkları; üçüncü çoğunlukla %11,7’sinin diabetüs mellitüs rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir. Anketi cevaplayanların diğer seçeneğine göğüs hastalıkları, migren ve serebrovasküler hastalıkları ifade ettikleri tespit edilmiştir.

Depresyon veya derin üzüntü yaşama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	43	71,7
Hayır	17	28,3
Toplam	60	100,0

Tablo 11. Depresyon veya Derin Üzüntü Geçirme Durumu

Tablo 11’de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce depresyon veya derin üzüntü yaşama durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla %71,7’sinin depresyon veya derin üzüntü yaşadığı tespit edilmiştir. Nitekim 1953 Alzheimer hastasında yapılan bir çalışmada, demans öncesi depresif semptomların görülme oranının, kontrollerle kıyaslandığında iki kat fazla olduğu bildirilmiştir (Ateşkan, 2012, s.195).

Depresyon veya derin üzüntü yaşayan hastaların (43 kişi=%71,7) hangi nedene bağlı olarak depresyon veya derin üzüntü yaşadıkları da incelenmiştir. Buna göre, hastaların birinci çoğunluğu %38,3’ü aile üyelerinin vefatı (anketi cevaplayanlar daha çok eş ve çocukların vefatını belirtmiştir.); ikinci çoğunlukla %8,3’ünün aile içi sorunlar, üçüncü çoğunlukla %6,7 aile üyelerinden ayrılmak nedeniyle depresyon veya derin üzüntü yaşamıştır.

Hkb tanısı alma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	1	1,7
Hayır	59	98,3
Toplam	60	100,0

Tablo 12. Hafif Kognitif Bozukluk (hkb) Tanısı Alma Durumu

Tablo 12’de hastaların Alzheimer tanısı almadan hkb tanısı alma durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %98,3’ünün hkb tanısı almadığı tespit edilmiştir.

Aile yakınlarında AH	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	20	33,3
Hayır	40	66,7
Toplam	60	100,0

Tablo 13. Aile Yakınlarında Alzheimer Tanısı Olma Durumu

Tablo 13’te hastaların aile yakınlarında daha önceleri Alzheimer tanılı bireylerin olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %66,7’sinin aile yakınlarında böyle bir rahatsızlık olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların kaçınıcı derece aile yakınlarında Alzheimer hastalığı olduğu da incelenmiştir. Buna göre AH, birinci çoğunlukla %70’inin ikinci derece kan yakınlarında; ikinci çoğunlukla %20’sinin ise birinci derece yakınlarında olduğu tespit edilmiştir. Anket uygulanma aşamasında anketi cevaplayanların ikinci derece kan yakınları bağlamında en fazla hastanın kardeşlerinde AH olduğunu; birinci derece kan yakınlığı bağlamında ise en fazla anne-babasinda AH olduğunu ifade etmiştir.

8. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamındaki hastalar arasında kadınların çoğunlukta olması bu hastalığın kadınlarda daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Nitekim 2011 yılı Türkiye yaş ve cinsiyet nüfus verilerine göre; 60 yaş ve üstü kadın nüfus oranının 60 yaş ve üstü erkek oranından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Veriler Türkiye’de kadınların ortalama yaşam süresini erkeklerden daha fazla olduğunu; kadınların, erkeklere oranla daha fazla Alzheimer hastası olma riski ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

Slone, Zimmermann ve Suchindan ‘a göre (2002), hastalığın prevalansı 65-85 yaşlar arası orantılı olarak artış gösterir ve 65 yaş sonrası Alzheimer hastalığı insidansı her beş yılda bir ikiye katlayarak 85 yaş üstü kişilerde %30-50 oranına ulaşır (Ateşkan, 2012,s. 183). Bu nedenle Alzheimer hastalarının yaş durumları araştırma kapsamında incelenmiş; araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşının 81 olduğu tespit edilmiştir. Uzayan ömür ile Alzheimer hastası olma riskinin arttığı belirlenmiştir.

Hastaların çoğunluğu okuma yazma bilmemektedir. Eğitim, nöral ve bilişsel rezervi arttırarak beyindeki dejeneratif patolojik değişikliklerle baş etmede kompensatuar mekanizmayı oluşturmakta ve demans sendromunun ortaya çıkmasını engellemektedir (Ateşkan,2012, s. 193). Eğitim düzeyinin artması, bireylerin eğitsel faaliyetler ile olan ilişkisinin geliştirilmesi Alzheimer hastalığını önleyebilecek bir mekanizma olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olduğu tespit edilen hastaların çoğunluğunun aynı zamanda mental aktivitelere katılmadığı tespit edilmiştir. Bu iki durum birbiri ile bağlantılıdır. Eğitim düzeyinin düşük olması bireyin mental aktivitelere bulunmasını, okuma faaliyetinde bulunmasını dolayısıyla da beyninin aktif kullanılmasını engellemektedir. Ortalama yaş 81 olarak tespit edilen katılımcıların 2014 yılından seksen bir yıl önce doğduğu düşünülürken 1930’lu yıllarda doğduğu ve yaşamını sürdürdüğü, eğitim hizmetlerine katılmadıklarını düşündürmüştür.

Fiziksel aktivitede bulunma durumu da Alzheimer hastalığı etkileyen faktörler arasındadır. “The Adult Changes in Thought (ACT)” çalışmasında (2006), 65 yaşından büyük, rastgele 2581 kişiye ilk tarama testi olarak “Cognitive Ability Screening Instrument (CASI)” testi yapılmış ve skoru 86’dan yüksek olanlar kognitif olarak sağlam kişi olarak çalışmaya alınmıştır. Skoru 86’dan düşük olanlara tekrar ayrıntılı muayene ve testler uygulanmış, demansı saptanmayanlar da çalışmaya eklenmiştir ve sonuçta 1740 kişinin sonuçları analiz edilmiştir. Çalışmada, haftada 3’ten az egzersiz yapanlara göre, haftada 3 veya daha fazla egzersiz yapan kişilerde demans sıklığının azaldığı bulunmuştur. Bu kişilerde demans riski %32 oranında azalmıştır (Selekler, 2007). Nitekim araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunda Alzheimer tanısı almadan önce fiziksel aktivite faaliyetlerinde bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle fiziksel aktivite yapmanın alzheimer hastalığının görülme riskini azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

Hastaların %56,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı; %50'sinin ile ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturması, meslek durumunda herhangi bir işte çalışmayan hasta istatistiğini etkilediğini düşündürmüştür. Sosyal çevre ile ilişki düzeyi sorgulanan hastaların çoğunluğunun sosyal çevresi ile ilişkilerinin iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgilere göre hastaların geçmişteki ekonomik durumu ve sosyal ilişki düzeyi Alzheimer hastalığını etkileyen faktörler arasında olmadığı görülmüştür.

Alzheimer hastalarının %70'inin ikinci derece yakınlarında da AH olduğu tespit edilmiştir. Medeni Kanun 17. Maddesinde düzenlenen kan yakınlığına göre bir kişinin ikinci derece yakını; kardeşleri, torunları, büyük anne ve büyük babasıdır. Anketi cevaplayan kişilerin ikinci derece kan yakını seçeneği altında en fazla "kardeşler" seçeneğini ifade ettiği görülmüştür. Anne- baba ve kardeşlerde Alzheimer hastalığının olması aile öyküsünün olmayışı durumuna göre risk faktörü olarak bulunmuştur. 80 yaş üzeri olgularda anne, baba kardeş gibi birinci derece akrabalarda hastalığın bulunması bireyin riskini dört kat arttırmaktadır (Elmacı, 2012,s. 174). Bu veri ışığında ailesinde AH olan kişilerin genetik risk bağlamında bu konuda dikkatli olması, sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırması önerilebilir.

Anketten elde edilen verilere göre hastaların ilk kez AH tanısı aldığı yaş ortalaması 77'dir. Hastaların AH tanılarını kesinleşmeden önce %98,3'ünün hafif kognitif bozukluk tanısı almadığı görülmektedir. Petersen ve arkadaşları tarafından 1999'da tanımlanan "Hafif kognitif bozukluk" (HKB), bir bireyin kognitif işlevlerinde, o birey için alışıldık olana nazaran bir miktar gerileme olması ama bu gerilemenin bir demans tanısı konmasına yetecek kadar şiddetli olmaması halini tanımlayan bir klinik tablodur (Petersen ve arkadaşları 1999,s. 303, Aktaran, Bingöl, 2010,s. 44). HKB her ne kadar bir demans tablosu değilse de, demans gelişimi açısından riskin artmış olduğu bir durum anlamına da gelmektedir. Altmış beş yaşından yaşlı bireylerin her yıl yaklaşık % 1-2 kadarında demans gelişirken, HKB bulunan hastalarda bu oran % 10-15 kadardır (Bennet, Wilson, Schneider, 2002, s. 198-205). Bu nedenle demans olmadan önce başlayan hkb klinik belirtilerinin farkında olmak ve bu farkındalık doğrultusunda tedaviye başlamak erken tanı almak açısından ve Alzheimer hastalığının klinik seyri açısından önemlidir.

Anket verilerine bakıldığında hastaların % 40'ının Alzheimer tanısı almadan önce hipertansiyon sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. İleri yaş hipertansiyonu ile demans arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan çalışmalardan uzun süreli takibin (6 yıldan uzun) ileri yaşta tansiyon düşüklüğünün Alzheimer hastalığı gelişmesinde bir risk faktörü olabileceği öngörülmüştür (Ateşkan, 2012). Hastaların çoğunlukla hipertansiyon rahatsızlığının olması, bu rahatsızlığın Alzheimer hastası olma riskini arttırdığı görülmektedir. Ah ile doğrudan etkisi olduğu düşünülen ve anket verilerinden tespit edilen bu bilgi sebebiyle hipertansiyon hastalığının önlenmesi AH önlenmesi anlamını taşıyabilir. Bu nedenle hipertansiyona neden olan şeyler belirlenerek bireylerin gençlik yıllarından itibaren hipertansiyon hastalığından korunma yollarını benimseyen bir yaşam tarzına sahip olması sağlanmalıdır. Ayrıca hastalığın ciddiyeti ve sonuçları dikkate alınarak bu hastalığa sahip olan kişilerin düzenli sağlık kontrollerini yaptırması gerekmektedir. Bunun için mikro düzeyde koruyucu-önleyici sosyal hizmet uygulamalarından söz edilebilir. Makro düzeyde devletin belirli yaş üzerindeki her birey için düzenli sağlık kontrollerini zorunlu hale getirici yasal çalışmaları yapması her bireyin zorunlu da olsa yılda belirli periyotlar halinde sağlık kontrolünden geçmesini sağlayacak; hastalıkların erken bir dönemde teşhisini kolaylaştıracak; var olan sağlık sorunlarının klinik seyri hakkında düzenli bilgiler elde edilmesini sağlayacaktır.

Ankete katılan hastaların çoğunlukla %71,7'sinin depresyon veya derin üzüntü yaşadığı bunun sebebinin ise ailesel sorunlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle aile içi sorunların çözülmesi için ailelere yönelik danışmanlık ve rehberlik özellikleri içeren tıbbi sosyal hizmet çalışmaları geliştirilmelidir. Ailelerin psikolojik sorunlarının çözülmesi için tıbbi sosyal hizmet birimlerinin, psikiyatri klinikleri ile ekip halinde çalışması yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca bireylerin yaşadığı ailevi sorunlar hakkında psikiyatrik destek almaları teşvik edilmeli, bireylerin profesyonel yardım alarak sorunun aşması sağlanmalıdır.

İnsan sağlığını etkileyen faktörlerden biride sigara, alkol veya uyuşturucu madde kullanımınıdır. Elde edilen anket verileri içerisinde hastaların gençlik yıllarına en fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir. Hastalar arasında sigara kullanımının daha fazla olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili on dokuz çalışmanın birlikte değerlendirildiği bir meta- analizde, demans ve kognitif düşüş için, bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Ateşkan, 2012,s. 191).

Birçok sağlık sorunu gelişmesine neden olan sigara kullanımının Ah ile de ilişkili olduğu düşünülürken sigara kullanımı azaltılması çalışmaları hızlandırılmalıdır. Şu an sağlık kuruluşlarında olan "Sigara Bırakma Poliklinikleri" nin sayısının artırılması, burada görev yapan meslek elemanları arasında sosyal hizmet uzmanlarının da istihdam edilmesi gerekmektedir. Bu polikliniklerde hastalar ile psiko-sosyal çalışmalar yapılarak sigara tüketimine yönelen sorunların tespiti ve bu sorunlara yönelik sosyal hizmet uygulamalarının aktifleştirilmesi gerekmektedir. Hastaların güçlü ve olumlu yönleri tespit edilerek sosyal işlevselliğini artırma çalışmaları yapılmalıdır.

Sosyal hizmet mesleği, örgüt, topluluk, devlet ve tüm toplum ile olan makro düzey çalışmalar yapabilmektedir. Bu nedenle Alzheimer hastalığı hakkında örgütlerin, devletin ve tüm toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarında sosyal hizmet disiplinine ve uygulamalarına önemli pay düşmektedir. Sağlık politikaları içinde Alzheimer hastaları ve ailelerine yönelik özel müdahaleler geliştirilmelidir. 2011 yılında çıkan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi kamu hastanelerinde Sosyal Hizmet Birimleri kurulmuştur. Bu birimler hastanelerde Alzheimer hastalarının yoğun olarak hizmet aldığı nöroloji polikliniği ve servisi; psikiyatri polikliniği ve servisi, evde sağlık birimleri ile ekip halinde çalışmalı; Alzheimer hastalarını ve birlikte yaşadığı ailelerini düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

Ayrıca kamu hastaneleri dışında halka sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde sosyal hizmet uzmanı istihdamı sağlanarak, uzmanların hizmet bölgelerindeki aileleri daha yakından inceleyerek; ailelerin hkb veya Alzheimer hastalığı hakkında bilgilendirilmesini; aile içinde hkb veya Alzheimer tanısı olan birey olması halinde aileye ihtiyaç duyduğu sosyal konularda danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinin verilmesini sağlamalıdır.

Kaynaklar

Akpınar, B. (2009).Alzheimer Hastalığı, Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik Ve Nöropsikolojik Açıdan İncelenmesi, Bilim Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Altın, M. (2006). Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report (September,2010),The Global Economic Impact Of Dementia, Published by Alzheimer's Disease International

Ateşkan, Ü. (2012).Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri. A.T Işık (Ed.),Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı, (s.179-209). İstanbul: Kavis

Bennet, D.A. Wilson R.S. Schneider J.A. (2002). Natural History of Mild Cognitive Impairment in Older Persons. Neurology, 59, 198-205

Bingöl, A. (2010). Hafif Kognitif Bozukluk Süreci Nasıl İzlenmeli? Türk Geriatri Dergisi, 13,3, 43-46

Cankurtaran, M. ve Arioğul, S. (----). Demans ve Alzheimer Hastalığı, <http://www.eczacademi.org/?modul=makale>, 31.01.2013

Cumming, J.L. Cherry D. Kohatsu N.D. Kemp B. Hewett L. & Mittman B. (2002). Guidelines For Managing Alzheimer's Disease: Part 1 Assessment. AmericanFamPhys. 65 (11), 2263- 2272

Duyan, V. (1996). Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet). Ankara: 72TDF0 Ltd.

Duyan V. (2010).Sosyal Hizmet Temelleri, Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımlar, Müdahale Yöntemleri. Ankara: Aydınlar

Elmacı, N.T. (2012).Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi. Işık (Ed.),Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı, (s.169-176). İstanbul: Kavis

Erdemoğlu, A.K. Varlıbaş, A. (2001). Alzheimer Hastalığında Hormon Replasman Tedavisi ve Diğer Potansiyel Tedavi Yöntemleri. Demans Dergisi, 1(4), 105-109

Farcnik K. ,Persyko M.S.(2002). Assessment, measures and approaches to easing care giver burden in alzheimer's disease, *Drugs & Aging*, 19 (3), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12027778>, 16.05.2014

Gogia, P.P & Rastoki, N. (2008). *Clinical Alzheimer Rehabilitation*, Springer Publishing. United States Of America

Güler, S. (2011). Yaşlılarda Yürüme Bozuklukları ve Kognitif Yıkım Arasındaki İlişki. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 4, s.331-339
<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp,04/03/2013>
<http://www.nih.gov/researchmatters/april2006/04282006alzheimertm,26/02/2013>

Karaman, Y. (2002). *Alzheimer Hastalığı Ve Diğer Demanslar*, Ankara: Lebib Yalkın

Koçer, B. (1999). *Demans Epidemiyolojisi*. Çizgi Tıp Yayınevi Demans Dizisi Dergisi, 1(2), <http://www.cty.com.tr/demansdizisi/issues/35>, 28.01.2013

Koşgar, N. G. (1992). *Sosyal Hizmetlerde Aile Ve Çocuk Refah Alanı*. Ankara

Kuşgözoğlu, T. (2013). *Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları*.

İ. Tomanbay (Ed.) ,*Sosyal Hizmet Uygulamaları*,(s. 84-106). Eskişehir: Web-Ofset

Lohmann, E. (2012). *Alzheimer Hastalığı Genetiği*. A.T. Işık (Ed.), *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı*,(s: 251-264). İstanbul: Kavis

Moore, D. & Jones, R. (2012). *Social Work and Dementia*. United States Of America: Sage

OECD European Union, (2010), "Dementia Prevalence", in *Health at a Glance Europe 2010*, OECD Publishing

Sheafor, B.W., Horejsi, C..J. (2012). *Techniques And Guidelines For Social Work Practise*. D.B. Çiftçi (Ed.), *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*, s(28), Nika

Selekler, K. (2007). *Alzheimer Hastalığında Koruyucu Faktörler Var mı?* *Türk Geriatri Dergisi*, 10,3, 156-168

Selekler, K. (2012). *Alzheimer Orta Yaşta Başlar*. İstanbul: Melis

Tellioğlu, S. B. (2011), *Alzheimer Hastalığı, Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik ve Nöropsikolojik Açından İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin

Topçuoğlu, E.S. & Selekler, K. (1998). *Alzheimer Hastalığı*. *Türk Geriatri Dergisi*, 1(2), 63-67

T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, Tarih: 16.02.2011

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2012a). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2012*. TÜİK Yayınları, Tarih: 28.01.2013, Sayı:13425, Ankara

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2012b). *Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği 2010-2050*. TÜİK Yayınları, Ankara, Tarih:11.07.2012, Sayı: 1314