

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

PROF. DR. SEMİH KESKİL

BUNAMA VE ALZAYMIR HAKKINDA HER ŞEY

PROF. DR. SEMİH KESKİL
**BUNAMA VE
ALZAYMIR
HAKKINDA
HER ŞEY**





Bir alandaki bilimsel bilgi birikiminin konunun uzmanı olmayanlara sade bir şekilde anlatılması bir sanattır. Prof. Dr. Semih Keskil, önde gelen bilim insanı kimliğinin yanı sıra belli ki bu sanatın da ustası. *Bunama ve Alzaymır Hakkında Her Şey* adlı eserini bir solukta okudum ve çok yararlandım. Ayrıca, doğrudan ya da dolaylı olarak herkesi ilgilendiren bu konuda, bu kapsam ve üslupta bir eser kaleme alınmış olmasına memnun oldum. Teşekkür ederim Semih Hocam.

Prof. Dr. M. Remzi Sanver

Elli yıla yaklaşan meslek hayatımda bunama sorunu olan hastalara doğrudan destek olmam pek mümkün olmasa da hasta yakınlarını bunaltan sorunlar karşısında çaresizlik hissettiğim zamanlar da çok olmuştur. Semih Hoca'nın emeği sayesinde çok daha donanımlı olarak hasta yakınlarına rehberlik yapabileceğime inanıyorum. Ellerin dert görmesin sevgili dostum.

Prof. Dr. Cengiz Güleç

Sayın Prof. Dr. Semih Keskil hepimizin korktuğu, asrımızın belki de en önemli hastalığı olan alzaymır hakkında toplumun merak ettiği bilgileri toplumun anlayacağı bir dille derlemiş. Bu kitabın toplumun bilgilendirilmesine katkısı olacağını inanıyorum.

Prof. Dr. Tunçalp Özgen

Ben bir Alzheimer hastasının kızıyım. 10 yıl önce annemde başlayan değişkenlikleri, çeşitli sorunlar yaparak ve bakanlıklar bularak değerlendiremedik. Ta ki bir yakın Alzheimer hastası bir arkadaşımın önerisi üzerine gelene kadar... Çünkü annemler böyle bir güsel bilgilere ulaşabileceğiniz bir yayını okumak oluyordum diyordum. Ben bu kitabı okurken yaptığım yanlışlara güldüm, yaptığım yanlışlara sevindim. Aslında hasta yakını olsun, olmasın herkesin bu kitabı okuması ve sevgisini bu bilgilerle değerlendirmesini dilerim. Ellere sağlık Semih Hocam

Xilgün Topgül



image.com.tr

facebook.com/image.yayinlari
twitter.com/imekitabevi
instagram.com/imekitabevi
periscope @imekitabevi
pinterest.com/imekitabevi
google+ image@image.com.tr
image@image.com.tr

ISBN 978-975-533-846-0



9 789755 338460





Semih Keskil, 1960'da Ankara'da doğdu. 1978'de Ankara Fen Lisesi ve 1984'de Hacettepe Tıp Fakültesinden mezun oldu. Gazi Üniversitesinde 1991 yılında Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanlığını ve 1997 yılında Anatomi doktorasını tamamladı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör unvanlarını aldı. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesinin ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinin Nöroşirürji departmanlarını kurdu, pek çok asistan yetiştirdi. Beş yıl boyunca Ankara Bayındır Hastanesi Beyin Cerrahi Bölümü direktörlüğünü yaptı. Halen özel hekim olarak çalışmakta ve uluslararası düzeyde sağlık danışmanlığı yapmaktadır.

Prof. Dr. Semih Keskil

Bunama ve Alzaymır Hakkında Her Şey



İmge Kitabevi Yayınları
Genel Yayın Yönetmeni
Şebnem Çiler Tabakçı

ISBN 978-975-533-846-0

© İmge Kitabevi Yayınları, Semih Keskil, 2016

Tüm hakları saklıdır.
Yayıncı izni olmadan, kısmen de olsa
fotokopi, film vb. elektronik ve mekanik
yöntemlerle çoğaltılamaz.

1. Baskı: Ankara, Haziran 2016

Editör
Elif Çongur

Grafik Tasarım
Aşlı Sezer

Dizgi ve Sayfa Düzeni
Yalçın Ateş

Baskı ve Cilt
Pelin Ofset Tipo Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
Tel: 0 (312) 395 25 80
Sertifika No: 16157

İ m g e K i t a b e v i
Yayıncılık Paz. San. ve Tic. Ltd. Şti.
Konur Sok. No: 17/2 Kızılay 06650 Ankara
Tel: (0312) 419 46 10 - 419 46 11
İnternet: imge.com.tr • E-Posta: imge@imge.com.tr
Yayınevi Sertifika No: 11546

“Şöhret alzaymır hastalığına benzer; siz hiç kimseyi tanımazsınız ama herkes sizi tanır.”

Tony CURTIS

“...öyleyse acele etmeliyiz, yalnızca ölüm bize her gün biraz daha yaklaştığı için değil; şeyleri anlama ve onları usumuzla değerlendirme yetimize son gelmeden önce...”

Marcus AURELIUS

“Her rind bu bezmin nedir encâmı bilir,
Dünyamızı nâgâh zalâm örtebilir,
Bir bitmeyecek şevk verirken beste,
Bir tel kopar âhenk ebediyyen kesilir.”

Yahya Kemal BEYATLI

İçindekiler

Önsöz.....	11
Sunuş	15

1 NEDİR?

Beyin Nasıl Çalışır?	19
Bunamanın Tarihçesi Nedir?	20
Bunama Nedir?	23
Bunama Ne Değildir?	26
Unutkanlık Nedir?	27
Unutkanlık ve Bunama Arasındaki Fark Nedir?	30
Depresyonun İlk Belirtisi de Unutma Değil mi?	30
Yaşlılık Nedir?	32
Yaşlılıkla Bunamanın İlgisi Var mı?	34
Sabit Zihinsel Yetersizlik Nedir?	36
Yavaş İlerleyen Bunama Nedir?	37
Erken Bunama Nedir?	37

2 NEDEN?

Bunama Neden Olur?	41
Bunama İçin Risk Faktörleri Nelerdir?	41

İş Yerindeki Stresle Bunamanın İlgisi Var mı?	42
Çok Çalışma Yüzünden Bunama Olabilir mi?	43
Bunama Genetik mi?	43

3

NE YAPAR?

Bunama Hangi Zihinsel İşlevleri Etkiler?	47
Bunama Hastalarının Genel Davranışları Nelerdir?	47
Bunama ile Birlikte Ne Gibi Bulgular Olabiliyor?	53
Bunama Hastalarında Yeme Bozuklukları Var mıdır?	54
Bunama ile İlgili Hukuki Süreçler Nelerdir?	55
Bunamaya Ne Tıp Sağlık Sorunları Eşlik Edebilir?	64
Bunama Hastasının İhmali, İstismarı ve Şiddet Görmesi Mümkün müdür?	80

4

NASIL TANINIR?

Bunama Hastalığı Nasıl Evrelendirilir?	91
Bunama Tanısı Nasıl Konur?	93
Bunama Hastalığının Seyri Nasıldır?	98
Bunamada Erken Tanı Ne İşe Yarar?	101
Bunamada Ne Gibi İletişim Sorunları Yaşanır ve Bunlar Nasıl Aşılabilir?	102

5

NE ÇARE?

Bunama Önlenebilir mi?	141
Bunamaya Karşı Hangi Besinleri Tüketmeliyiz?	150
Bunamaya Başlamış Bir İnsan Ne Gibi Önlemler Alabilir?... 151	
Bunama Hastasının Yakınları Ne Yapabilir?	157
Bunama Hastasının Bakımı İçin Ne Gibi Seçenekler Var?	160
Bunamada İlaçla Tedavi Mümkün mü?	168
Bunamada Psikolojik Tedavi Mümkün mü?	173
Bunamada Etkili Alternatif Tıp Yöntemleri Var mı?	174

Bunama Hastasıyla Başa Çıkabilmek İçin	
Ne Gibi İpuçları Var?	177
Bunama Hastasına Bir Bakım Kurumu Seçerken	
Nelere Dikkat Edilmeli?.....	213
Alzaymır Köyü?.....	214
Bunama Hastasına Bir Bakıcı Seçerken	
Nelere Dikkat Edilmeli?.....	215
Bunama Hastasının Bakımında Ne Gibi Sosyal	
Destekler Alınabilir?	216
Bunama Hastasının Son Dönem Bakımı Nasıl Olmalı?	226
Bunama Hastasının Yakın Çevresindekilerin	
Ne Gibi Sorunları Olabilir?.....	230

6

NE KADAR?

Bunama Ne Sıklıkta Görülüyor?	241
Bunama Sosyal Bir Problem midir?	242

7

KİMDE?

Yaşlılıkta Hangi Unutkanlık Durumlarında	
Bunamadan Endişelenmeli?	247
Bunama Nasıl Anlaşılır?	247

8

NASIL BİR AMELİYAT?

İnsanın Beyni Sulanabilir mi?.....	257
Adams Hakim Hastalığının Diğer Bunama Tiplerinden	
Ne Farkı Var?	258
Normal Basınçlı Hidrosefali Tanısı Nasıl Konur?.....	259
Ameliyata Nasıl Karar Verilir?.....	260
Nasıl Bir Ameliyat Yapılır?	260
Ameliyatın Başarı Şansı Nedir?	262

9 NE TİP?

Alzaymır ile Bunama Aynı Hastalık mıdır?	267
Alzaymır Hastalığı Nedir?.....	269
Alzaymır Hastalığındaki Risk Faktörleri Nelerdir?	273
Beyin Damar Hastalıklarına Bağlı Bunama Nedir?	279
Parkinson Hastalığı Nedir? Bunamaya Yol Açar mı?	281
Lewy Cisimcikli Bunama Nedir?.....	282
Frontotemporal Bunama Nedir?	282
Normal Basınçlı Hidrosefali veya Adams-Hakim Sendromuna Bağlı Bunama Nedir?.....	284
Kortikobazal Hasar Nedir?	284
İlerleyici Supranükleer Felç Nedir?	285
Huntington Hastalığı Nedir?	286
Hızlı İlerleyen Bunamalar Hangileridir?	286
Alzaymır Hastalığı Hakkında Yanlış Bilinenler.....	287

10 NEREDE?

Nerede Bu Anlattıklarımın Bilimsel Kaynağı?	293
Sonsöz.....	301

Önsöz

1960 yılında Ankara Çankaya’da doğdum. Babam Selenik göçmeni ve anne tarafından Atatürk’le akraba olmasından ömrü boyunca hep gurur duydu. Annemin ailesi ise Kafkas göçmeni, kendilerine Sapanca-Maşukiye’yi (aşıklar diyarı) mesken tutmuşlar. İyi de etmişler çünkü çocukluk ve gençlik yıllarımdan yazılarını hep bu cennet köşesinde geçirdim. Ankara Bahçelievler’deki çocukluğum da benzer şekilde hep sokaklarda geçti, hâlâ çocukluk arkadaşlarıma rastlıyorum aynı sokaklarda.

Makine mühendisi olan babamın etkisiyle olsa gerek o yaşlarda çok çalışkandım, mesela ortaokul için Anadolu Lisesi’ni birincilikle kazandım ve benzer şekilde lise için Fen Lisesi’ni kazandım. O yıllarda bu iki okul da sadece Ankara’da vardı, bu yüzden isimlerinin önüne şehir vs yazmıyorum. Lise yıllarım çalkantılı ülkedeki çılgın politik projeler ve okuldaki çılgın bilimsel projeler arasında gidip gelmekle geçti. Aslında üniversiteye gitmeyi değil, dedem gibi ticarete atılmayı düşünüyordum. Ama o zamanlar tıp fakültesi son sınıfta olan ağabeyim “Bu tembellikle hiç bir üniversite kazanamazsın sen” deyince, tercih sıralamasında onun okulunu, yani en yüksek puanla öğrenci alan Hacettepe Tıp Fakültesi’ni yazdım.

O devirlerde bir bölümü genel yetenek testi, bir bölümü de genel bilgi testi olan sınavın bilgi bölümünde bayağı bir zorlandığımı itiraf etmeliyim. Sınavda Türkiye altıncısı olduğumu gazetede arkadaşlarım görmüşler, o zamanlar ÖSYM'nin başında olan rahmetli Altan Günalp hoca ise ağabeyime “Yıllardır genel yetenek testindeki tüm soruları doğru cevaplayan ilk öğrenci senin kardeşin oldu” demiş. Hacettepe'deki yıllarım da yine her ders yılı sonunda okulu bırakıp askere gitmeyi planlayarak geçti. Bir iddia uğruna girdiğim okulu dereceyle bitirdim ama. Okul bitince ODTÜ'ye gidip mühendis olmayı düşünüyordum. Ne çare ki 12 Eylül döneminin generalleri, doktorların başka okula gitmesini yasaklayınca mecburi hizmetimi yapmaya Tunceli'ye doğru yola çıktım.

Orada henüz pratisyen bir hekimken gördüğüm ilginç bir hastayı, ulusal göğüs hastalıkları kongresine gidip anlatmamla da akademik yayın maceram başladı. Kongredeki hocalar, bir pratisyen hekimin tek başına gelip ortaya iddialı bir şekilde çıkmasını bayağı bir yadırgamışlardı. Beyin cerrahı olmam da aslında yine bir iddianın sonucu: “İnsanın aptalı doktor, doktorun aptalı cerrah, cerrahın aptalı beyin cerrahı olur” şeklinde duyduğum bir sözün peşine takılıp, daha da zorunu, en zorunu; yani bebekler ve çocuklarla ilgilenen bir pediatrik nöroşirürji profesörü olmaya, üstelik bunu uluslararası kriterlere uygun bir başarı düzeyinde başarmaya karar verdim. Bu sefer daha da zorlandığımı hiç saklayamam...

Tüm araştırmalarımı yurt içinde yaptım. Daha 25 yıl önce kök hücrelerle çalışmaya başlayıp, yazdığım tez topu topu birkaç sayfa olmasına rağmen hâlâ ilginçliğini

koruyor; benzerini yapan henüz olmadı. Uluslararası patente sahip, kendi geliştirdiğim ve ismimi taşıyan cerrahi el aletleri yurtdışındaki üniversite kliniklerinde kullanılıyor. Daha iyi bir cerrah olabilmenin yolunun iyi anatomi bilmekten geçtiğini düşündüğüm için Nöroanatomi dalında doktora da yaptım, yani çift uzmanlığım var. Anadolu'nun bir çok köşesinde toplamda altı yıl devlet hastanelerinde ve bir yıl da bir askeri hastanede çalıştım.

Daha 33 yaşında iken “Marquis Who's Who in the World” kitabına alındım. Yazdığım makalelerden uluslararası ders kitaplarına alıntılar yapılıyor; kişinin uluslararası düzeyde bir akademisyen kabul edilebilmesi için en az 10 olması gereken H faktörüm 12'nin üzerinde. Dünyada ilk kez benim yapmış olduğum bir ameliyat bile var. Türkiye’de en genç yaşta doçent olan beyin cerrahı benim, ve yine bir tek ben iki tane üniversite anabilim dalı kurdum. Yetişmelerinde katkım olduğunu düşündüğüm asistanlarım artık üniversite hocası oldular. Beş yıl boyunca, o zamanlar Ankara'nın en iyi özel hastanesi olan Bayındır Hastanesinde klinik direktörlüğü de yaptım.

Sonuçta binlerce ameliyat yaptım, ödülleri aldım, davetli konuşmalar yaptım, travma grubu kurdum, sivil toplum örgütlerinde çalıştım; yıllar işte böyle idealizm peşinde geçti. Hayatımı da borçlu olduğum eşim Özlem’le birlikte kurucusu olduğumuz bir danışmanlık şirketinde, 30 küsur yıllık meslek hayatımda edindiğim tüm deneyimi uluslararası boyutta profesyonelce paylaşımaya açtım. Bundan sonra gerçekleşmesini dilediğim tek bir hayalim kaldı, o da insanların beni artık “**Alara Naz'ın babası**” olarak tanıması...

Bana yol gösteren tüm hocalarıma ve babama, devlerin omuzlarına basmadan uzak ufuklar görülemeyeceği için,

Hayatımdaki tüm kadınlara, yaratıcılıkta asla onlarla boy ölçüşülemeyeceği için,

Karşıma çıkan tüm kifayetsiz muhteris yöneticilere, bana bağımsız çalışan bir cerrah olma keyfini yaşattıkları için,

Sevgili Refik Tabakçı'ya gözlerimizin önünde İmge Kitabevi Yayınları'nı yoktan var ettiği ve sevgili editörüm Elif Çongur'a ise bu kitabı yoktan var ettiği için, çok teşekkür ediyorum.

Sunuş

Bu kitapta konuyu basite indirgemeye çabalayacağımın herhalde farkındasınızdır. Bunama tanısı koymak kolay bir iş değildir. Tabii ki belleğinizin, yorumlama kapasitenizin, reflekslerinizin, yürümenizin, konuşmanızın ayrı ayrı değerlendirilmesi ve üstelik bu değerlendirmelerin nicel olması yani sayılarla yapılması gerekmektedir. Bu tanıyı koyabilecek bir uzmanın liseden sonra **en az on yıl** ekstra eğitim alması gerekmektedir. Tabii ki bir broşürü okuyup tarifleri izleyerek mutfak dolabınızı monte edebilirsiniz ama bu kitabı okuyup kendinize teşhis koyamazsınız. O kadar da kolay değil...

Bunun ötesinde bunama tanısı koymanın kolay bir iş olmaması da gerekir. Çünkü bunama kolay göze alınabilecek bir durum değildir. Değil mi ki bir insanın duruşu, konuşması, davranışları her tür fiyakalı kartvizitin veya biraz da böbürlenme payı olan tüm unvanların önünde geliyor. Bu yüzden bir insanın boynuna böyle bir yafta asmadan önce defalarca düşünmek, tabiri caizse kılı kırk yarmak gerekir...

Peki öyleyse bu kitabı neden kaleme aldım. Yıllardır katıldığım her apartman toplantısında, her uçak yolculuğunda, her taksiye bindiğimde, mesleğimin ne olduğu ortaya çıktığında karşılaştığım sorulardan bıktığımdan değil tabii ki. Sadece daha kapsamlı ve doyurucu bir cevap verme isteğim ve hayalimden. Olası tüm soruları ve cevaplarını dilimin döndüğü, aklımın erdiği, ilmimin yettiğince; 10N1K kalıbı içinde topladım. Bu kitabı okuyup bitirdiğinizde kafanızda bunama konusunda bir soru işareti kalmasın istedim. Zaten tümünü okuyup anlayabildiğinize göre henüz bunamamışsınız, zihinsel yönden sağlıklısınız demektir.

Aslında sağlık sorunlarını ele alan her kitaba daima şöyle bir paragraf ile başlamak gerekir:

Bu kitabın içeriği, sadece okuyucuları bilgilendirme amacı ile hazırlanmıştır. Bu kitap içerisinde yer alan hiçbir şey okuyucular tarafından tavsiye olarak değerlendirilip hiçbir karar veya eyleme neden olamaz. Bu gibi bir durumda bütün sorumluluk kitabı okuyana ait olacaktır. Bu kitabın kaynakları arasında verilen yazılı metinlerin okunması neticesinde uğranılabilecek tüm zarar ve hasar da okuyucuya aittir. Bu kaynaklarda verilen bilgilerin doğruluğu ile nitelikleri, tarafımdan araştırılmamış ve doğrulanmamıştır. Bu sebeple, diğer bir yazılı metin ile ilgili tüm risk ve sorumluluk da okuyucuya aittir. Tıp biliminde esas olan kural, hasta-hekim ilişkisi ve bu görüşmeden çıkacak kararların ortak uygulanmasıdır. Bu nedenle hastalıklar ve tedavilere yönelik tüm soru ve endişelerinizi hekiminizle yüz yüze konuşmanız daha doğru olacaktır.

1

NEDİR?

Beyin Nasıl Çalışır?

Beyin vücudun tüm işlevlerini kontrol eder, duygularımızı düzenler ve şekillendirir, fiziksel etkinliklerimizi izler ve yönetir. Sağlıklı bir yetişkin beyninde yaklaşık 100 milyar sinir hücresi olduğu ve bunların her birinin uzun ve dallanan bir çok kolları olduğu bilinmekte. İşte bu uzantılar başka hücrelerin uzantılarıyla bağlantıya geçerek sinaps adı verilen özel devreler oluşturmaktadırlar. Beyindeki sinir hücreleri elektrik sinyalleri üretirler ve bu sinyaller devre adı verilen bu yollarca hızla iletilir.

Sayısının 100 trilyona yaklaştığı bilinen bu devreler ise bilgileri almaya- işlemeye- depolamaya- aktarmaya ve geri çağırmaya yararlar. Beynimiz bu devrelerin oluşturduğu sinir ağlarından çok sayıda mesaj alır, bunları yorumlayıp önceliklerini belirler ve farklı bilgileri depolanmak üzere ilgili yerlere aktarır. Yorumlanma tamamlandığında, beynimiz vücut parçalarımıza nasıl davranması gerektiğini bildiren emirler gönderir.

Beynin ön bölümü; kişilik, problem çözme, soyut düşünce ve beceri gerektiren işlerin yapılmasından sorumludur. Beynin yan üst bölümü ağrı, tat ve dokunma gibi duyguları alır ve kollarımızı- bacaklarımızı hareket ettirmemizi sağlar. Beynin yan alt kısmı yani şakaktaki kısmı, bellek, algılama, işitme ve söyleneni anlama gibi işlevleri yerine getirir. Beynin arka kısmı ise görmemizi sağlar.

Zihinsel işlevler ise bilmemizi, öğrenmemizi sağlayan; algı, dikkat, yorumlama, mantık yürütme, bellek ve inisiyatif gibi karmaşık işlevleridir.

Bunamanın Tarihçesi Nedir?

19. yüzyıla kadar bunama çok geniş bir kavramdı ve içine hem psikozlar gibi ruhsal hastalıkları, hem frengi gibi beyinde hasar yapan hastalıkları ve hem de yaşlanmaya bağlı bunamayı alıyordu. Aslında bunama Antik çağlardan beri bilinmekteydi. İsa'dan önce 7. yüzyılda Pisagor ve 5. yüzyılda Solon tarafından tanımlandığı gibi, eski Çin metinlerinde de bunak kelimesi “aptal yaşlı” anlamında kullanılmaktaydı.

Hipokrat bu tabloyu sara (epilepsi) hastalığına bağlarken, Aristo ve Platon bunamanın istisnasız tüm yaşlıları etkileyen bir durum olduğunu düşünmüşlerdir. Halbuki Çiçero modern görüşe benzer olarak, bunamanın herkesi etkilemediğini ve zihinsel olarak aktif bir yaşam süren yaşlıların bunamadığını belirtmiştir. Ancak Ortaçağ tıbbını yüzyıllarca etkileyen Galen ve Celsus da Aristo'nun görüşünü paylaşmışlardır.

Bizans dönemi İstanbul'unda 70 yaşını geçip bunama belirtileri gösteren imparatorların varlığı ve şehirde bunama hastalarına hizmet veren özel hastaneler olduğunu biliyoruz. Batı tıp metinlerinde 1700 yıl boyunca bunamadan hiç söz edilmezken, şairler ve oyun yazarları -Shakespeare'in Hamlet ve Kral Lear oyunlarında olduğu gibi- bunamayı söz konusu yapmaktaydılar.

1906 yılında alzaymır hastalığı Alman doktor Alois Alzheimer tarafından tanımlandığında, bunun nadir bir orta yaş hastalığı olduğu düşünülmüştü, çünkü beyninde mikroskobik değişiklikler olduğu gösterilen ilk hasta 50 yaşında bir kadındı. Bu hastası aniden patlar, zaman zaman paranoya belirtileri gösterirmiş. Dr. Alzheimer

onun beynini mikroskopla incelerken hastalık belirtile-
rini fark etmiş.

19. yüzyıl boyunca yaşlılarda görülen bunamanın beyin damarlarının atherosklerozuna (yani eski tabiri ile damar sertleşmesine) bağlı olduğu düşünüldü; ancak bir türlü bunun büyük damarlarda mı, yoksa küçük damarlarda mı olduğuna karar verilemedi. 1970'lerde ise damar kökenli bunamanın daha az görüldüğü, ve fakat alzheimer hastalığına bağlı bunamanın daha sık olduğu anlaşıldı. Son yıllarda ise, bunamanın bu iki tablonun bir karışımı olduğu ortaya çıktı.

Bunama, 80 yaş sonrasında daha çok görüldüğü için; endüstri çağı öncesindeki düşük yaşam ortalamalarına bağlı olarak, 20. yüzyıldan önce nadirdi. O yıllarda frengiye bağlı bunama daha çoktu, ta ki ikinci dünya savaşından sonra antibiyotiklerle yok edilinceye kadar. 1945 öncesi 65 yaş üstü kişiler toplumun %3-5'ini oluştururken, 2010'da bu oran %14-20'lere ulaşmıştır. 1994'te ABD başkanı Reagan bu hastalığa yakalandıktan sonra, bunama daha da bilinir hale gelmiştir.

1910'larda şizofreni bugünküne benzer bir şekilde tanımlanmış ve "erken bunama" terimi de yaşlanma çağı öncesi bunamayı tanımlamışken, 1950'lere kadar bu iki terim birbirine karışmıştır. Erken bunama terimi ile, yaşlı insanlarda şizofreni benzeri bir zihinsel hastalığın yani paranoya ile seyreden bir zihinsel yetersizliğin görülebileceği belirtilmekteydi. Bunama terimi ile de, olayın kalıcı ve geri dönüşümsüz olduğu vurgulanırdı. 1952'den sonra şizofreni gibi ruhsal hastalıklar "organik beyin sendromları"nın dışına çıkarılmış ve böylece bunamadan ayrılmışlardır.

1953 yılında ise bir epilepsi hastasında beyin şakak lobunun iç kısımlarının çıkarılması gerektiğinde, hastanın ameliyat sonrasında her şeyi çok çabuk unuttuğu görülmüş. Hastanın beyninden çıkarılan yapıların mikroskobik incelemesinde Dr. Alzheimer'in hastasında tanımladığı nörofibril düğümlerinin ve bunama plaklarının yoğun olarak geliştiği bölgeler olduğu ortaya çıkmış. 1976 yılına gelindiğinde yaşlılık bunaması ile alzaymır hastalığı arasında bir ilişki kurulabilmiş, yaşlı insanlardaki bunamanın aslında daha genç yaşlarda görülen bunamadan farkı olmadığı ortaya çıkmıştır. Pek farkına varılmasa bile, aslında çok sık görüldüğü ve ölüm nedenleri arasında 4. veya 5. sırada olduğu anlaşılmıştır.

Son yıllarda da yaş ayrımının yapay olduğu ve alzaymır hastalığının her yaş grubunda hep aynı özellikleri taşıdığı, yaşlanmanın bir sonucu olmadığı fark edilmiştir; çünkü 110 yaşını aşmış pek çok insanda bunama belirtisi yoktur. Hatta bunamanın 80-85 yaş sınırında sıklıkla ortaya çıkmasına rağmen, bu yaş sınırını aşanlarda bunama ihtimalinin azaldığı bilinmektedir.

21. yüzyılda ise gelişen beyin görüntüleme tekniklerine bağlı olarak, damar kökenli bunama ve alzaymır hastalığı dışındaki, bu kitapta sözünü ettiğim diğer bunama tiplerinin varlığı anlaşılmıştır. Ayrıca bunamanın sadece insanlarda değil, kediler gibi kimi hayvanlarda da görülebildiği biliniyor.

Bunama Nedir?

Bunama, aklınızın başından uçmasıdır. Ama öyle âşık olarak filan değil. Üstelik geçici bir durum da değildir. Bir bakarsınız aklınıza doğru kelimeler gelmiyor, gördüğünüz insanları başkalarıyla karıştırıyorsunuz. Bir bakarsınız yıllardır oturduğunuz evin sokak numarasını hatırlamıyorsunuz. Ve dünyalar tatlısı bir insanı trajikomik pek çok durumun öznesine dönüştürebilen daha ne acıklı durumlar...

Zaten bir süre sonra siz bu durumun farkına bile varmamaya başlarsınız. Üzülmezsiniz bile. Ama sizi sevenlerin yüreği parçalanır bu halinize, o başka. Sonuçta “Aman hiç kimse bu hale düşmesin!” denebilir ama, biliyoruz ki beyniniz de vücudunuzla yaşıt ve her yeriniz gibi o da yıpranıyor. Yaşlanan beyniniz de aklınızı eskisi gibi yerinde tutamıyor. Her şey adeta güz rüzgârının önündeki yapraklar gibi uçuşuyor.

Bunama, daha bilimsel bir dille söyleyecek olursam, “yerleşmiş, var olan, edinilmiş olan zihnin sonradan yitirilmesi” demektir. Kişinin bilinci etkilenmemiştir. Ancak entelektüel, sosyal ve mesleki işlevler eskisine göre günlük yaşamı etkileyecek bir şekilde yetersiz kalır, zorlanarak gerçekleştirilir ya da hiç gerçekleştirilemez. Beden şu anki zamandadır, ama akıl (yaşanmışlıklarla dolu) geçmiş zamanda gezmektedir...

Bunama aslında kendisi bir hastalık değil, bir hastalığın bulgusudur. Güzel bir benzetme olarak “ateş” gösterilebilir; ateş bir hastalık değildir, hastanın sıcaklığının yükselmesidir ve bir hastalığın habercisidir. Benzer şekilde bunama, hastanın beyinde bir şeylerin yanlış

gitmekte olduğunu gösterir ancak söz konusu bellek ve zihin problemlerine neyin yol açtığını göstermez.

Hemen herkese göre bunama yaşlılığa bağlı hastalıkların içinde en korkuncudur; hastanın kendisine büyük sıkıntı verdiği gibi, çevresindekileri de çaresizliğe iter. Kişi ayakkabı bağlamayı, kapı açmayı/kapamayı, dişlerini fırçalamayı ve günlük yaşamda normal insanların otomatığe bağlanmış diğer hareketlerini unutur. Bu hastalıkta beynin etkilenen bölgeleri bellek, dikkat, dil ve problem çözme ile ilgili alanlardır. Dahası, bu hastalık kalp, kanser ve inme'den sonra 4. sıklıktadır. En kötü şey ise, hastanın hasta olduğunun farkında olmaması ve tedavi veya yardım önerilerine karşı diretebilmesidir.

Bunama ikinci çocukluk diye de tanımlanabilir; yani insan, dünyaya geldiğinde nasıl acizse, yaşlılığında da benzer şekilde çaresizliğe düşebilir. Bu hastalık, sinsî bir şekilde başlayıp geriye dönüşü olmayacak şekilde devamlı ilerleyen; zihinsel işlevler, günlük yaşam etkinlikleri ve yaşam kalitesinde bozulma ve eşlik eden davranış problemleri ile tanımlanır. Bunama, hasta kadar yakınlarını ve toplumu da sosyo-ekonomik olarak etkileyen bir hastalıktır. Daha doğrusu tek bir hastalık değildir, farklı hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabilen bir tablodur. Çok sık karıştırılan bunama ve alzaymır hastalığının arasındaki en büyük fark; her bunamanın alzaymır hastalığı olmaması ama her alzaymır hastalığının bunama olmasıdır.

Tıp inanılmaz bir hızla ilerliyor. İnsan ömrü son yüzyıl içinde tam iki katına çıktı. Tabii ki sadece ömür uzamakla kalmadı, yaşam kalitesi de arttı. Artık hepimiz 100'lü yaşlarımıza ulaşmayı ve o yaşlarda hâlâ aktif bir yaşam sürmeyi hayal edebiliyoruz. Etmeliyiz de, tabii ki

yaşlanacağız ama ihtiyarlamayacağız... Çoğu organ problemimizi çözen tıp adamlarından, beynimizin yaşlanmasını önlemelerini istemek de en doğal hakkımız.

Bunama ile ilgili hastalıklar neredeyse 100 yıldır bilinmesine rağmen, bu konudaki çalışmalar son 30 yılda yoğunlaşmıştır. Ancak şunu da biliyoruz ki beyin araştırmaları henüz emekleme çağında. Değil mi ki dünyanın önde gelen ülkeleri, 2010-2020 arasındaki yılları beyin onyılı ilan ettiler; araştırmaya ayrılan kaynakların çoğu artık beyin araştırmalarına akıtılıyor. Eminim ki önümüzdeki yıllar çağ açacak gelişme ve buluşlara gebe. Ama bunama korkusu açısından bakınca, önümüzdeki yılları bekleyecek zamanı kalmamış olanlar da var.

Dünya nüfusunun ortalama yüzde 8 ila 10'u bu grupta. Yani bunama tehlikesinin baş gösterdiği 60 yaşını aşmış durumda. Demek ki ülkemizde en az 6 milyon kişi, yarına dair sizinle aynı endişeleri taşıyor. 2050 yılında bu rakam tüm ülke nüfusunun 5'te birine ulaşacak! Artık hemen herkes akıl sağlığını tüm diğer sağlık sorunlarından ayrı tutuyor, daha çok önemsiyor. Ben de kendi adıma, aynı fikirdeyim. İnsan tabii ki elden ayaktan düşmesin, ama özellikle aklının ışığı sönmesin.

Çok detaylı araştırmalarda bunama hastası olduğu düşünülen kişilerin %9'unda; aslında depresyon, delirium, ilaç yan etkisi, tiroid problemi, vitamin eksikliği, alkol kullanımı gibi nedenlere bağlı olan bulguların tedavi ile düzeltilebildiği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle hekimler bir tanıya varmadan önce söz konusu ihtimalleri göz önüne alıp gerekli testleri yapmaktadırlar. Günümüzde hekimler, bunama tanısı koyabilmek için bellekte bozulmanın yanı sıra aşağıdaki zihinsel yetilerin en az birinde günlük yaşamı aksatan düzeyde bozulma olması şartını da aramaktadırlar:

- 1) Akıcı şekilde konuşup, yazılı ve sözel dili anlama yetisi
- 2) Sağlıklı duyuşal işlev olduğu varsayılarak, cisimleri tanıma ve tanımlama yetisi
- 3) Yeterli hareket- duyu işlevleri olduğu ve verilen görevin anlaşıldığı varsayılarak bir takım hareketleri yapma yetisi
- 4) Soyut düşünebilme, sağlıklı yargılara varıp planlar yaparak, karmaşık görevleri yerine getirme yetisi

Bunama Ne Değildir?

Önce şunu belirtmek lazım: Bunama basit bir unutma hali değildir. Bunama bir hastalıklar grubunun belirtisi- dir. Yani bunamanın nedeni Parkinson hastalığı olabilir, alzaymır hastalığı olabilir, Adams Hakim hastalığı olabilir ve daha pek çok hastalık olabilir. Tabii çok ileri yaşlarda sadece yaşlanmaya bağılı olarak da bunama görülebilir. Üstelik bunama sadece unutma hali de değildir. Karmaşık bir yakınmalar grubudur. İnsan yürümekte zorluk çekebilir, idrarını tutamayıp altına kaçırabilir, aşırı sinirli ve kavgacı olabilir; yani pek çok terslik üst üste binmiş olabilir. Bazı kişiler ise melek gibi tatlı, hiçbir derdi kafasına takmayan, bütün insanları seven, kimseyi yargılamayan, değerli değersiz eşyalarını birilerine hediye eden bir insan haline dönüşebiliyor.

Evin anahtarını evde unutabilirsiniz, hatta unutmamak için tüm anahtarlarınızı bir arada taşımak gibi bir takım yöntemler geliştirmiş bile olabilirsiniz ama buna-

dıysanız zaten evinizin yerini bulamazsınız. Arkadaşlarınızın isimleri aklınıza gelmeyebilir, gördüğünüz kişiler tanıdık geliyordur lakin kim olduğunu çıkaramıyorsunuzdur ama bunadıysanız kızınızı bile tanımazsınız. Sıkışıp tuvalete yetişmeye çalışırken dayanamayıp altınızı ıslatabilirsiniz ama bunadıysanız halının ortasına çişinizi yapmaya kalkarsınız. Yani daha önce de söylediğim gibi, aklınız başınızdan uçup gitmiştir...

Yani bunadığınızdan şüphelenme şansınız bile yoktur, o durumun farkına siz değil çevrenizdekiler varır. Siz belki ancak bunamaya başlıyor olduğunuzdan şüphelenebilirsiniz, ki bu satırlar da zaten sizin için kaleme alınmıştır. Normal yaşlanma sürecinde beyin işlevleri bir miktar geriler, ancak her yaşlıda bunama belirtileri bulunmaz. Tabii ki yukarıda anlattığım hafif belirtilerde giderek bir ağırlaşma, sıklığında bir artma olması canınızı sıkabilir, sıkmalıdır da... O zaman bir uzman tarafından incelenme vaktiniz gelmiş demektir.

Unutkanlık Nedir?

Unutkanlık, beynin en önemli işlevlerinden biri olan belleğin bozulması sonucu ortaya çıkan ve kişinin etkinliklerini kısıtlayabilen bir sorundur. Özellikle yaşlılarda bunama hastalığının ilk bulgusu olabileceği için ciddiye alınması gerekir. Unutkanlık her yaştan insanın en sık yakınmasıdır ancak çoğunlukla bir hastalık belirtisi olarak görülmez. Gençlere “bu yaşta unutkanlık olmaz” denirken, yaşlılara “unutması normal” gözüyle bakılır. Oysa unutkanlık daima altta yatan bir hastalığın

belirtisi olarak kabul edilmeli ve bir uzman tarafından detaylı şekilde araştırılmalıdır.

Gençlerde günümüz şehir ve çalışma hayatının getirdiği stres, depresyon ve gerginlik; beyin işlevlerinden dikkat toparlama ve dikkat yöneltmeyi bozarak unutkanlık yapabilir. Yaşlanma ile de kişilerde ılımlı bir unutkanlık ve karmaşık problemleri çözebilmek için daha fazla zamana gereksinim duyulması ortaya çıkabilir. ‘Yaşla ilintili unutkanlık’ ismi verilen bu durum ilerlemediği sürece herhangi bir hastalık söz konusu değildir. Ancak bu tip hastaların düzenli aralıklarla takip altında olması gereklidir çünkü bu unutkanlık, eğer ilerleme gösteriyorsa, ciddi hastalıkların habercisi de olabilir.

Unutkan bir insan, bu durumdan önce kendisi rahatsız olur. Bunama hastasının ise yakınları rahatsız olur ancak hasta durumundan yakınmaz. Unutkanlık kimi zaman depresyon, vitamin eksiklikleri, tiroid işlev bozukluklarına bağlı olarak da görülebilir ve uygun tedavi ile tam düzelme sağlanır. Ancak unutkanlığın bunamanın ilk belirtisi olabileceği de unutulmamalıdır. Sonuç olarak devam eden ve artan unutkanlık tıbbi olarak araştırılmayı hak eden bir bulgudur.

Yaşlılardaki unutkanlık çok hafif olmaktan çıkıp daha belirgin duruma geldiğinde ise tıbbi adıyla “hafif zihinsel bozukluk” adı verilen tablo ortaya çıkar. Bu durum artık bir hastalık olarak ele alınmalıdır, çünkü söz konusu bu durum bunama ile seyreden birçok hastalığın erken dönemini teşkil ettiğinden önem verilmesi ve araştırılması gereken bir durumdur. Gerçekten de birçok bunama hastasında dönüp geriye bakıldığında, bir dönemler böyle bir tablo olduğunun farkına varılır.

Aslında hafif zihinsel bozukluk tablosunda beyinde değişiklikler çoktan başlamıştır ama henüz yakınmalar belirgin şekilde ortaya çıkmamıştır. Bu tabloda bellek ile ilgili yakınmalar varken, problem çözme gibi diğer zihni yetenekler normaldir; kişinin günlük yaşam etkinlikleri de normaldir. Mini Mental Test skorları 27-30 arasındadır. Bu tablonun bunamaya dönüşme oranı yıllık %10-15 'tir; yani her 7 hafif zihinsel bozukluk hastasından 1 tanesi ertesi yıl bunama hastası olur. Süre uzadıkça bu oran da artar. Sonuçta bu tanıyı almış kişilerin %70'i bir zaman sonra bunamaktadır.

Unutmak; aynı hatırlamak, öğrenmek, okumak gibi normal kabul edilmesi gereken bir özelliğimizdir. Bazen bizi mahcup eden unutma, bir yönü ile de aslında mucizevi bir yeti olarak yorumlanabilir. Başımızdan geçenlerin zamanla unutulması aslında bir uyum sağlama mekanizmasıdır. Gerekli olmayan bilgileri unutmak, ihtiyaç duyulacak bilgiyi ise hatırlamak gereklidir. Günlük yaşamdaki her şeyi hatırlamak yaşantımızı çok daha zor hale getirebilir. Unutma sayesinde sosyal ve psikolojik olumsuzluklardan korunuruz. Kimi zaman bir şeyi unutmamak , insanlar için bir şeyi hatırlayamamaktan çok daha engelleyici olabilir (örn: depresif kişiler). Yaşadığımız kötü olayları hiç unutamadığımızı düşünelim. Bu durumda insan sürekli olumsuz düşünce ve görüntüler nedeni ile hem mutsuz olacak, hem de yaşamı sıkıntılı geçecektir. Kişi etrafındakilerin sürekli olumsuz yönlerini hatırlayarak da huzursuz olacaktır. Öyleyse unutma bu yönden oldukça yararlıdır. Ayrıca şunu da hatırlatmak isterim: “Bunamış insanlar her gün yeni birileriyle tanışır!”...

Unutkanlık ve Bunama Arasındaki Fark Nedir?

Her unutan kişi bunamakta değildir. Doğru, bunamanın ilk belirtisi unutkanlıktır. Fakat unutkanlık, özellikle yoğun çalışanlarda ortaya çıkan stres, zihinsel yorgunluk ve uykusuzluğa bağlı olarak; çeşitli ilaçlara bağlı olarak veya depresyonda da sık görülen bir belirtidir. En önemli fark, bunayan insanların geçmişi çok iyi hatırladıkları halde yakın zamanı hatırlayamamalarıdır.

Bunun yanında bunamada unutkanlığa birçok belirti eşlik eder. Bu belirtilerden “Bunama nasıl anlaşılır?” bölümünde detaylı olarak söz edeceğim. Ama unutkanlığınız süreklilik kazanıp zaman içinde ağırlaşıyorsa ve bellek sorununuz günlük yaşamınızı engellemeye, yaşam kalitenizi düşürmeye başlamışsa bir uzmana danışmanızın zamanı çoktan gelmiş demektir.

Depresyonun İlk Belirtisi de Unutma Değil mi?

Depresyon ile bunama birbirine çok benzeyebilir. Depresyonun görülme sıklığı da ileri yaş grubunda önemli derecede yüksektir. Depresyon dikkat, dikkati sürdürme ve yoğunlaştırma yetilerini önemli derecede azalttığından; ikincil olarak belleği de etkiliyormuş gibi görünür. Bunamada hastayı genellikle bir akrabası doktora getirir. Oysa depresyon sürecinde hastanın unutkanlığı-

na karşı iç görüşü tamdır, yani kendi halinin farkındadır.

İşte depresyonun özellikleri: İnsan daima mutsuz ve karamsar olur. Hiçbir şeyden haz almaz. Uykusuzluk veya aşırı uyku hali olur. İşe kendini verememe ve halsizlik olur. İnsanın kendine güveni azalır. Daima yatmak ister veya hareketlerinde huzursuz bir artış izlenir. Bazen kişinin hayattan hiçbir beklentisi olmaz, hatta intiharı bile düşünebilir. Tüm bu belirtilerin yanı sıra dikkat dağınıklığı da sıkça görülür.

Bellek problemi olanlar da benzer şekilde üzgün, keyifsiz veya kederli olurlar. Sık sık sağlık problemlerinden yakınır. Moral bozukluğu sonucu kişinin kendisine zarar verme ihtimali de vardır. Kederden kurtulmak için alkol veya sakinleştirici ilaç kullanabilirler. Bu durum, zihinsel işlevlerini iyice düşürür. Kötü beslenme başlar. Kaba, inatçı ve saldırgan davranabildikleri gibi bazıları da cansız ve hayata karşı kayıtsız olabilirler.

Bunama depresyon ilişkisi ise çeşitli şekillerde olabilir; gerçekten bunama depresyonla karışsa da, depresyon bunama hastalarında da görülebilir ve tabloyu ağırlaştırır. Bunun dışında uzun süren depresyon, bunama gelişimini kolaylaştırır. Tüm bu nedenlerle ileri yaşta depresyonun önlenmesi, zihinsel işlevleri korumak adına önem taşımaktadır.

İşte sözünü ettiğim bu benzerlikler nedeni ile doktorunuz sizi inceleyip bunama teşhisi koymadan önce, gerektiğinde sizi bir psikiyatriste de danışacaktır. Depresyon ile bunama ayrımının yapılması gerçekten de çok önemlidir. Çünkü bunama ile kıyaslandığında depresyonun tedavisi çok daha kolay ve kısadır, ayrıca çok daha başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Ayrıca, kronik psikiyatrik rahatsızlığı ve kronik depresyonu olanlarda bunama görölme yaşı 50'ye kadar düşebiliyor. Psikiyatrik tanısı konmuş ve ilaç tedavisi devam eden hastaların yakınları, bunamayı fark etmeyebilir. Zira psikiyatrik rahatsızlıkların belirtileri/kullanılan ilaçların yan etkileri ile bunamanın belirtilerini (unutkanlık, dil, beceri, yönelim konularında yaşanan yetersizlikler; kişilik ve davranış değişimleri, bağımsızlığı yitirme) hasta yakınlarının fark edebilmesi çok zordur. Bu nedenle psikiyatrik rahatsızlığı olan yaşlılarınızın doktor kontrollerini aksatmamasını sağlayın.

Yaşlılık Nedir?

Yaşlılık, sosyal bir olgudur. Bu nedenle de yaşlılığın başlangıç çizgisi toplumdan topluma değişir. İnsanların yaşlanma hızlarında farklılıklar da vardır. Yaşlanma kalıtım, yaşam tarzı, çevresel etkenler ve diğer hastalık süreçlerine de bağlıdır. Yaşın ilerlemesiyle insanda hem fiziksel olarak, hem de sinir sisteminde dönüşü olmayan değişiklikler meydana gelir. Biz hekimler genel olarak 50-65 yaş arasında zihinsel işlevlerin hızlı değişimini göz önüne alarak, 65 yaşı yaşlanma için sınır olarak kabul ediyoruz.

20 yaşından itibaren insanın beyinde her gün 50 bin civarında sinir hücresi ölür, ancak yerlerine yenileri gelmez. Vücudun, ölünce yenilenmeyen tek hücresi sinir hücresidir. Bu ölümler, beyin kitlesinin azalmasına, küçülmesine neden olur. Söz konusu süreç başka bazı faktörlerle de artarsa, kaçınılmaz olarak az veya çok bu-

nama bulguları ortaya çıkar. Ayrıca dokunma, denge, tat, işitme, görme ve koku gibi duyuşal yetenekler de sinir hücreleri arasındaki iletişim yavaşladığı için körelebilir.

Kristof Kolomb Amerika'yı keşfe çıktığı ilk yolculuğunda 50 yaşını çoktan aşmış durumdaydı. Pasteur kuduz aşısını bulduğunda 60 yaşındaydı. Mimar Sinan Süleymaniye Camii'ni bitirdiğinde 70 yaşını geçmişti, Selimiye Camii'ni tamamladığında ise 86 olmuştu. Galileo, ayın günlük ve aylık çizimlerini yaparken 73 yaşındaydı. Charlie Chaplin 76 yaşında hâlâ film yönetmenliği yapıyordu. Goethe, en büyük eseri Faust'u ölümünden bir yıl önce, yani 82 yaşında bitirmişti. Nobel ödüllü Alman doktor Albert Schweitzer ise 88 yaşına rağmen Afrika hastanelerinde durmaksızın çalışıyordu.

Gençlik hayatın belli bir çağı ile ilgili değildir. İnsan, kendine olan güveni derecesinde genç, şüphesi derecesinde yaşlıdır. Cesareti derecesinde genç, korkuları derecesinde yaşlıdır. Ümitleri derecesinde genç, yılgınlığı derecesinde yaşlıdır. Güzelliği görme yeteneğini kaybetmeyen asla yaşlanmaz. Beynimiz yeni tecrübeler keşfettiği sürece insan genç sayılır. Yaşlılık mutluluklarının büyüklüğü ile değil, dertlerinin küçüklüğü ile övünmektir.

Yaşlı insan spor yaparken, keşiflere çıkarken, seyahat ederken; ihtiyarın aklında sadece istirahat etmek vardır. Yaşlı insan çevresine sevgi verirken, ihtiyar kıskançlık ve kin biriktirir. Yaşlı insan gelecek planları yapıp hayaller kurarken, ihtiyar geçmişi düşünmektedir. Sonuçta yaşlı insan güzel düşler görür, ihtiyar ise karabasanlar...

Hiç kimse fazla yaşamış olmakla ihtiyarlamaz. İnsanları ihtiyarlatan, ideallerinin gömülmesidir. Seneler

cildi buruşturabilir, ama heyecanların yok olması ruhu buruşturur. İnsanlar yaşadıkça yaşlandıklarını sanırlar, halbuki yaşamadıkça yaşlanırlar. İnsan ihtiyar olmaya karar verdiği gün ihtiyardır. Ingmar Bergman'ın dediği gibi: “Yaşlanmak bir dağa tırmanmaya benzer, çıktıkça yorgunluğunuz artar, nefesiniz daralır ama görüş alanınız genişler.” Tabii ki yaşlanacağız, ama gelin hiç ihtiyarlamayalım.

Yaşlılıkla Bunamanın İlgisi Var mı?

Yaşlılık 65 yaş üzerinde başlıyor. Bu dönemi de kendi içinde üçe bölüyoruz: 65-75 yaş arası **erken** yaşlılık, 75-85 yaş arası **orta** yaşlılık ve 85 yaş sonrası **ileri** yaşlılık şeklinde. Bunama, ileri yaşla ilişkili olsa bile normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir. “Senilite”, sıklıkla ve yanlışlıkla bunama (demans) ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Hatta bu iki kelime birlikte de kullanılmaktadır: “senil demans” şeklinde. Latince “senilis” kelimesinden türeyen “senil” kelimesi, “ihtiyar adam” anlamına gelmekte olup; “senil demans”ın sözlük anlamı, ilerleyen yaşla ilişkili olarak zihinsel becerilerin kaybı, bir diğer deyişle bazı yaşlı bireylerde görülen zihinsel ve davranışsal problemlerdir. Bu terim, artık “modası geçmiş” bir terim olarak kabul edilmektedir.

İyi huylu yaşlılık unutkanlığı kavramı ise yaşa göre normal sınırlarda olan entelektüel gerilemeyi tanımlar. Bu terimin bellek bozukluğuna dair öznel yakınmalarla beraber yakın ve uzak bilginin bellekten geri çağırılmasındaki güçlüğu içerdini; bu tür bellek bozuklukların-

da olayın kendisinin değil, detaylarının unutulduğunu; sorun yaşayan yaşlıların bu durumun farkında olduklarını ve engellemek için çaba gösterdiklerini; normal yaşlanma süreci ile ilgili olup, bunamaya dönüşme oranının düşük olduğunu vurgulamak istiyorum.

Beyinde bulunan milyarlarca hücre yaşlılıkla beraber azalıyor ve beyin küçülüyor, ancak bu küçülme her zaman hastalığa neden olacak düzeyde olmuyor. İleri yaşın zihinsel değişikliklerle birlikteliği iyi bilinmektedir, ama bu değişiklikler genelde hafiftir ve bireyin alışılmış günlük yaşam etkinliklerini etkilemez. Bunamanın her yaşlıda gelişmediği de bilinen bir hakikattir. 100 yaşını geçmiş ve herhangi bir bunama belirtisi olmayan birçok insan var.

Yaşlıların çoğu belleklerinin eskisi kadar iyi olmadığından yakınırılar. İsimleri ve yapacakları işleri hatırlamakta güçlük çekerler. Özellikle yakın bellek zayıflar. Sohbetler, çarşıdan alınması gereken şeyler gibi günlük işler unutulur. Hasta hikayesinden yola çıkılarak, unutkanlığı olan bir yaşlının günlük hayatında yeni bir şeyler öğrenebilmesi durumunda; unutkanlığının muhtemelen bunamaya bağlı olmadığını, çünkü bunamaya yol açan hastalıklarda yeni bellek oluşturmakta sorun olduğunu ve hastaların yakın bellekte bozukluklar gösterdiğini unutmamak gerekir. Ancak bunamalı bir kişi başka bir bunamalıya benzemez. Ayrıca ilgili insanın, kendi kişiliğine göre hastalığa nasıl tepki gösterdiği de çok önemlidir. Yanıtlanması gereken soru, ne kadar bellek bozukluğunun normal sınırlarda olduğu; ne kadarının ise bir hastalığı gösterecek kadar sorun olduğudur. Bu soruyu yanıtlamak ise her zaman çok kolay olmayabilir. Mesela pişirdiği pastayı misafirine ikram etmeyi unut-

mak basit bir unutkanlıktır. Fakat pasta pişirdiğini unutmak bunama belirtisidir.

Bunama 60 yaşıñ altındakilerde nadiren görülürken, 65 yaşıñın üstünde olan insanların yaklaşık %15'inde görülür. Ancak 40 yaşıñdan sonra insanda bir takım zihinsel bulguların ortaya çıkması da, yakınlarını ve kendilerini bir “bunama” şüphesine yönlendirebiliyor. İyi ki de böyle şüpheci oluyoruz, çünkü çoğu hastalıkta olduğu gibi bunamada da erken tanı hastanın düzelme şansını belirgin şekilde arttırabiliyor. Bunamanın nedeni de aslında bunamanın başlama yaşıyla bağlantılıdır. Yaşlılarda, yani 65 yaş üzerinde genellikle alzaymır hastalığına veya damar hastalığına bağlı olarak gelişir. 65 yaş altında bunama nadirdir. Gene en sık nedeni alzaymır hastalığı olmakla birlikte, hastaların çoğu genetik bir sorunu olanlardır.

Daha da genç yaşlarda (40 altı yaşlarda) ise depresyon, vücudun başka bir yerinde hastalık veya nörolojik bir hastalık olmaksızın bunama görülmez. Futbolcu ve boksör gibi sık kafa darbesi geçiren sporcularda da genç yaşlarda bunama görülebilir. Genç yaşlardaki zihinsel bozukluklar daha çok psikiyatrik bozukluklara, alkol ve diğer ilaçlara veya metabolik hastalıklara bağlıdır.

Sabit Zihinsel Yetersizlik Nedir?

Pek çok beyin hasarı; zaman içinde ne geri dönen, ne de ilerleyen tipte bir zihinsel yeti kaybına yol açabilir. Darbeye veya beyin cerrahisine bağlı olarak beyin beyaz cevheri zarar görebilir, beyin kan akımında veya oksijen-

jen desteğindeki geçici bir kayba bağlı inme gelişebilir, menenjit ansefalite (beyin iltihabı) dönüşebilir, epilepsi (sara) krizleri çok uzun sürebilir, aşırı alkol kullanımına bağlı Wernicke ansefalopatisi veya Korsakof psikozu gelişebilir yani sonuçta zihinsel etkinlikler kalıcı ve düzelmez şekilde bozulabilir. Buna sabit zihinsel yetersizlik diyoruz.

Yavaş İlerleyen Bunama Nedir?

Yıllar içinde çok yavaşça ilerleyen bunamalar ise, genellikle beynin gri cevherini yani düşünen hücreler olan nöronları etkileyen ve bu hücrelerin kademeli, fakat geri dönüşü olmayan şekilde kaybına yol açan hasarlanma olaylarına bağlı olarak gelişir. Nadiren de hasarlanma olmayan bir durumun beyin hücreleri üzerine ikincil bir etkisi olabilir ve bu durum söz konusu olduğunda nöron kaybı geri dönebilir de, dönemeyebilir de.

Erken Bunama Nedir?

“Erken bunama”, 19. yüzyılda şizofreniyi tanımlamak için kullanılan tarihi bir terimdir. Kastedilen yirmili yaşlarda başlayıp genç olgunluk döneminde ilerleyen hızlı bir zihinsel ve ruhsal dağılma durumudur. Hasta dikkatini, belleğini ve hedefe yönelik davranışlarını kontrol edemez.

2

NEDEN?

Bunama Neden Olur?

Bunama, henüz nedeni tam olarak aydınlatılamayan şekilde, beyin hücrelerinin programlanandan daha erken ölmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hücre ölümüyle birlikte beyin de yavaşça büzüşmeye, küçülmeye başlar. Normal yaşlanmada beyin hücrelerinin kaybı normal bir süreçtir, ancak bu kaybın miktarı ve hızı artarsa beyin normal işlevlerini yerine getiremez hale gelir ve bunama tablosu ortaya çıkar. Bununla birlikte sinir hücrelerinin haberleşmesini sağlayan devreler-ağlar da yok olmakta ve yine sinir hücreleri arası iletişimi sağlayan kimyasal araçların miktarları azalmaktadır.

Söz konusu bu bozuklukların, normal yaşlanmanın bir sonucu olarak beyinde protein birikmesine, bakterilerle veya toksik kimyasallarla karşılaşma sonucu beyinde iltihabi reaksiyon ortaya çıkmasına, yetersiz kan şekeri düzeylerine ve beynin maruz kaldığı darbelere bağlı olduğu gibi kimi teoriler olmasına rağmen, kesin neden hâlâ belirsizdir.

Bunama İçin Risk Faktörleri Nelerdir?

Bunama için bilinen risk faktörleri arasında; ileri yaş, geçmişte depresyon geçirmiş olma, fazla zihin etkinliği gerektirmeyen işlerde çalışma, Down Sendromu, düşük eğitim düzeyi (mesela çift dil bilenlerin daha şanslı olduğu bilinmektedir), kadın cinsiyeti, kafa darbesi öyküsü ve kalp-damar hastalığı (kalp krizi, tansiyon yüksek-

liği, kolesterol yüksekliği) sayılabilir. Çok nadiren (%5) ailevi formlar da görölmektedir, bu durumda bunama tablosu daha hızlı ilerlemekte ve kötüleşmektedir. İşitme güçlüğüyle bunama arasında bir ilişki olduğu da iddia ediliyor.

Orta yaşlarda başlayan şeker hastalığı yani tip 2 diyabet tanısı almış hastaların yaşlılıklarında zihinsel problemler yaşama ihtimalleri bir hayli fazla. Kandaki şeker oranı kontrol altına alınamayan diyabetlilerin beyinleri, diyabet hastası olmayanlara göre kabaca 5 yıl daha çabuk yaşılanıyor. Yani 55 yaşındaki diyabetli bir insanın beyni, 60 yaşındaki sağlıklı bir insan beyni gibi çalışıyor ve bu problemler yıllar geçtikçe birikiyor. Orta yaşlarında diyabet tanısı konulan bir insanın zihinsel işlevleri 20 yıl içinde %20 oranında azalıyor. Bu azalma oranı aslında bunama için bir sinyal niteliğinde. Düşük kan şekere sahip kişilerin ise, diyabetli ya da pre-diyabet denilen glikoza toleransı az olan kişilere göre zihinsel durumları çok daha iyi. Ayrıca her ne kadar rastlantısal olarak ortaya çıkan radyolojik bir tanı olsa da, beyin küçölmesinin (atrofi) de bir risk faktörü olduğunu ve nedeninin detaylı bir şekilde araştırılması gerektiğini unutmamak gerek.

İş Yerindeki Stresle Bunamanın İlgisi Var mı?

Profesyonellik, her şarta uyum sağlama yeteneğidir. Dolayısıyla iş yaşantısı madem ki insanın yaşamını sürdürmesi için kaçınılmaz, o zaman iş stresiyle başa çık-

mayı da bilmemiz gerekir. Ancak stres, beyin işlevlerini olumsuz etkilediği için dikkati azaltır, doğru karar vermeyi engeller ve olaylara nesnel bakmamızı önler.

Strese sebep olabilecek olaylarla karşılaştığınız zaman bulunduğunuz ortamdan uzaklaşın, temiz havaya çıkıp derin derin nefes alıp verin ve bunları yaparken de daha olumlu şeyler düşünün. Kendi başınıza kontrol altına alamadığınız duygular sonucunda; beyin işlevleri bozulup diğer sistemlere de zarar verebileceği için bir terapiye başlamakta, yani bir psikiyatristten destek almakta fayda vardır.

Çok Çalışma Yüzünden Bunama Olabilir mi?

Tabii ki hayır! Çalışmak insan beynini daima zinde tutar ve olumsuz düşüncelerden uzaklaştırır. Çalışma hayatı uzun olan insanların bunama hastalığına yakalanma olasılıklarının daha düşük olduğu tıbben kanıtlanmış durumdadır.

Bunama Genetik mi?

Gerçekten de pek çok bunama tipinde genetik faktörlerin suçlanmakta olduğunu göz ardı edemeyiz. Örneğin APOE-e4 gen taşıyıcılığı alzheimer hastalığı için bilinen en önemli genetik risk faktörüdür. Bu gen taşıyıcılığına sahip kişiler, 75 yaşında bu geni taşımayanlara göre 10-

30 kat fazla alzaymır hastalığına yakalanma riskine sahiptirler.

Bu nedenle kardeşlerinde veya ebeveynlerinde bunama ortaya çıkmış insanların daha çok kaygılanmasını anlayışla karşılamak gerek. Çünkü özellikle anne ve babasında bunama olanlar ileriki yaşlarında ne yazık ki bu hastalığa adaydırlar. Bu yüzden de hazırlıklı olmaları gerekir.

Bunamadan korunmak için yaşam tarzlarını daha sonra “Korunma” başlığı altında anlatacağım şekilde düzenlemelidirler. Ayrıca tansiyon, kalp ve şeker hastalığı gibi sistemik hastalığı olanlar da düzenli doktor kontrollerini yaptırmalıdır. Orta yaşlarda aşırı unutkanlık başlarsa mutlaka hekime başvurmalı ve beyin işlevlerini kontrol ettirmeliler.

Ayrıca bazı ailelerde her kuşakta bunama hastalığının ortaya çıkabildiğini de biliyoruz. Günümüzde modern tıp insanlara birçok yeni tanı ve hatta tedavi olanakları sunuyor. Yeter ki bu olanaklara ulaşabilsinler ve kendilerine yapılan önerilere uysunlar. Zaten doktorları bu önerilere uymama kararının oluşturacağı riski kendilerine gayet açık bir şekilde anlatacaklardır.

3

NE YAPAR?

Bunama Hangi Zihinsel İşlevleri Etkiler?

Bunama beynin düşünme, hatırlama ve akıl yürütme yeteneklerini etkiler. En çok etkilenen yetiler şunlardır:

- Bellek
- Dikkat
- Algılama (özellikle uzamsal)
- Konuşma
- Planlama
- Problem çözme
- Karar verme

Bunama Hastalarının Genel Davranışları Nelerdir?

Başlangıçta:

Bozuk bellek

- Olmamış bir anıyı olmuş zannetme,
- Eski bir anıyı yeni zannetme,
- İki anıyı birleştirme,
- Bir anıdaki insanları karıştırma,
- Yeni şeyler öğrenmede güçlük,
- İlaçlarını içmeyi veya içtiğini unutma,
- Randevularını unutma,
- Bilinen işleri yapmakta güçlük, mesela yemeği ocakta unutma (yemeğin yanması sonucu yangın tehlikesi),

- Aynı konuları tekrarlama, aynı soruları tekrar tekrar sorma.

Yön duygusu yitimi ve kafa karışıklığı

- Kendi başına dışarı çıktığında kaybolma,
- Nerede olduğunu veya oraya nasıl geldiğini hatırlamama,
- Daha önceden bildiği yer ve olayları anımsamama,
- Her zamanki gittiği yolu bulamama,
- Bilinen yollarda araba kullanırken kaybolma,
- Amaçsız dolaşma,

Bir şeyler kaybetme

- Gözünün önündeki nesneleri bulamama,
- Uygunsuz yerlere eşya toplama, yerleştirme
- Çöp biriktirme (evi çöp ev haline getirme),
- Kişisel eşyaların sürekli olarak yanlış yerlere konulması,
- Gözlük, işitme cihazı veya anahtar gibi her gün kullanılan eşyaları koyduğu yerleri unutma,
- Özel eşyalarını kaybetme,

Soyut düşünme yetisinin kaybı

- Mesleki becerileri ve diğer etkinlikleri etkileyen bellek yitimi,
- Yargılamada bozulma,
- Banka hesabını dengelemekte zorluk yaşama,
- Sayıların anlamını ve onlarla ne yapılması gerektiğini unutma,

Her zamanki görevleri yapmakta zorlanma

- Yeme, giyinme, kendine çekidüzen verme gibi rutin günlük işleri yapmakta zorlanma,
- Günlük problemlere uygun çözüm yolu bulamama,
- Banka kartı, cep telefonu kullanamama,
- Fatura ödemelerini yapamama,
- Gazete, kitap okuyamama,
- Düğmeleri yanlış ilikleme, mevsime göre giyineme,
- Günlük işleri planlayamama,
- Bir işi başlatamama, konsantre olamama,

Hareket bozuklukları

- Küçük adımlarla yürüme, dengesizlik ve düşmeler,
- Aynı hareketleri tekrarlama (çarşafı katlayıp açmak gibi),
- Bıçak kullanamama, çatal-bıçağı karıştırma,
- Sürekli bir gezinme hali,
- Yeme ve yutma güçlüğü,
- İmzanın gitgide bozulması,
- Ellerde titreme,
- Denge bozuklukları,

Kişilik ve davranışlarda değişiklik

- Cinsel ilgi ve iştah bozukluğu,
- Çevreye karşı ilgi azlığı,
- Kişisel görünüş ve başkalarına karşı kayıtsızlık,
- Kaygı veya moral bozukluğu,
- İnatçılık, işbirliği yapmama, lakaytlık,
- Eşyaları saklama,

- Hayal görme veya yanlış algılama,
- Huzursuzluk, saldırganlık,
- Takıntılı inançlar, şüphecilik,
- Alışılmışın dışında kızgın, asabi veya sessiz olabilme,
- Kafası karışık, paranoyak olabilme veya korkabilme,
- Nedensiz davranış ve duygu durum değişiklikleri,

Akıl yürütme kapasitesinde zayıflama veya azalma

- Evden ayakkabısız çıkabilme,
- Markete pijamalarıyla gidebilme,
- Bulunduğu yer ve zamanın farkında olmama,

Açıklamaları anlamakta zorlanma

- En basit yönlendirmeleri veya açıklamaları anlamada zorlanma,
- Kolaylıkla kaybolup uzaklaşma ve ortalıkta gezinmeye başlama,

Dil ve iletişim problemleri

- Konuşma bozukluğu,
- Gramer yapısının bozukluğu,
- Kelimeleri hatırlayamama,
- Nesneleri tanısa bile ismini söyleyememe (kalem gibi çok bilindik şeyler olsa bile),
- Yaygın kullanılan kelimelerin anlamını kavrayamama,
- Kelime bulma güçlüğü, konuşurken konuyu unutmama,

Bozulmuş görsel ve uzamsal beceriler

- Mekânsal ve uzamsal becerisini (nesnelerin şekillerini, büyüklüklerini ve nesneyle boşluk ilişkisini anlama ve değerlendirme yeteneği) kaybetme,
- Parçaları belli bir sıraya göre dizememe,
- Şekilleri tanıyamama,

Motivasyon ve inisiyatif kaybı

- Çok pasifleşme,
- Yalnızlık korkusu (evin içinde eşin peşinden ayrılamama),
- Bir şeylerle ilgilenmek ve başkalarıyla etkileşime girmek için harekete geçirilmesinin gerekmesi,

Normal uyku düzeninin kaybı

- Gündüz uyuyup gece uyanık kalma,
- Uykuya dalma güçlüğü,
- Uykuda sıçrama, düşme, konuşma, haykırma,

Tabii bunama tiplerine göre, yukarıda sayılan yakınmaların ortaya çıkma sırasında değişiklikler görülebilmektedir.

Orta evrede:

- Yakın tarihte yaşanan olayları daha fazla unutma. Uzak geçmişteki olayları daha iyi hatırlama ama bazı ayrıntıları unutma ve karıştırma,
- Zamanı ve yerleri karıştırma (gece yarısı alışverişe çıkmaya karar verebilir),
- Bildiği yerlerde kaybolma,

- Aile üyelerinin ve arkadaşlarının isimlerini unutmama,
- Yemekleri ya da çaydanlığı ateşte unutma ya da ocağı söndürmeyi unutma,
- Olmayan şeyleri duyma ya da görme, kuruntular,
- Yazma ve okuma da dahil iletişim yetilerinde kayıp,
- Toplum içinde uygunsuz davranışlar,
- Özellikle geceleri artan huzursuzluk ve sıkıntı hissi,
- Saldırganlık, öfke patlamaları, içe kapanma,
- El becerisi gerektiren işlerde güçlük çekme,
- Hesap ve planlamayı gerektiren işlerde güçlük,
- İlaçları almayı sürekli unutma,

İleri dönemlerde:

- Uzun süreli bellek kaybı; yani kendi doğum yeri, mesleği veya aile üyelerinin isimleri gibi kişisel bilgilerin hatırlanamaması,
- Tanıdık yüzleri, günün hangi saatinde veya hangi yılda olduğunu bile hatırlamama,
- Eşyalarını garip yerlere koyma, örneğin gözlüklerini buzdolabına koyma gibi,
- Eşini, çocuğunu, arkadaşlarını tanımama; onları ana- babasıyla karıştırma,
- Çiğneme ve yutma güçlüğü,
- Kelime haznesinin son derece fakirleşmesi, bazı sesleri ya da cümleleri sürekli tekrarlama,
- Konuşma ve söyleneni anlama güçlüğü,
- İnsanları, hatta aynadaki kendi yüzünü tanıma güçlüğü; aynada kendisiyle konuşma,

- Tuvalet temizliğini yapamama, idrar ve dışkı kaçırmama,
- Sayıları geriye doğru sayamama,
- Duyguların ifadesinde azalma veya tam kayıp,
- Hiçbir kişisel bakım işlevini yerine getirememe,
- Giyinme, yemek yeme, duş yapma, yıkanma ve tuvalete gitme konularında yardıma ya da gözetime ihtiyaç duyma,
- Sonunda tekerlekli iskemleye bağlı kalabilecek şekilde yürüme zorluğu.

Bunama ile Birlikte Ne Gibi Bulgular Olabiliyor?

Öncelikle pek çok ruhsal bozukluğun bunama tablosuna eşlik edebileceğini unutmamak gerekir. Bunlar arasında depresyon (%20-30 sıklıkta görülebilen, ruh halinin düşüklüğü veya huzursuzluk ile seyredebilen ve bellek zayıflaması da olan durum); delirium (zihinsel yetilerde hızla ortaya çıkan ama geri dönüşebilen, dikkatsizlik, karışık düşünceler ve bilinç düzeyi değişiklikleri ile seyreden bozulma); evham - korkular - kuruntular - huzursuzluk - öfke şeklinde ortaya çıkabilen anksiyete yani endişe (%20 sıklıkta); duygusal dengesizlik ve sanrılar ilk akla gelenler olmalı.

Davranışsal bozuklukların tıp dışı nedenleri olabileceğini de unutmamak gerekir. Örneğin hastaneye yatmak gibi kişinin öz bakımında bir değişiklik, bakım veren kişinin değişmesi, evde misafir varlığı, günün farklı zamanlarında giysi değiştirme veya banyo yapmasının

istenmesi gibi durumlarda da davranış bozuklukları görülebilir. Değerlendirme kişisel konforu, ağrıyı, açlık ve susuzluğu, kabızlığı, mesane veya bağırsak doluluğunu ve yorgunluğu da dikkate almalıdır. Can sıkıntısı ve yalnız kalma da davranış değişikliklerine yol açabilir. Ayrıca hareketlerde yavaşlama, tutukluk, azalma ve kollar-da-bacaklarda titremeler ile hareketi engelleyecek düzeyde kasılmalar akla gelmeli. Bazı göz hastalıkları (glokom gibi) da tabloya eşlik edebilir.

Özellikle bulgular birdenbire ortaya çıktı ise kişinin davranış bozukluklarının iyi bir incelemesinin yapılması gerekmektedir. Bunama hastaları özellikle yeteneklerinin ötesindeki durumlarla karşılaştıklarında, bir anda gözyaşlarına veya öfkeye kapılabilirler, buna 'felaket reaksiyonu' denir. Eğer muayene yapılmaz da davranış değişiklikleri ilaçlarla tedavi edilmeye çalışılırsa, ilaçlar bulguları maskeleyerek kalmayıp, daha tehlikeli durumların ortaya çıkmasına bile yol açabilirler.

Bunama Hastalarında Yeme Bozuklukları Var mıdır?

Açlık ve susuzluk hislerinin bunamaya bağlı olarak algılanamaması, tat ve koku duyularının zayıflaması, yutma güçlüğü, çatal bıçağı tanıyamama, hareket bozuklukları, denge bozukluğu, güçsüzlük, depresyon ve hatta aç-susuz olduğunu söyleyememe nedeni ile hastanın beslenmesi bozulabilir.

Bunama hastasının yeme sorunu var ve bakımını sağlayanlar onu yedirmekte başarılı olamıyorlarsa has-

taya endoskopik olarak gastrostomi ile beslenme tüpü takılması gerekebilir. Ancak bu cerrahi yöntemin de hastayı huzursuz etmek, yatak yaralarını artırmak, fiziksel kısıtlamaya yol açmak ya da hasta tarafından çekilip çıkartılabilmek gibi yan etkileri olduğunu unutmamak gerekir.

Bunama ile İlgili Hukuki Süreçler Nelerdir?

Bunama hastasıyla ilgili hukuki durumları incelemeden önce bir takım tanımları gözden geçirmek gerekir. **Hak**, “hukuk düzeni tarafından kişilere tanınmış olan yetkililerdir”. **Hak ehliyeti** ise, “insanların iradesinden ve davranışlarından bağımsız olarak, kişi olma vasfı ile kazanmış olduğu bir ehliyet”tir. Medeni kanunumuza göre, “hak ehliyeti” kişinin haklara ve borçlara sahip olabilme, “**fiil ehliyeti**” ise kişilik haklarını kullanmasını sağlayan ve aynı zamanda sorumluluk üstlenmesini gerektiren hakkıdır. **Ayırt etme gücüne** sahip ve kısıtlı olmayan her erişkin kişinin hak ehliyeti ve fiil ehliyeti vardır. Fiil ehliyetinin, hukuka uygun fiillerde bulunabilme ehliyeti ve hukuka aykırı fiillerden sorumlu tutulabilme ehliyeti olarak iki ayrı görünümü vardır.

Serbest ve mantıklı, makul hareket edebilme doğal şartlarından yoksun bulunan kişiler; fiil ya da sözleri ile yükümlülük altına girme ihtimalinden korunmaları amacıyla fiil ehliyetinden yoksun bırakılır ve hukuku ihlal etmeleri durumunda da sorumlulukları özel olarak düzenlenir. Fiil ehliyeti sınırlanmış olan kişi, aslında hak

ehliyetine sahiptir. Ancak sahip bulunduğu bu haklardan bazılarını bizzat kullanamaz, bu haklar onun adına kanuni temsilcisi/vasisi tarafından kullanılır.

Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk vs sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes “ayırt etme gücü”ne sahiptir. Yani söz konusu edilen haklara sahip olmak için sadece 18 yaşını bitirmiş olmak yeterli olmayıp, ayrıca ayırt etme gücü bulunması ve tabii kısıtlı olmaması gerekmektedir. Tüm bu açıklamaları göz önüne alırsak, bunama hastası olan bir kişi de hak ehliyetine sahip olmakla birlikte; ehliyet durumunu belirleyen asıl kurallar, fiil ehliyeti ile ilgili düzenlemelerdir. İşte bu sebeplerle, bunamalı bir hastanın fiil ehliyetinin araştırılması ve tespit edilmesi; hukuki işlemler gerçekleştirebilmesi ve buna göre hukuki statüsünün belirlenmesi bakımından gerekli olabilir.

Ayırt etme gücünün varlığı, belirli bir kişi açısından değil; onun belirli bir davranışına, durumuna ilişkin olarak tespit edilir. Ayırt etme gücünün 2 ögesi vardır:

- İrade: İsteme ve istediğini yapabilme, istemediğini yapmama yetisi.
- İdrak: Kişinin eylemlerinin neden ve sonuçlarını değerlendirebilme yetisi.

Sonuçta bir kişide hukuki bir işlemi yapacak ve/veya değerlendirecek güç yoksa o kişi fiil ehliyetinden kesin olarak yoksundur. Bu konuda hekim raporu isteme nedenleri şunlardır:

- Yaşlılık (65 yaş ve üzeri)
- Vasiyetname düzenlemek için başvuran her yaştaki erişkin
- İşlem yapan kamu görevlisini tereddüte düşüren bir durum
- Bağış (hibe), taşınmaz alışverişi, vekaletname düzenleme, evlenme, evlat edinme gibi işlemler

Fiil ehliyeti ile ilgili rapor isteminde bulunabilen kurumlar ise şunlardır:

- Noterler
- Tapu sicil müdürlükleri
- Mahkemeler
- Evlendirme memurlukları

Fiil ehliyeti için yeterlik ölçütleri de şöyle detaylandırılabilir:

- Bir seçimle karşı karşıya bulunduğunun farkında olmak
- Varolan seçenekleri, yarar ve zararları ile birlikte anlamak
- Eylemle ilgili etkenlere ilişkin bilgiye sahip olabilmek
- Bozuk bir algı, düşünce ve yargılama sürecine kapılmamak
- Şiddetli panik, depresyon, aşırı iyimserlik, öfke vs gibi duygusal dengesizliklerin olmaması
- Bir başkasına aşırı bağımlılık gibi sağlıklı bir ilişkinin olmaması

Söz konusu ölçütlerin hepsinin bir kişide bulunup bulunmamasına göre kişiler, ehliyetliler (tam ehliyetliler ve sınırlı ehliyetliler) ve ehliyetsizler (tam ehliyetsizler ve sınırlı ehliyetsizler) olarak ikiye ayrılmaktadırlar. Bunamalı bir hastanın bu sınıflardan hangisine girdiği sorusunun, her somut olaya göre ayrıca cevaplanması gerekir.

Bunama, hafif, orta ve ağır evreleri olan bir rahatsızlık olup, hafif evresinde hastada iş ya da toplumsal ilişkiler gibi alanlarda önemli ölçüde bozulma olsa bile hastanın kişisel bakımı yeterli ve yargılama yeteneği yerindedir ve bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir. İşte bunamanın bu hafif evresinde, yani henüz yargılama yeteneği bozulmamış bir bunama hastasının ayırt etme gücüne sahip bulunduğu ve bu halde iken yapmış olduğu işlemler yönünden fiil ehliyetine sahip olduğu kabul edilebilir.

Bunama, ilerlemiş dönemlerinde ise kişinin değerlendirme yeteneğini etkiler; yani kişinin belleği, olayları sağlıklı değerlendirme yeteneği, telkine dayanıklılığı gibi medeni hakları kullanabilmek için gereken özellikleri normal bir insan düzeyinde olmayabilir. Üstelik kişi bu yeteneklerine artık sahip olmadığına ya da eskisi kadar sahip olmadığına tam olarak ayırdında da olmayabilir. Dolayısı ile bu durum, onu bazı hukuk işlemlerinde kendisi, ailesi ve yakınlarının çıkarlarını koruma konusunda yetersiz kılabilir. Çünkü bunama hastası, hastalığının derecesine bağlı olarak, istismar edilmeye açıktır.

Örneğin bunama hastasının evlenmek istemesi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkabilir. Evlenme aslında medeni hukukla korunmuş bir haktır ancak değerlendirme yeteneği olmadığı düşünülen kişilerin evlilikleri

hukuki problemlere yol açabilir. Ağır bunamalı bir hastanın ayırt etme gücü bulunmadığı için, bu kişinin evlenmesi mümkün değildir. Buna karşılık henüz ayırt etme gücü bulunan ve fakat kısıtlanmış bunamalı bir kişinin evlenmesi, vasisinin buna rıza göstermesi şartı ile geçerlidir. Ayrıca bunama hastası tarafından aslı olmayan çeşitli suçlamalar yapılabilir; mesela hırsızlık iddiaları, kıskançlık fikirleri, kendisine kötülük yapılacağı gibi düşünceler ortaya çıkabilir ve fakat bunama hastalığına yakalanmış kişinin dava açma ehliyeti de etkileneceğinden, ortaya ciddi hukuki problemler çıkabilir.

Bunama ile ilgili hukuki/ekonomik sorunlarda, medeni hukukun vesayet ile ilgili maddeleri uygulanır. Akıl hastalığı veya akıl azlığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken, ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her erişkin kişi kısıtlanır, yani vesayet altına girer. Görevlerini yaparlarken kişinin vesayet altına alınmasını gerekli kılan bir durumun varlığını farkedenden idarî makamlar; noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili makama bildirmek zorundadırlar. Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat edebilen her erişkin de kendi kısıtlanmasını isteyebilir.

Bunamalı hastalar (özellikle de bunamanın son evresindekiler) için, kendi işlerini görmekten aciz olmaları ve/veya korunmaları ve bakımları için sürekli yardıma muhtaç bulunmaları açısından kısıtlama kararı verilebilmektedir. Kısıtlamaya ancak tam teşekküllü bir sağlık kuruluşu tarafından düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporu sonucunda karar verilebilir. Sulh Hukuk Mahkemesi yargıcı karar vermeden önce kurul raporunu göz

önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir veya bir bilirkişi raporu da isteyebilir. Hastalığın ilerleme süreci kestirilemediği için genellikle 1 yıl gibi bir süre için karar verilir, süre bitiminde durumun tekrar değerlendirilmesinin uygun olduğu belirtilse de; tedavi şansı olmayan bunama hastalıkları dolayısıyla kendisine vasi tayin edilen bir kişi hakkında kısıtlama sebebinin ortadan kalkmasının pek mümkün olamayacağı kabul edilmelidir.

Söz konusu rapor düzenlenirken, vasi tayini yapılacak kişinin detaylı bir adli tıbbi değerlendirilmesinin yapılması; tüm tetkiklerinin, nörolojik incelemelerinin ve gerekli nöropsikiyatrik testlerinin tamamlanması gerekir. Bu tetkikler neticesinde kişinin ne oranda medeni haklarını kullanma yetisini kaybettiği belirlenir. Bunama hastalığının ilerleyen bir sürece sahip olduğu, diğer evrelere geçiş sürecinin kişiden kişiye değişkenlik arz ettiği ve kişinin önceden belirlenemeyen bir süre içinde ayırt etme gücünü kaybedebileceği de gözden kaçırılmamalı ve vasi atanan bunamalı bu yönden yakın takibe alınmalıdır.

Mahkemenin görevlendirdiği herhangi bir kişi (tüzel kişiler, dernek vs. dahil) vasi olabilir. Türkiye'deki mahkemeler genellikle kişinin birinci derece yakınlarını veya avukatlarını vasi tayin etmeyi tercih ederler. Vasi tayin edilen kişi vesayet altına alınan kişinin haklarını ve mal varlığını onun yararına korumakla yükümlüdür.

Aynı zamanda akıl hastası olan bir bunama hastasının kısıtlanabilmesi için alternatif şartlardan birinin bulunması yeterli olup; bundan başka bir şarta, örneğin bunama hastalığının ayırt etme gücünü kaldırarak niteликte olmasına gerek yoktur. Akıl hastalığı sebebiyle kısı-

sıtlanarak kendisine vasi tayin edilen bunamalı kişi eğer bunamanın ilk evresinde ise ve bir vasiyetname yaparken ayırt etme gücü mevcut ise, bu kişinin yaptığı vasiyetname geçerli sayılacak; ancak bunu ispat etme yükümlülüğü, bunama hastası olan kısıtlının vasiyetnameyi yaptığı anda ayırt etme gücüne sahip olduğunu ileri süren kişiye ait olacaktır. Çünkü ölüme bağlı tasarrufu iptal ettirmek sureti ile atanmış mirasçılar devre dışı bırakmak isteyen yasal mirasçıların en sık başvurdukları yol, vasiyetçinin ölüme bağlı tasarrufu düzenlendiği tarih itibariyle “ehliyetsiz” (özellikle de bunama hastası olması sebebi ile ehliyetten yoksun) olduğunu ileri sürmektir.

Bunama hastalığı, iyileşmez niteliği ve “ayırt etme gücünden sürekli yoksunluk, ara sıra geçirilen buhranlar, diğer eşin hayat ve sağlığını tehlikeye koyabilecek veya onu sürekli korku altında bulunduracak saldırıların yapılması, veya akıl hastalığının sürekli olarak bir sağlık kurumunda tedavi ve bakım altında bulunulmasını gerektirmesi” gibi ortak hayatı çekilmez kılmaya yatkın özellikleri ile, bir boşanma sebebini de teşkil etmektedir.

Ceza hukukunda, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayacak durumda bulunmayan ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinden yoksun kişilerin cezai sorumluluğu bulunmadığı, bu nedenle de bu kişilerin cezalandırılamayacağı, ancak haklarında güvenlik tedbirlerinin uygulanabileceği belirtilir. Akıl hastalığının bulunmaması, bir yargılama şartı olarak kabul edildiği için; suçu işlediği an aklen sağlıklı olan ve fakat yargılama sırasında akıl hastalığına tutulan kişiler, yargılanamaz; bu durumda, durma kararı verilir. Bu enge-

lin ortadan kalkma imkanı kalmadığında ise, düşme kararı verilir.

Bunama hastalığı açısından, hastalığın başlangıç evresi ile son evresi arasında; kişinin algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği bakımından büyük farkların bulunduğu kabul edilmelidir. Bunamanın, hastanın zihinsel yetilerini ve buna bağlı olarak algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini derinden etkileyen ağır evresinde, hukuki açıdan bu hastalığın akıl hastalığı sayılması gerekir. Buna karşılık, bunamanın ilk safhalarında olup da suç işleyen bir kişi hakkında, bunamanın kendine özgü niteliği, yani geri dönüşümü olmayan ve ilerleyen bir hastalık olduğu göz önünde bulundurularak; hakime tanınan takdir hakkının kullanılması sureti ile, indirimli de olsa ceza tayini yerine, güvenlik tedbirine hükmedilmesi yani sık sık kontrollerinin yapılarak hastalığın ilerlemesinin takibi tercih edilmektedir...

Ceza infaz hukukuna göre, akıl hastalığına tutulan hükümlülerin cezalarının infazı; iyileşmeden sonraya bırakılır ve hükümlü, iyileşinceye kadar belirtilen bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Bu kuralın, bunama hastalığına tutulmuş olan hükümlüler açısından da (gerek infaza başlanmadan, gerekse infaza başlandıktan sonra) uygulanması mümkündür. Nitekim, akıl hastalığına yakalanan hükümlülerin, tedavi ve koruma amacı ile Türkiye’de henüz yüksek güvenlikli sağlık kurumu bulunmadığı için; onun yerine Sağlık Bakanlığı’na bağlı Bakırköy, Manisa, Adana, Samsun ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerine yerleştirilmeleri sağlanmaktadır. İyileşme olanağı bulunmadığı raporla belgelenen bunamalı bir hükümlünün cezasının, Cum-

hurbaşkanı tarafından özel affa uğratılması da mümkündür.

Hükümlünün hakkında kesinleşen mahkumiyet kararından sonra ortaya çıkan yeni delil ve olaylar ışığında, suçu işlediği sırada bunama hastası olduğuna dair şüpheler doğduğu için yargılamanın yenilenmesi yoluna da başvurulabilir. Aynı şekilde suçu işlediği sırada değil de, bundan sonra fakat hüküm kesinleşmeden önce bunama hastalığına tutulan sanık hakkında, bu durumunun yargılama engeli olduğu için durma kararı verilebilir. Infaza başlanması aşamasında da, hükümlü sıfatını alan bunama hastası hakkında yargılama sırasında hasta olduğuna dair önemli bir yeni delil olduğu takdirde, yargılamanın yenilenmesi yoluna gidilebilir.

Bunamalı bir kişinin suçtan zarar görmesi halinde ise, öncelikle vesayet altına alınmayı gerektirir şekilde hasta olup olmadığının tıbben tespiti; sonrasında bu kişinin akıl hastası olduğu saptanırsa, mağdurun ancak hakimce görevlendirilen vasi aracılığıyla davada temsil edilmesi mümkündür. Kabahatler hukukunun kendisine özgü karakteri ve aslen bir yargılamayı barındırmaması nedeni ile; fiili işledikten sonra akıl hastalığına tutulan kişiye de, henüz hakkında verilmiş bir rapor bulunmadığı veya böyle bir rapora ulaşamadığı ya da durumundan açıkça bunama hastası olduğu belli olmadığı için idari yaptırım uygulanması söz konusu olabilir. Ancak kabahat olarak düzenlenen bir eylemi gerçekleştiren bunama hastası kişi hakkında idari para cezası uygulanmazken, idari tedbir uygulanabileceği kabul edilir. Tüm bu açıklamalar, askeri ceza hukuku açısından da geçerli sayılmalı ve bunamalı bir kişinin askeri ceza hukuku karşısındaki durumu da benzer şekilde belirlenmelidir.

Bunamaya Ne Tip Sağlık Sorunları Eşlik Edebilir?

Bunamaya eşlik eden sağlık sorunlarını belli başlı şu başlıklar altında irdelemek istiyorum:

AĞRI

Bunama hastası ağrı çeker mi? Evet. Üstelik yaşlılıkla ortaya çıkan pek çok sağlık sorunu ağrıya yol açtığı için, yaşlıların çoğunda sürekli ağrı yakınması olduğunu düşünmek yanlış olmaz. Bir çalışmada ağrı yakınması 60 yaş altındaki bireylerde %12.5 oranında görülürken, bu oran 60 yaş üstündeki bireylerde %25 idi. Başka çalışmalarda ise yaşlılarda ağrı yakınması %36-88 oranında bulunuyordu. Hatta huzurevlerinde bu oran %50-95 düzeyinde idi.

Tabii bunama hastaları için de durum, aynı yaştaki kişilerden farklı değildir. Sadece bunama hastaları ağrılarından söz edemedikleri ve yaşla birlikte ağrının derecelendirilme düzeyi düştüğü için, bu ağrılar gözden kaçabilir. Hatta bazı hastalar yakınlarındaki insanlara çok rahatsızlık verdikleri kaygısı ile ağrılarını dile getiremeyebilirler.

Bunama hastalarında ağrı, aşağıdaki hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabilir:

- * Eklem hasarı yapan hastalıklar
- * Eklem romatizması
- * Mekanik bel sorunları
- * Kristal birikimine bağlı eklem hastalıkları

- * Kemik erimesine bağlı omurga kırıkları
- * Nöropatik ağrı (örn. diabetik nöropati, postherpetik nevralji, trigeminal veya oksipital nevralji)
- * Baş ağrıları
- * Ağız ve diş hastalıkları
- * Kronik bacak krampları
- * Damar hastalıkları
- * İnme sonrası sendromlar
- * Uygunsuz pozisyonlarda uzun süre kalma
- * Hareketsizlik, tutulmalar
- * Bası yaraları
- * Kesik ayak veya kolun yerinde ortaya çıkan “ha-yalet ağrı”

Olayın insani yönü bir yana; ağrı, hastanın hareketlerinin kısıtlanmasına, moralinin düşmesine, uyku düzensizliklerine, iştah azalmasına, depresyon/endişe/ajitasyona, zihinsel yetilerinin iyice azalmasına ve tabii düşmelerin artmasına yol açabileceği için akıldan hiç çıkarılmaması gereken bir ihtimaldir.

Ancak bu tablo hekimler tarafından eğitim ve/veya zaman eksikliği nedeni ile kolaylıkla gözden kaçırılabilceği için, görev hastanın bakımını sağlayan yakınlarına düşmektedir. Ağrı tedavisinde ilaçlara başlamadan önce; mutlaka gevşeme, masaj, egzersiz ve sıcak/soğuk uygulaması, yürümeye yardımcı araçlar gibi yöntemleri deneyin.

İlaçlara gelince, bunama hastalarında ilaçların ya çok fazla ya da çok az kullanımı söz konusudur. Yetersiz ağrı kesici dozları, tedavinin işe yaramadığı duygusuyla sonlandırılmasına yol açabilir. Yüksek dozların ilaç bağımlılığına yol açabileceği korkusu nedeniyle de ağrının

kaçınılamaz olduğu yanlış kanısına varılabilir. Öte yandan gençler için uygun olan dozları alan bir yaşlıda, sersemlik-uyku hali gibi bulgular da ortaya çıkabilir. Hasta ve yakınları sorunun dozda değil de ilaçta olduğunu sanabilirler.

Sağlık çalışanları morfin türü ilaçların solunumu baskılayacağından ve uzun süreli kullanımının psikolojik bağımlılığa yol açacağından korkarlar. Maalesef normal ve beklenen fiziksel bağımlılık, psikolojik bağımlılıkla karıştırılmaktadır. Gerçek ilaç bağımlılığı, maddeye yönelik bir psikolojik bağımlılıkla beraber görülen; maddeyle sürekli bir ilgi ve ardışık kullanım (ağrı kesmek için değil) içeren uygunsuz ilaç arama davranışdır. Yalancı bağımlılık ise, ağrıdan ve dahası ağrı kesicisiz kalacağından korkmaya bağlı olarak ilaç peşinde koşan hastaların davranışdır. Gerçek ilaç bağımlılarından farklı olarak bu hastalar ilacı sadece ağrıya yönelik olarak kullanırlar ve bu davranış bozukluğu uygun tedavi ile düzelir. Hastaların ve bakıcılarının bu korkularını gidermek, akılcı ilaç kullanımının önündeki engeli kaldırmak için gerekli şarttır.

Tabii ağrı kesici ilaçların kalan miktarlarının takip edilmesine ve yeniden yazdırılarak hastanın ilaçsız kalmamasına da özen gösterilmelidir. Ayrıca bu ilaçların güvenli şekilde saklanması ve yine güvenli bir şekilde atılması da önemlidir.

OBEZİTE

Vücut yağ kitlesi fazlalığı obezite (şişmanlık) olarak tanımlanmaktadır. Obezite, vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle hesaplanan

“Beden Kütle İndeksi” ile ortaya konabilmektedir. D n-ya Sağlık  rg t  kriterlerine göre; beden kütle indeksi 18.5-24.9 kg/m² normal kilolu, 25-29.9 kg/m² fazla ki-lolu, ≥ 30 kg/m² obez, ≥ 40 kg/m² morbid obez olarak tanımlanmaktadır.

“Metabolik obezite” olarak tanımlanan ve yaşı po-p lasyonda sıklığı arttığı bilinen kardiyovasküler hasta-lıklarla yakın ilişkisi açısından önemli olan karın bölge-sinde yağ birikiminin saptanması ise basitçe bel çevresi-nin ölçümü ile yapılabilir. Bel  evresi ölçümü, birey ayakta dururken normal nefes verme sırasında, kalça  ı-kıntısı ile son kaburga kemiği arasındaki orta noktadan geçecek şekilde yere paralel olarak yapılır. Buna göre bel çevresinin kadınlarda ≥ 80 cm, erkeklerde ≥ 94 cm olması orta derecede, kadınlarda ≥ 88 cm, erkeklerde ≥ 102 cm olması ciddi derecede metabolik risk artışı ge-tirmektedir.

Fazla kilolu ve/veya artmış bel çevresi olan yaşı bi-reylere yaşıam şeklinin değiştirilmesine yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel etkinliklerinin arttırılması yönünde önerilerde bulunulmalıdır. Obez yaşı bireylerde neden olarak başka bir sistemik hastalık (hipotiroidi, Cushing sendromu gibi) düşünüldüğünde ise bir sağlık kurulu- una başvurmak gereklidir.

Obez bireylere enerji alımını azaltıcı beslenme  ne-rileri ile enerji harcamasını arttırıcı fiziksel etkinlik  ne-rilerinde bulunulmalı, ilk 3 ayda kilo veremeyen birey-ler bir sağlık kuruluşuna ba vurmalıdır. Kilo vermede başarılı olanlar ise    aylık aralıklarla kontrol edilmeli-dir. Morbid obez yaşılar ise tıbbi değerlendirme ve te-davi açısından bir sağlık kuruluşuna ba vurmalıdır.

DİŞ HASTALIKLARI

Kötü durumdaki diş etleri beyninizi zehirleyebilir. Diş eti hastalığından sorumlu enfeksiyonun, beynin bellek kaybı alanlarına ulaşan iltihaplı yan ürünler yaydığını bulan diş ile ilgili Amerikalı araştırmacılara göre, diş ve diş eti rahatsızlığı olan kişiler bellek ve kavrama testlerinden düşük puanlar alma eğilimindedir. Bir başka araştırmada, çok ciddi diş eti yangısı olan yaşlı kişilerde bellek ve algılama bozukluğu belirtilerinin görülmesinin, az şikâyeti olanlara göre iki veya üç misli daha olası olduğu görülmüştür.

Ağızda ağrıyan, kötü ve eksik dişleri olan, çiğneme veya yutma zorluğundan yakınan ve uyumsuz proteze sahip yaşlı bireylerde çiğneme işlevi olumsuz olarak etkilenecek ve beslenme yetersizliği görülecektir. Özellikle diş ve protez sorunları olan yaşlılar diyetlerinde taze sebze ve meyveye fazla yer veremezler ve daha yumuşak olduğu için karbonhidrat ağırlıklı beslenirler. Tat hassasiyetinin azalmasına bağlı olarak yaşlıda tuz ve şeker tüketiminin artması da, sistemik problemlerin gelişmesine neden olabilir.

Yaş ilerledikçe dişlerin çevrelerinde kemik kaybı olur, dişler uzar. Dişlerin pulpaları küçülür, minesinde çatlaklar, aşınmalar görülür, rengi koyulaşır. Eğer ağızdaki diş sayısı az ise kullanılan hareketli protezler, geniş mukozal yüzeyleri kaplayarak tat cisimciklerinin uyarılmasını engellerler. Özellikle dişlerinin tamamını kaybeden bireylerde seneler içinde protezi taşıyan kemik dokulardaki erime ve mukozadaki incelme nedeni ile protez kullanmak zorlaşır ve çiğneme işlevi de bozulur.

Yaşlıda görülen ağız hastalıklarının %95'ini, bakteriyel plağın neden olduğu periodontal hastalıklar ve diş çürükleri oluşturlarsa da diyabet, anemi, hipotiroidi, lösemi, Behçet hastalığı gibi hastalıkların da ağız içi bulguları vardır. Diş eti çevresindeki bakteriler kan dolaşımına karışarak diğer organlarda enfeksiyona yol açabilir. Örneğin, kalp hastalığı ve kalp krizi geçirme riskinin diş eti hastalığı olan bireylerde, diş eti hastalığı olmayanlara göre iki kat arttığı gösterilmiştir.

Korunmada amaç plağı uzaklaştırmaktır. Önlem olarak floridli diş macunları ve ağız gargaraları önerilir. Ayrıca, hastalar öğünler arasında şeker kullanmamaları konusunda uyarılmalıdır. Diş fırçası yumuşak, naylon kıllı ve yuvarlak uçlu olmalı; diş fırçalama işlemi küçük hareketlerle diş etini de içine alacak şekilde yapılmalı, özellikle en arka dişlerin temizliğine önem verilmelidir. Diş fırçasını kılları aşınma belirtileri gösterince yani genellikle 2-3 ayda bir veya soğuk algınlığı geçirdikten sonra değiştirmelidir.

Dişler günde en az iki kez, tercihen kahvaltıdan sonra ve yatmadan önce, en az iki dakika fırçalanmalıdır. Diş fırçalama işlemi bitince dili de fırçalamak gerekir. Ağız içinde varsa protezler, kron ve köprülerin temizliği için özel olarak üretilmiş diş ipleri ve ara yüz fırçaları kullanılmalıdır. Dişlerin yanlış fırçalanması, dişetlerine ve diş minelerine zarar verebilir. Fırçalamaya ek olarak dişlerin ara yüzünde oluşabilecek çürükler için günde bir kez diş ipi veya su jeti kullanılmalıdır.

Öğün aralarında şekerli gıda alındıysa ve diş fırçalama olanağı yoksa en azından ağzın suyla çalkalanması gerekmektedir. Portakal ve limon gibi yüksek oranda asit içeren meyvelerin tüketiminden sonra da dişlerin

aşınmasının önlenmesi için hemen fırçalanması yerine, ağzın su ile çok iyi çalkalanması tercih edilmelidir.

Diş taşı temizliği de yaptırılmalıdır. Yaşlılıklarda sık görülen eklem romatizması, inme veya Parkinson hastalığı gibi durumlarda diş fırçası kullanımının güçlüğü nedeniyle pilli diş fırçaları tercih edilebilir. Protezler, yemeklerden sonra fırça ve sıvı el sabunuyla temizlenmeli, diş macunu kullanılmamalı, bol suyla durulanmalı, kullanılmadığı zamanlarda (günde 6-8 saat) su içinde ve kapalı bir kapta (protez temizleyici tabletler de ek olarak kullanılabilir) bırakılmalıdır. Dokulardaki kan akımının normale dönmesi için protezler günde 8 saatten çok kullanılmamalı, gece yatarken çıkartılmalıdır.

Diş Çürükleri

Ağız hijyeninin iyi olmaması çürüklerin başlıca nedenidir. Yaşlılıkta diş eti çekilmeleri nedeniyle minesiz olmayan kök yüzeyi açığa çıkar ve daha kolay çürük gelişir. Çürüklerin diğer bir nedeni de ağız kuruluğudur.

Periodontal Sorunlar

Yaşlı bireylerdeki diş kayıplarının büyük kısmı, bu kişilerde çok sık görülen periodontal hastalıklara bağlıdır. Ağız hijyeni bozuk olan yaşlı bireylerde plak birikimi gençlere kıyasla daha hızlı olur, diş eti iltihabı daha kolay gelişir. Diş eti çekilmesine bağlı olarak dişlerin klinik kron boyu uzar ve ağız ortamına açılmış olan sement tabakası çevresel faktörlerden etkilenir.

Ağız Kokusu

Toplumun %40'ında, özellikle de ağız ve diş temizliği yetersiz olan, ağız kuruluğu olan (birçok partikülü ağızdan uzaklaştırıcı, dişleri ve dili yıkayıcı etkisi olan yeterli tükürüğü bulunmayan), diş eti hastalıkları olan, iyi temizlenmeyen sabit ve hareketli protezleri olan; soğan, sarımsak gibi yiyecekleri, alkol ve tütün ürünlerini tüketenlerde daha sık görülür.

Solunum yolu enfeksiyonları, kronik sinüzit, geniz akıntısı, kanser, diyabet, mide, bağırsak, karaciğer ve böbrek rahatsızlıkları gibi sistemik hastalıklar da ağız kokusuna neden olabilir. Uyku sırasında tükürük salgısının azalması nedeniyle asidik ve diğer atıkların ağızda toplanması sonucunda birçok yaşlı insan, sabah kalkınca kötü ağız kokusundan şikâyetçidir. Bu nedenle sabah kalkınca ve yatmadan önce dişleri ve dili (özellikle dilin arka kısımlarında biriken bakteriler ağız kokusunda önemlidir) fırçalamak ve diş ipi uygulamak ağız kokusunu ortadan kaldırır.

Ağız Kuruluğu

Oral mukozanın nemli kalmasının, mikrobiyal ekolojik dengenin korunması, diş ve diğer ağız içi yapıların mekanik olarak temizlenmesi, anti bakteriyel ve anti fungal etkinliğin, ağız içi asitlik seviyesinin korunması, dişlerin remineralizasyonu, tat alma hassasiyetine katkısı, alınan besinlerin lokma haline getirilmesi ve yutulmasına yardımcı olması, yapısındaki amilaz sayesinde sindirim işlevine katkısı olması gibi yararları vardır. Oysa tükürüğün yokluğu, dil papillalarında atrofiye, dilde yanma,

kaşıntı ve ağrı gibi pek çok ağız ve diş sağlığı sorununa yol açar. Yan etkilerine bağlı olarak, tükürük akış hızını azaltan ve dolayısıyla ağız kuruluşuna neden olan ilaçlar da (antihipertansif, antihistaminik, antikolinergik, antikonvülsan, laksatif, kas gevşeticiler gibi) ağız kuruluşunun en önemli nedenleri arasındadır.

Diş Eksikliği

En erken olarak azı dişleri, en geç ise alt çenedeki kesiciler kaybedilir. Diş kaybı arttıkça çiğneme yeteneği azalır. Ağızda bulunan diş sayısı ne kadar fazla ise yaşlı bireyin yaşam kalitesi o kadar yüksektir. Dişsizlik hastanın sosyal statüsünü etkilediği gibi, yüzün şeklini de değiştirir. Hareketli protezlerin (takılıp çıkarılabilen) en azından beş yılda bir değiştirilmesi gerekir. Kilo verildiğinde (5 kg ve üzerinde), bollaşma nedeniyle protezin değiştirilmesi gerekir.

Protez Kullanımı

Hareketli protezler, dişlerin bir kısmı veya tamamının eksikliğinde uygulanan protezlerdir. Tam protezlerin (alt veya üst çenesinde hiç dişi olmayan bireylerde) kullanılması, özellikle alt protezlerin tutuculuk problemi nedeniyle daha zordur ve ağızda durmaları; kişinin dil, dudak ve yanaklarını kontrolüne ve bu bölgedeki kaslarını protezi yerinde tutacak şekilde doğru kullanmasına bağlıdır. İleri derecede bunaması olan, kaslarını kontrol edemeyen hastalar tam protezlerini ağızda tutamayabilirler.

İster tam, ister bölümlü (kalan dişlere metal kanca- larla tutunan) protez kullanılsın; sert gıdaların çiğnen-

mesi, kemik erimesine yol açabilir. Ağız dokularına uyumu bozulmuş protezlerin uzun süre kullanımına veya protez hijyeninin iyi olmamasına bağlı olarak artan dokular ise, cerrahi olarak alınmalı ve protezler yenilenmelidir. Protezlerin yılda en az bir kez diş hekimince kontrolü gerekir.

Protez İltihabı

Protezlerle temas eden mukozal dokularda görülen, kızarıklıkla karakterize olan iltihaba daha çok üst çenede rastlanır. Protez temizliğine, günde en fazla 6-8 saat kullanılmasına, içiyorsa sigaranın bırakılmasına karşın 3-4 hafta içinde iyileşmiyorsa, mantar hastalıklarına yönelik tedaviye başlanır ve protezlerin iç yüzeylerine anti mantar ajanlar uygulanır.

Ağız Köşesinde Çatlaklar

Özellikle yaşlılarda ve protez kullananlarda görülen ve dudak köşelerinde çatlakların oluşumu ile karakterize olan bir klinik tablodur. Kökeninde candida albicans önemli rol oynar. Dudak köşeleri hastaların protezlerinde bulunan candida ile enfekte olur. Yüzün dik yüksekliğinde azalma, dudak köşelerinin nemli olması ve yanak emilmesi gibi faktörler de bu rahatsızlığın gelişimine katkıda bulunur.

Hangi hastaların Diş Hekimine Götürülmesi Gerekir?

- Dişlerde ve ağız dokularında ağrı ve enfeksiyon
- Ağız kokusu

- Ağz kuruluğu
- Çiğneme bozuklukları
- Dil hareketlerinde kısıtlanma
- Ağz içi sorunlar (kızarıklık, yara)
- Ağz açıklığında kısıtlanma ve çene eklem problemleri
- Çene tümörleri
- Çene kırıklarında dişlerin kapanışının değerlendirilmesi için
- Fokal enfeksiyon açısından inceleme gerektiğinde
- Diş etlerinde kanama
- Diş çürükleri
- Dişlerde sallanma
- Ağz dokuları ile uyumu bozulmuş ve ağrıya neden olan protezler
- Renk değiştirmiş, dişleri aşınmış, sık sık kırılan protezler

ISHAL

Ishal, dışkılama sıklığında artış ve hacim değişikliği ile birlikte olan anormal cıvık dışkılama durumudur. Günde 200 gr'ın üzerinde olmak üzere artmış dışkı ağırlığı ve günde 3'den fazla cıvık veya sulu dışkılama olması şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlıda ishal, yaşlıların sıvı kaybına dayanıksız olması nedeniyle ölümcül tehlike taşır. Sıkı takip ve sıvı verilmesinin yanı sıra delirium, beslenme bozukluğu, işlev kaybı ve ölüm gibi muhtemel tehlikelerin de göz önüne alınması gerekir.

Ishale tanısıl yaklaşımda öncelikle gayta inkontinansı (büyük abdestini tutamama) ve gayta impaktına (gaytanın taşlaşması) bağlı gayta sızıntısı ayırt edilmeli-

dir. Bağırsak seslerinin azalmış veya hiç olmaması ve karında şişlik olması durumunda gayta impaktına bağlı taşma tipi ishal akla gelmelidir. Zihinsel durum değişikliği de bu tabloya eşlik edebilir. Ishali durduran ilaçlar tabloyu kötüleştirebilir. Hastanın kullanmakta olduğu tüm ilaçları, yeni almaya başladığı ilaçlar ve antibiyotikler gözden geçirilmelidir. Hastanede yatma, alınan besinler ve seyahat öyküleri öğrenilmelidir.

Temel laboratuvar testleri yanı sıra; şiddetli ishal, ateş, kanlı ishal, 2 haftadan uzun süren ishal durumlarında gayta kültürü yapılmalıdır. Virüslere bağlı ishal sıklıkla kendini sınırlayan bir yapıya sahipken bakterilere bağlı durumlarda şiddetli ishal görülür. Şüpheli bir besin tüketildikten sonra 12-24 saat içerisinde başlayan bulgularda bakteriyel nedenler akla gelmelidir. Ateroskleroza olan, diüretik, kalp ilacı veya antihipertansif kullanan yaşlılarda; akut başlangıçlı krampli karın ağrısı ve kanlı ishal geliştiğinde iskemik bağırsak iltihabı düşünülmelidir. Kanlı ve yağlı ishalde ise pankreas hastalıklarına yönelik ileri tetkikler gerekebilir.

- İshal tedavisinde en önemli basamak sıvı ve elektrolitlerin yerine konmasıdır.
- Enfeksiyöz ishallere uygun antibiyotik tedavisi verilir.
- Şeker hastalığına bağlı ishal de bakteriyel aşırı çoğalmaya bağlı olabilir ve antibiyotikten fayda görebilir.
- İshal kronikse ve nedeni açıklanamıyorsa, mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

KABIZLIK

Kabızlık dışkılamanın seyrelmesi ve zorlaşmasına verilen isimdir. Tıkayıcı nedenlere veya barsağın işlevsel bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkar. Karşımıza çıkan çoğu hastada kabızlık nedeni tıkanma değildir. Uzun bir süreden beri dışkılama azalması olan yani kronik kabızlığı olanlarda çoğunlukla altta yatan neden bağırsak hareket azalması, yani işlevsel kabızlıktır. Daha önce var olmayan kabızlığın birden başlaması akla tıkayıcı bir olayı getirir. Bu konuda dikkatli olmak ve ihmal etmemek gerekir. Hasta hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Gençlerde kabızlık görülme oranı %2 iken, 65 yaşın üstündeki insanlarda bu oran erkekler için %25 ve kadınlar için %34 olur. Bu nedenle kabızlık yaşlı insanlar için önemli bir sağlık sorunudur.

Normal olarak kabul edilen dışkılama sıklığı günde üç kere ile haftada üç kere arasında değişebilir. Eğer kişinin genel dışkılama alışkanlığında değişiklik yoksa ve dışkılama rahatsızlığa neden olmuyorsa haftada üç günden daha az bir dışkılama sıklığı normal olarak kabul edilebilir. Kabızlık değerlendirmesinde öykü de çok önemlidir. Düşük posalı yemek yeme alışkanlığı ve hareketsiz yaşam şeklinin kabızlığın en önemli nedenleri olduğu unutulmamalıdır. İnsanlar yaşlandıkça susuzluk hissi azalır ve buna bağlı olarak yaşlılar daha az sıvı alma eğilimine girerler. Oysa sindirim sistemine az sıvı girmesi dışkı miktarını azaltır. Kabızlığı olan kişinin kullandığı ilaçlar bir bir gözden geçirilmeli ve bunlar arasında kabızlığa yol açabilecek olanlar varsa tespit edilmelidir.

Kabızlık Tedavisi

- Laksatif ve p rgatifler: Uzun süreli müshil kullanımı teşvik edilmemeli ve özellikle uyarıcı m shillerin uzun süreli kullanımından kaçınılmalıdır. Tercih edilmesi gerekenler polietilen glikol (PEG) ve laktuloz solüsyonlarıdır.
- Bağırsak hareketi egzersizleri: Kabızlı ı herhangi bir hastalığa bağlı olmayan ve düzenli dışkılama alışkanlığını kaybetmiş kişilerde bağırsak alışkanlığının yeniden oluşturulması ve buna yönelik egzersizler çok önemlidir.
- Rektal uyarı: Dı kılamaı ba latabilmenin bir yolu da anal yolla kullanılan fitil ve lavmanlardan yararlanmaktır. Bu sayede anal bölgeden içeri uyarı verilerek dışkılama refleksi ba latılmı  olur.
- Diyet: Posa dışkı hacim ve a ırlı ını artırır ve bağırsak geçiş süresini kısaltır. Posa ise meyve, sebze, baklagiller, fındık, fıstık ve çekirdeklerden alınabilir. Posaların tüketimi ile ilgili olarak aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi gerekir:
 - Posa miktarı yavaş yavaş artırılmalıdır. Hızlı bir şekilde posalı ürünlerin çok miktarlarda ba lanması rahatsızlık verici şişkinlik, gaz ve ağrıya neden olabilir.
 - Posalı besin ürünleri ile beraber günde en az 1,5 litre yani 8-10 bardak sıvı alınmalıdır.
 - De i ik posa tipleri kullanılmalıdır.

ŞEKER HASTALIĞI

Diabet (şeker hastalığı), metabolik sendrom ve insülin direnci ile bunama arasında yakın ilişki olduğundan söz etmiştim. Özellikle tokluk kan şekerinin 140 mg/dl seviyesini aştığı durumlarda, risk kademeli olarak artmaktadır. Yani bunamadan korunmanın yolu diyabet olun ya da olmayın hem açlık, hem de tokluk kan şekeri ve insülin hormon düzeylerinizi normal düzeylerde tutmaktır. Bunun için de un, tuz, şeker üçlüsünü tamamen diyetten çıkarmanız; günlük tüketilen karbonhidrat miktarını maksimum 100 gram ile sınırlamanız ve sebze, çiğ kuruyemiş, düşük glisemik indeksli meyve gibi sağlıklı karbonhidratlarla balık, hindi, yoğurt gibi sağlıklı protein kaynaklarına ve omega-3 ile omega-9'dan zengin besinlere ağırlık vermeniz gerekir.

YATAK YARALARI

Bunama hastalığının ileri evrelerindeki en güç sorunlardan biri de yatak yaraları ya da basınç yaraları adını verdiğimiz; bedenin kan dolaşımının kısıtlandığı bölgelerindeki deride oluşan yırtılmalardır. Hastanın uzun süre yatakta kalmaya ya da oturduğu pozisyonu korumaya zorlandığı durumlarda, yatak ya da sandalye yüzeyi ile temas halindeki beden bölgelerinde ortaya çıkarlar. Bu tür yaralardan korunmak için risk altındaki beden bölgelerinin kan dolaşımını desteklemek gerekir.

Hastanın daima aynı durumda kalmasını önleyecek biçimde pozisyonunu sık sık değiştirmesini sağlayın. Eğer, derisinin belirgin biçimde incelmesini fark ederseniz, doktorunuza başvurun. İlaç veya özel bakım ürün-

leri uygulamak gerekebilecektir. Doktorunuz inceliş derinin gerçek yaraya dönüşmesinin nasıl engelleneceğinin yollarını size gösterecektir. Bu yaralar aslında kemik çıkıntı olan tüm vücut bölgelerinde görülebilir.

Yatak Yaralarındaki Risk Faktörleri

- Duyu kaybı
- İnkontinans (idrar kaçırma)
- Bilinç kaybı
- Beslenme bozukluğu
- Sıvı alım düzeyinde düşme
- Ciltte kızarıklık, renk değişikliği
- Hareketsizlik

Eğer deride kızarıklık varsa koruyucu örtüler kullanılır. Deri altına ulaşan deri soyulmalarında nemlendirici örtüler (örneğin, şeffaf film) kullanılır ve yaranın temizlenmesi sağlanır. Cilt altı dokuya ve kaslara veya kemik ve eklemlere ulaşan yaralarda; ölü doku yoksa yara temizlenir ve emici yara örtüsü uygulanır, 14 gün sonra iyileşme yoksa antibiyotikli nemlendirici-emici yara örtüsü kullanılır. 2-3 hafta sonra enfeksiyon devam ediyorsa doku kültürü alınır, çünkü kemik enfeksiyonu olabilir; sistemik antibiyotik başlanır. Ölü dokular içeren, ilerleyici yara ya da enfeksiyon varsa; yara cerrahi olarak temizlenir, acil değilse enzimatik temizleme yapılabilir, nemlendirici-emici yara örtüsü uygulanır.

Yatak Yarasının Önlenmesine Yönelik Yapılması Gerekenler

- Cildin yara, sıyrık ve diğer hasarlar açısından gözden geçirilmesi
- Kemik çıkıntıların uygun şekilde desteklenmesi ve sık aralarla pozisyon değişiminin yapılması
- Cildin ılık suyla yıkanması ve nemlendirilmesi
- Cildin ıslak kalmasının önlenmesi, inkontinansı olan hastada sık alt bezi değiştirme, kıvrım bölgelerinin ıslak kalmaması için önlem alınması
- Cildin yumuşak havlu ile kurulanması
- Cildin kurummasının önlenmesi için nemlendirme
- Cilt bütünlüğünü bozacak travmalardan (yatak değiştirme, taşıma vs sırasında) kaçınılması
- İç çamaşırların pamuklu olması
- Yeterli ve dengeli beslenmenin, yeterli sıvı alımının sağlanması
- Yeterli oksijenlenmenin sağlanması

Bunama Hastasının İhmalı, İstismarı ve Şiddet Görmesi Mümkün müdür?

Kadınlar, çocuklar ve özürlüler gibi yaşlılar da; ihmal, istismar ve şiddetten en çok etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. Tüm dünyada sosyal, ekonomik, etnik ve coğrafi bölge ayrımı bulunmaksızın yaşlıya yönelik ihmal, istismar ve şiddet cinsiyet ayrımı olmaksızın yaygındır. Bu gruba yönelik ihmal, istismar ve şiddetin suç olarak algılanmaması ise yaygınlığını artırmaktadır.

İleri yaştakilerde, bunamalı hastalara, inmeli hastalarda, yalnız yaşayanlarda, ekonomik yoksunluğu olanlarda ve kurumlarda yaşayanlarda; ihmal, istismar ve şiddet daha sık akla gelmelidir. Bunaması olan insanlar hırpalanma ve kötü muameleye karşı daha hassas olabilirler. Aynı zamanda bunama kötü muamele durumunu fark etmeyi de güçleştirebilir.

Yaşlı kişiler belli korkulara bağlı olarak şiddete uğradığını gizleme eğilimindedirler. Zaman zaman bazı yaşlılar ilacını almayarak, kendine özen göstermeyerek ve beslenmesine dikkat etmeyerek kendi kendine de şiddet uygulayabilir.

Yaşlı ihmal, yiyecek, giyinme, temizlik, sağlık bakımı, barınma, ısınma, güvenlik ve ekonomik destek gibi; yaşlı bireyin fiziksel, sosyal ya da duygusal ihtiyaçlarının, yaşlının bakımını üstlenen kişiler tarafından karşılanmamasıdır. Yaşlı bireyin tedaviyi reddettiği durumlar hariç, bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini sağlamada yetersizlik de ihmal tanımı içinde yer almaktadır. İhmal kasıtlı (aktif ihmal) olarak yapılabileceği gibi, farkında olmaksızın da (pasif ihmal) yapılabilir.

Yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık veya iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren davranışın; yaşlının güvendiği bir kişi tarafından yapılması olarak tanımlanır. İhmal de zaman içinde istismara dönüşebilir. Yaşlının rahatsızlıkları nedeniyle diğer bireylere, özellikle bir bakıcıya bağımlı olması istismar olasılığını artırabilir. Yaşlı bireyler, fiziksel problemleri ve bilişsel süreçlerindeki yetersizlikler nedeniyle kolayca istismar edilmektedir. Yoksulluk, yetersiz sosyal çevre ve yaşanan ev koşullarının iyi olmaması da istismar olasılığını artırmaktadır.

Yaşlıya yönelik fiziksel, cinsel, sözel-duygusal, ekonomik ve sosyal olarak acı veya ıstırap veren ya da verme olasılığı bulunan eylemler ise şiddet olarak tanımlanır:

Fiziksel şiddet davranışları; itme, tokat atma, tekmeleme, tükürme, yumruklama, ısırma, yakma, kol kırma, kol/bacak kırma, saç çekme/saçından sürüklenme, evdeki eşyaları kırma, birine ait bir eşyaya zarar verme, hayvanlarına zarar verme, silahla yaralama, öldürme, temel ihtiyaçları esirgeme, su-yemek vermeme, uyumasına-tuvalete gitmesine izin vermeme, gerektiği halde tıbbi yardım almasını engelleme olarak tanımlanabilir.

Cinsel şiddet davranışları ise; istemediği bir zamanda veya şekilde cinsel ilişkiye zorlama, tecavüz, başka kişilerle cinsel ilişkiye zorlama, cinsel olarak kişiyi korkutan ve kıran davranışlarda bulunma, sürekli kadınlığını/erkekliğini aşağılama, telefon-mektupla veya sözel olarak sürekli cinsel içerikli tacizlerde bulunma, cinsel organlara zarar verme olarak gözlenebilir.

Sözel-duygusal şiddet davranışları; sürekli eleştirme, aşağılama, küfür etme, tehdit etme, kararlara katılımını engelleme, sorguya çekme, bağırma, isim takma, alay etme, dini veya etnik kimliğine yönelik hakaretler, görüşlerini ve çalışmalarını küçümseme, sürekli emir verme şeklinde olabilir.

Ekonomik şiddet davranışlarının ise; zorla parasını alma ve geri vermeme, zorla istemediği bir işte çalıştırma, istediği halde çalıştırmama-işe yollamama veya zorla çalıştırma, eline hiç para vermeme olduğu ifade edilebilir.

Sosyal şiddet davranışları; ailesi ile görüşmesini yasaklama, arkadaşları-komşuları ile görüşmesini yasak-

lama, evden dışarı çıkmasını yasaklama, arkadaşlarına sürekli kötöleme, gittiği her yerde takip etme, başkalarının önünde aşağılama ve alay etme, başkalarının önünde her yaptığını-söylediğini eleştirme ve engelleme, zorla başkası ile evlendirme, kendine özel yaşam ve mahremiyet hakkı tanımama şekillerinde ortaya çıkabilir.

İhmal Belirtileri:

- Yaşlının kirli, bakımsız olması
- Tıbbi bakımda aksama görülmesi
- Yaşlıda beslenme bozukluğu, kilo kaybı ve susuz kalma belirtileri
- Kir, dışkı-idrar kokusu
- Deride kızarıklıklar, yaralar, bitlenme
- Gözlük, kulaklık ve benzeri ihtiyacı olan tıbbi destek malzeme ihtiyacının sağlanmaması

Fiziksel İstismar ve Şiddet Belirtileri:

- Kanama (vücut içi veya vücut dışına olabilir)
- Morarma (farklı bölgelerde morarmış sahalalar, sopa veya kamçı izlerinin oluşturduğu tren rayı görüntüsündeki cilt hasarları, baskı izleri)
- Açık yaralar (özellikle tedavisi gecikmiş, mikrop kapmış yaralar)
- Yırtılmalar (künt cisim ile altında kemik doku bulunan bölgelere vurulduğunda meydana gelen yaralar)
- Saçlı bölgede kısmi saç kaybı (tıbbi bir neden olmadan tespit edilen bölgesel saç dökülmesi)
- Kırık ve çıkık (tedavisi gecikmiş, hekime geç gelme öyküsü olan ve kırık üzerinde morarma, ödem gibi cilt hasarları bulunan kırık ve çıkıklar)

- Yanıklar (kimyasal maddelerle oluşan yanıklar, sigara yanıkları, sıvı yanıkları, ultraviyole yanıkları ve özellikle tedavisi gecikmiş yanıklar)
- Ağrıya karşı aşırı duyarlılık veya ağrı hissinin kaybolması

Duygusal İstismar ve Şiddet Belirtileri:

- Nedeni açıklanamayan çaresizlik, öfke, korku ve çekingenlik
- Birdenbire ortaya çıkan depresyon
- Konuşmada kararsızlık ve duraksama
- Etkinliklerde açıklanamayan bir azalma
- Gerçekle ilişkisi olmayan öyküler
- Mali durumda ani bozulma sömürü belirtisi olabilir
- İnkâr
- Yeme ve uyku bozuklukları
- Kendisine eşlik eden kişiler ile sözel, fiziksel veya göz temasından kaçınma
- Bakıcı ile hasta arasında gerginlik ve sıklıkla olan tartışmalar
- Eşler arası aşağılama, tehditler

Cinsel İstismar Belirtileri

- Genital bölge veya göğüslerde çürükler
- Cinsel istismara uğradığını ifade etmesi
- Açıklanamayan davranış değişiklikleri
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar görülmesi
- Sık görülen idrar yolu enfeksiyonları

Her bunamalı hastada yakınları; ihmal, istismar ve şiddeti aklında bulundurmalıdır. İhmal, istismar ve şid-

detin yaşı tarafından ifade edilmesi, öykü ile uyumlu olmayan bulgular, bulguların süreklilik göstermesi ve hasarın yaşı ile hastaneye başvuru zamanı arasındaki uyumsuzluk asıl tanı kriterleri olarak kabul edilmektedir. Şiddet ve istismarın ayırt edilmesinde tabii ki kazalar da dikkate alınmalıdır. Kaza ile istismar ayırımı yaparken aşağıdaki bulgular varsa öncelikle istismar veya şiddet düşünülmelidir:

- Olay ile tedavi için başvurma arasında gecikme olması
- Olay hakkındaki öyküde aile veya bakıcı ile yaşlının ifadesi arasında tutarsızlık olması
- Yaralanma sebebinin diğer aile üyelerine yüklenmesi
- Olayın oluş nedeninin açıklanamaması ve tanık olmaması
- Hastayı tedaviye aile dışından birisinin götürmesi
- İhmalin açık delillerinin olması, yaşlının hijyeninin kötü olması
- Yaşlıda veya bakıcısında zihinsel problemlerin olması
- Daha önce ihmal nedeni ile kayıt altına alınmış olması
- Yaralanmanın özelliği ile ifade edilen öykünün tutarsızlığı
- Yaralanma ile birlikte kırık, morarma gibi diğer bulguların varlığı
- Yaraların ifade edilen öyküden daha eski olması
- Yanığın iki yanlı veya simetrik olması
- Yaralanmaların vücudun korunmuş bölgelerinde lokalize olması

- Sigara yanıkları gibi temas yanıklarının olması
- Yaşlının pasif olarak ağrıya dayanma gücünün olması
- Yaraların derin dokuları kapsaması ve şekilli olması

İhmal, istismar ve şiddet bir suçtur. Yasalara göre bu suçların adli makamlara bildirilmesi zorunludur. Bu nedenle bu tür bir olgu ile karşılaşıldığında;

- Gerekli görülürse hekim muayenesi yaşlının yakınları veya bakıcısından ayrı olarak, yaşlı ile baş başa kalarak yaptırılmalıdır.
- Kolluk kuvvetleri (polis ve jandarma) bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme sözel veya yazılı olabilir. Hastanın veya yakınlarının gizlilik talebi bildirimi engellemez.
- Adli rapor hazırlanması sağlanmalıdır.
- Yapılabilir ise hasarlar, hastanın rızası alınarak fotoğraflanmalıdır.
- Gerek görülürse 183 sosyal hizmet danışma hattı aranarak vaka bildirilir veya il/ilçe sosyal hizmetler müdürlüklerine başvurulur-başvurulması sağlanır.

Hastaya risk değerlendirmesi yapmak için şu sorular sorulabilir:

- Şiddet son bir yılda artış gösterdi mi?
- Eve gitmeye korkuyor mu?
- Şiddet uygulayan kişi ölümle tehdit etmiş mi?
- Evde silah bulunuyor mu?

- Şiddet uygulayan kişi alkol veya madde kullanıyor mu?

Bu sorulardan en az bir tanesine “evet” deniyor ise ‘güvenlik riski var’ olarak kabul edilmelidir.

Bazen hastalar kendi bakımlarını ihmal ederek de hastalık ve yaralanmaya yol açabilirler. Bunun belirtileri ise şöyle sıralanabilir:

- Biriktirme
- Hasta iken ilaçlarını ve tedaviyi kullanmama
- Kötü hijyen
- Mevsime uygun giyinmeme
- Beslenme bozukluğu ve sıvı kaybı
- Yasal bildirimleri umursamama, faturaları ödeme

4

NASIL TANINIR?

Bunama Hastalığı Nasıl Evrelendirilir?

Günümüzde hekimler olarak kullandığımız bunama evrelendirme ölçeklerinden biri şöyledir:

Evre 1: Normal

- Zihinsel kayıp yoktur.
- Bellekle ilgili yakınma yoktur ve görüşme sırasında herhangi bir bulgu saptanmaz.

Evre 2: Unutkanlık

- Bellek bozukluğu ile ilgili kişisel yakınmalar, en sıklıkla da bildik nesneleri nereye koyduğunu ve daha önceden iyi bilinen isimleri unutmak.
- Söz konusu bulgular nedeniyle endişe taşımak.
- Hekimle görüşmede nesnel bellek bozukluğu bulguları olması.
- İş ve sosyal durumla ilgili bozulma olmaması.

Evre 3: Hafif Zihinsel Bozukluk

- Hasta bilmediği bir bölgede dolaşırken kaybolabilir.
- Hastanın yakınları unutkanlığının ve becerilerindeki düşmenin farkındadırlar.
- Hasta bir kitabı okuduğunda nispeten az bilgi edinebilmektedir.
- Yeni kişilerle tanıştırıldığında isimlerini öğrenmekte zorlanabilir.
- Hasta değerli bir nesneyi kaybedebilir veya yanlış yere koyabilir.
- Testlerde dikkatini toplama eksikliği olabilir.
- Tüm bu bulgulara rağmen hasta günlük yaşamını kimseye bağlı olmadan sürdürebilmektedir.

Evre 4: Orta Derecede Zihinsel Bozukluk

- Güncel veya yeni olayların bilinmemesi.
- Kendisi ile ilgili bilgileri hatırlayamamak.
- Mali konuların yönetiminde zorluk.
- Seri yorumlarda dikkatini toplama bozukluğu.
- Karmaşık görevleri yapamamak.
- İçinde bulunduğu durumu inkar etmek, unutkanlığın ve bunun derecesinin farkında olmamak.
- Duyguların donuklaşması ve zor durumlardan kaçınmak.
- Hastaların genellikle bildik kişilerin ve yüzlerin tanınması, içinde bulunulan zamanın bilinmesi, tanıdık bölgelerde gezebilme yeteneği ile ilgili bir sorunları yoktur.

Evre 5: Orta-Ciddi Derecede Zihinsel Bozukluk

- Hastalar yardım olmaksızın yaşayamazlar.
- Hastalar görüşme sırasında güncel yaşamları ile ilgili ana hatları hatırlayamaz (aile üyelerinin isimleri, mezun oldukları okulun ismi gibi).
- Sık olarak zaman (tarih, haftanın günü, mevsim) ve/veya içinde bulunulan mekanın farkındalığında bozulma.
- Eğitimli bir kişi 40'dan geriye doğru dörder dörder veya 20'den geriye doğru ikişer ikişer saymakta zorluk çekebilir.
- Kendi isimlerini her zaman, eş ve çocuklarının isimlerini genellikle bilirler. Tuvalet gereksinimi veya yemek yeme esnasında yardım istemezler, ancak giymek için uygun elbiseyi seçmekte güçlük çekebilirler.

Evre 6: Ciddi Derecede Zihinsel Gerileme

- Yaşamak için tamamen bağımlı oldukları eşlerinin isimlerini bazen unutabilirler.
- Yaşamlarındaki yeni olaylar ve deneyimlerden büyük ölçüde haberdar değildirler.
- Geçmiş yaşamları ile ilgili bazı bilgileri korurlar, ama bu bilgiler eksiktir.
- Çevreden, yıldan, mevsimden genellikle haberdardırlar.
- 10'dan geriye doğru ve bazen de ileriye doğru saymakta zorluk çekerler.
- Günlük yaşam etkinlikleri ile ilgili yardıma daima ihtiyaç duyarlar.
- İdrar kaçırma başlayabilir.
- Kişilik değişikliği ve öfke, kızgınlık, suçlama, hırçınlık, şiddet içerikli davranış, hayal görme gibi duygusal değişiklikler olabilir.

Evre 7: Çok Ciddi Derecede Zihinsel Gerileme

- Tüm sözel yetenekler kaybolmuştur; hasta konuşamaz, sadece ses çıkarabilir.
- İdrar, dışkı tutamaz.
- Yürüyemez, yutamaz, yatağa bağlıdır.
- Özetle hastanın beyni vücuduna ne yapması gerektiğini söyleyemez duruma gelmiştir.

Bunama Tanısı Nasıl Konur?

Siz veya sevdiğiniz biri bu kitapta okuduğunuz belirtilerden herhangi birini gösteriyorsa, mutlaka doğru bir değerlendirme ve teşhis için doktora başvurun! Araştır-

malar deneyimli bir hekimin bunamanın nedenini %90 doğrulukla tespit edebileceğini göstermektedir. İlk adım yanında kendinizi rahat hissedebileceğiniz bir uzman bulmaktır. Başvurabileceğiniz uzmanlar beyin ve sinir sistemi hastalıkları konusunda uzman olan bir nörolog, ruh hali ve zihnin nasıl çalıştığıyla ilgilenen bir psikiyatrist, bunama hastalarıyla ilgilenen bir geriatrist ve bellek benzeri zihinsel etkinlikleri ölçebilen bir psikolog olabilir.

Bunama pek çok hastalığa bağlı olarak gelişebildiği ve yine pek çok farklı yakınmalarla ortaya çıkabildiği için; tanının konması ve bunama nedeninin ayrımı çoğu zaman beyin görüntüleme yöntemlerinin yardımıyla gerçekleştirilmeye çalışılır. Kesin tanı ise ancak beyin biyopsisi ile konabilir ama zorunlu olmadıkça bu yöntemi pek tercih etmiyoruz. Tüm bunların yanı sıra, daha gençlerde bir işe yaramasa da; 65 yaş üzerinde bellek sorunu olan kişilerin zihinsel yeti testleri ile düzenli aralarla kontrolden geçirilmesinin yararı olduğu ispatlanmıştır.

Önce, hasta ve hastayı iyi bilen bir kişiden bilgi edinerek mevcut problem detaylı bir şekilde ortaya konur. Hastayı en iyi bilen kişi, her zaman aileden birisi olmak zorunda değildir. Bazı durumlarda bu bir komşu, evdeki bakıcı kadın, mahalledeki bakkal gibi yabancı birisi de olabilir. Hastanın günlük yaşam etkinliklerinin ne oranda yitirildiğinin saptanabilmesi için; ev içi etkinliklerinin, mali durumunun idaresinin, sosyal ilişkilerinin, kişiliğinde herhangi bir değişiklik olup olmadığının anlaşılabilmesi konusunda hasta yakınlarının görüşleri büyük önem taşımaktadır. Sorgulama, bu kişilere basit bir form doldurtularak da %90 başarıyla yapılabilir. Ta-

nı için bellek ve zihinsel etkinliklerde günlük yaşamı etkileyecek ağırlıkta bir bozulma olduğunu ortaya koyabilmek ön şarttır.

Tanı için yakınmaların en az 6 aydır devam ettiğinden de emin olmak gerekir. Daha kısa süreli zihinsel yeti kayıplarına “delirium” denir. Delirium tablosu benzer bulguları nedeni ile bunamayla karıştırılabilir. Delirium birdenbire başlar, yakınmaların dalgalı bir seyri vardır yani azalıp artar, kısa sürelidir (saatler-haftalar arası) ve genellikle tıbbi bir organ rahatsızlığına bağlıdır. Oysa bunama yavaş başlar (travma ve inmeye bağlı bunama dışında) ve uzun sürelidir (aylar-yıllar arası).

Psikoz ve depresyon gibi bazı ruhsal hastalıkların bulgularının da hem delirium’dan ve hem de bunamadan ayırt edilmesi gerekebilir. Bu yüzden her bunama değerlendirmesinin içine bir “Geriatrik Depresyon Skalası” tarama testi eklenir. Zaten bellek yakınmaları ile başvuran her hastanın aslında depresyonu da olduğunu düşünürüz, çünkü bunama hastaları bu yakınmalarının farkında değildir. Bu duruma “yalancı bunama” adı da veriliyor. Ancak son yıllarda bellek sorunu olan pek çok insanın, aslında bunamadan bir önceki dönem olan “hafif zihinsel bozukluk” tablosunda olduğunu farkına varıldı. Ben yine de bellek sorunları olan her yaşlı hastada depresyon olması ihtimalini hep aklımın bir köşesinde tutuyorum.

Bunun ardından “nöropsikolojik testler” adı verilen ve kişi ile yüz yüze; ona sorular sorma, çizimler yaptırma ve bilgisayar başında tuşlara bastırma şeklinde yaptırılan bir takım testler ile unutkanlığın tipi ve şiddeti ölçüldükten sonra dil, problem çözme yetisi, hız, dikkat gibi bir çok işlev ayrıntılı olarak değerlendirilip hasta-

nın etkilenme düzeyi hakkında nicel bilgi edinilir. Bu testlerin en çok kullanılanı “Mini Mental Test”tir ancak MOCA testinin başlangıç safhasındaki bunamayı tespit etmekte daha başarılı olduğunu da biliyoruz. Bunlar 5-15 dakika arasında tamamlanabilen testlerdir. Unutulmamalı ki bunama bir klinik tanıdır (yani laboratuvar tanısı veya radyolojik bir tanı değildir).

Bunamanın başlangıç dönemlerinde kişinin günlük yaşamını sürdürmesine engel olmamakla birlikte yakınları-arkadaşları ve hatta kendisi tarafından fark edilebilen ve de testlerle ortaya çıkarılabilen zihinsel kayıpları olduğunu; 65 yaş üstündeki insanların yaklaşık %10-20’sinde bu tip bulgular olabildiğini ve bu insanların da %15’inin 1 yıl içinde, yarısının da 3-4 yıl içinde bunamaya başladığını da unutmamak gerekir. Söz konusu bozulma ihtimali; bellek bozukluğu olan insanlarda, bellek bozukluğu olmayanlara kıyasla daha fazladır. Alzaymır hastalığına yakalanma riskinin ise daha düşük, yıllık %10 düzeyinde olduğunu da belirtmek istiyorum.

Daha sonra nörolojik muayene ile bunamaya neden olabilen çeşitli hastalıklara özgü bulgular araştırılır ve bunun ardından da laboratuvar incelemeleri olarak vitamin B12, folik asit, TSH, CRP, tam kan sayımı, elektrolitler, kalsiyum, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri ölçülerek; vitamin eksikliği ve iltihap benzeri durumlar ortaya çıkarılmaya çalışılır. Çünkü bu durumlar; zaten bunamanın erken döneminde olan bir hastanın zihinsel işlevlerini bozarak tabloyu iyice karıştıracaklardır. Ne çare ki söz konusu edilen hastalarda bu problemlerin düzeltilmesinin etkisi de sadece geçici olacaktır.

Beyin omurilik sıvısında beta-amiloid ve tau proteinlerinin ve kanda tau protein düzeylerinin çalışılması, henüz bellek kaybının tam olarak ortaya çıkmadığı hastalarda düşünülebilir. Bu değişikliklerin hastalık bulguları ortaya çıkmadan 20 yıl önce başlayabildiğini biliyoruz. BT, EEG, SPECT, PET, MR gibi beyin görüntüleme yöntemleri sayesinde beyin anatomisi ile ilgili bilgi edinilirken; aynı zamanda normal basınçlı hidrosefali, beyin damar hastalıkları, beyin tümörleri veya kafa travması gibi bunamaya neden olabilecek diğer durumların varlığı da araştırılmış olur.

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) çekimi yaklaşık 15-20 dakika sürer ve hastanın çekim sırasında hiç hareket etmemesi gerekir. Kapalı yer korkusu olan kişilere sıklıkla MR çekilemez veya bir anestezi uzmanı tarafından uyutularak çekilir. Devamlı hareket eden veya korkusuna yönelik olarak uyutulamayan hastalara MR yerine, bir diğer inceleme olan Bilgisayarlı Tomografi (BT) de yapılabilir. Ancak daha kısa süren ve daha ferah bir ortamda yapılan bir inceleme olmasına karşın, MR kadar detaylı bilgi sağlamaz.

SPECT ve PET gibi incelemeler ise beynin işlevleri hakkında da bilgi vererek, bunama tanısının konmasında en az klinik testler kadar yardımcı olabilirler. Özellikle SPECT damar hastalığına bağlı bunama ile alzheimer hastalığının ayırt edilmesinde kullanılır. Ayrıca karbon-11 dihydrotetrabenazine (DTBZ) veya karbon-11 Pittsburgh Compound B (PIB) ile yapılan PET incelemeleri ile bunamanın erken dönemindeki hastaların, 2 yıl sonra alzheimer hastası olup olmayacakları artık %86 doğrulukla tespit edilebilmektedir...

Ayrıca hastaları değerlendirilirken akut olarak genel durumlarını bozan bir şeyler olmamasına da dikkat edilmesi gerekir. Çünkü bunaması olan hastalar, örneğin aynı zamanda ishal iseler, ya da karın ağrıları varsa, nörolojik muayene sonuçları normal hallerinden daha kötü olabilir; ve normalde almaları gerekenden daha farklı ilaçlar, daha farklı yaklaşımlar önerilebilir. Bu yüzden de ağrısı, ateşi, enfeksiyonu olan hasta bunama yönünden değerlendirilmemeli, sabır gösterilip, bunama değerlendirilmesi hastanın genel durumu düzeldikten sonra yapılmalıdır.

Bunama Hastalığının Seyri Nasıldır?

Normal yaşlanma sürecinde belli ölçülerde unutkanlık olması (beyin işlevlerindeki yavaşlamaya bağlı), karmaşık problemleri çözmek için daha fazla zamana gereksinim duyma gibi yakınmaların ortaya çıkması doğaldır. Bunama hastalığının seyrini ise önceki, başlangıç, orta ve ileri dönemler olarak gruplandırabilirim:

Önceki dönem yani unutkanlığın hafif olmaktan çıkıp daha belirgin duruma geldiği ya da tıbbi adıyla ‘hafif zihinsel bozukluk’ adı verilen tablo iki şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Ya bellek ile ilgili yakınmalar varken problem çözme gibi diğer zihni yetenekler normaldir, kişinin günlük yaşam etkinlikleri normaldir ve bu hastalar alzaymır tipi bunamaya döner; ya da diğer zihinsel yeti kayıpları öndedir ve bunlar diğer tip bunamalara dönerler. Yani hafif zihinsel bozukluk üç tipe ayrılmak-

tadır; “unutkanlık tipi”, “hafif çoklu zihinsel bozukluk” ve “tek, bellek dışı zihinsel bozukluk” tipleri vardır. Olguların bir kısmı 3-6 yılda alzheimer hastalığına dönüşür. Bu dönüşme hızı yıllık %10-15’tir, oysa aynı yaş grubundaki normal insanlarda bu oran %1-2’dir. Hastaların Mini Mental Test skorları 30-25 arasındadır. Bu tanıyı koyabilmek için bir takım kriterler tanımlanmıştır:

- Bellek veya bellek dışı bir yeti kaybını kendi veya onu iyi tanıyan bir yakını tanımlamalı,
- Bellek veya bellek dışı bir yetisi kendi yaşında ve eğitim düzeyindeki kişilerden kötü olmalı,
- Bu yeti kaybı kişinin günlük işlevlerini etkileyecek kadar ağır olmamalı,
- Kişide bunama olmamalı.

Başlangıç döneminde hastanın zihinsel işlevlerinde aksamalar mevcuttur. Mini Mental Test skorları 25-20 arasındadır. Hastalık henüz beynin kabuk (kortikal) bölgesindedir. Konuşma, anlama, iletişim, soyut düşünme, yorumlama gibi entelektüel becerilerdeki kayıplar daha çok çevredeki kişiler tarafından fark edilir. Bunama hastası, sırası ve ağırlığı yakalandığı bunamanın tipine göre değişebilmekle birlikte; okuduğunu anlayamaz, konuşurken kelime bulmakta güçlük çeker, konuşurken konuyu unuttur, ifade bozuklukları yaşar, planlama ve organizasyon yapamaz, okuduğunu anlayamaz-yorumlayamaz. Bildiği yollarda araba kullanırken kaybolabilir.

Bu dönemde kişi kendi işlerini yapabilir ama ilaçlarını almayı- çamaşırları yıkamayı unutabilir, bir takım hatırlatıcı ve uyarılara gereksinim duyar. Kişisel görüşü konusunda ve başkalarına karşı kayıtsızlık içinde-

dir. Basit unutkanlıklar olarak başlayan bu yeti kayıpları genellikle fark edilmez ya da yaşla ilişkili olağan değişiklikler olarak yorumlanır. Bu kişilerdeki yetersizliği tanımanın en iyi yolu parasının hesabını bilip bilmediğini sormaktır, çünkü ilk bozulmaya başlayan yeti daima budur. Diğer belirtiler ise bir şeyleri tekrarlama, kişilik değişiklikleri, sosyal ortamlardan kaçınma ve işyerinde yaşanan güçlüklerdir. Ne yazık ki bu evrede hekime başvuru çok azdır.

Orta dönemde zihinsel işlevlerdeki aksaklıklar, günlük yaşamı etkilemeye ve yaşam kalitesini düşürmeye başladığında sorunlar dikkat çekici hale gelir, kişi evinin dışında pek duramaz ama evde de yalnız bırakılmaya gelmez. Mini Mental Test skorları 17-6 arasındadır. Örneğin hasta telefonu nasıl kullanacağını bilemez, kişisel temizliğini/bakımını yapamaz, para hesabını ise artık hiç yapamaz hale gelir. Günlük yaşam etkinliklerinin bozulmaya başladığı bu evrede; hasta yıkanma, yemek yeme gibi günlük temel gereksinimleri için bile yakınlarına bağımlı hale gelir. Bu dönemde hasta çorbasını çatalla içmeye çalışabilir veya yemek yediğini unutarak yeniden yemek ister, ilaçlarını içtiğini unutup tekrar tekrar içebilir.

Hasta yakın tarihte yaşanan olayları daha fazla unuttur (uzak geçmişteki olayları daha iyi hatırlar ama bazı ayrıntıları unutabilir ve karıştırabilir), zamanı ve yerleri karıştırır (gece yarısı alışverişe çıkmaya kalkabilir), bildiği yerlerde kaybolur, aile üyelerinin ve arkadaşlarının isimlerini unuttur, yemekleri ya da çaydanlığı ateşte unuttur veya ocağı söndürmeyi unuttur, olmayan şeyleri duyar veya görür, kuruntuları vardır, yazma ve okuma da dahil iletişim yetilerinde belirgin kayıp vardır, top-

lum içinde uygunsuz davranışlarda bulunur, özellikle geceleri artan huzursuzluk ve sıkıntı hissi-saldırganlık -öfke patlamaları-içe kapanma vardır, el becerisi gerektiren işlerde ve hesap-planlama gerektiren işlerde güçlük çeker ve ilaçlarını almayı sürekli unuttur.

İleri dönemde ise hastalık artık beynin derin (sub-kortikal) bölgelerindedir ve davranış problemleri başlar. Hastanın 24 saat gözlem altında tutulması gerekir. Bu dönem, sosyal ve ahlak öğretilerine uygun olmayan davranışlar nedeniyle hasta yakınlarının en sıkıntılı olduğu evredir. Hasta giyinme, yemek yeme, duş yapma, yıkanma gibi kişisel bakım işlevlerini yerine getiremez, tuvaletini nereye yapacağını bilemez; duyguların ifadesinde azalma veya tam kayıp vardır, fiziksel veya sözlü tacizlerde bulunabilir, saldırganlık gösterebilir.

Zaman içinde tekerlekli sandalyeye bağlı kalacak şekilde yürüme zorluğu olur ve en sonunda hasta yatağa bağımlı hale gelir. Yeme alışkanlıkları da bozulur, çiğneme ve yutmada güçlük başlar, katı gıdaları ancak püre şeklinde, sıvıları da yoğunlaştırılmış şekilde alabilir; iştahı hiç yemeyecek kadar da bozulabilir. En yakınlarını bile tanımayabilir. Uyku alışkanlıklarında da çok belirgin bozukluklar başlar, hatta hiç uyumayabilir.

Bunamada Erken Tanı Ne İşe Yarar?

Erken tanı sayesinde hasta ve ailesine, hastalığı öğrenip yaşamlarını planlamaları için zaman kalır. Depresyon, huzursuzluk, uyku bozukluğu, hayal görme gibi davranış sorunlarının tedavileri, bellek bozukluğunun tedavi-

sinden daha yüz güldürücüdür ve bu bulgular düzelince de zihinsel işlevler daha iyi bir hale gelir. Her hastalıkta olduğu gibi; bunama da ne kadar erken teşhis edilirse, hastalığın tedavisindeki başarı oranı o kadar artar.

Bunamanın birçok türü vardır. Özellikle beyin kan akımına bağlı damarsal bunamada erken teşhisle beyne giden kan akımı düzeltilerek, bunama daha hiç ortaya çıkmadan kişi sağlığına kavuşabilir. “Normal Basıncılı Hidrosefali” gibi geri dönüşü olabilen bazı bunama türlerinde ise erken tedavi hastalığın şiddetini azaltıp ilerlemesini yavaşlatabilir, hatta hastanın bunama öncesi haline dönmesi sağlanır.

Bunamada Ne Gibi İletişim Sorunları Yaşanır ve Bunlar Nasıl Aşılabilir?

Hastanın yaşam kalitesi sevdikleri, çevresindeki insanlar ve kendisine bakım sağlayanlarla olan sağlıklı iletişimine bağlıdır. Bir insanın gittikçe daha unutkan olmasından dolayı güveninin sarsılması, özellikle iletişim kurmasını ve diğer insanlarla ilişkiye girmesini giderek zorlaştırır. Tekrar tekrar buna yönelik girişimleri boşa çıkar, gözlüğünü bulamaz, randevularını unutur, karşısındaki kişiyi tanımaz, önceleri alışık olduğu çevrede yönünü tayin edemez, uygun sözcükleri bulamaz. Bunamalı bir kişiye kendi eylem ve ifadeleri gayet anlamlı, amaca uygun ve içsel bir bağlantı içinde görünebilir. Dolayısıyla bunamalı kişi kendini sağlıklı gören diğer insanların yaptıkları, söyledikleri ve ne istediklerini anlayamaz. Örneğin kesinlikle tanımadığı bir kadı-

nın neden kendisinin öz kızı olduğunu iddia ettiğini ve bu şekilde davrandığını anlayamaz; hatta bu davranışı onu ürküten ve karşı çıkmasını gerektiren sınırının aşılması olarak algılayabilir. Yani saldırganlık, bağırma, sürekli bir hareket etme dürtüsü ya da tam tersine içe kapanma ve depresif davranışlar; bunamalı insanın, aklını karıştıran ve kendisini sarsan bir durumla başa çıkma çabası olarak anlaşılabilir. Bu tür davranışlar, önlenemez bir hastalığın belirtisinden çok hastanın kendini ifade etme, duygusal bir çıkmazı aktarma, iletişim kurma çabasıdır.

Genelde yaşlı insanların, özelde de bunama hastalarının iletişimlerinin bozulmasına yol açan birçok etken olabilir. Bunama hastalarında düşünceleri söze dönüştürmek konusunda sorunlar meydana gelir. Bir insanın düşünceleri için uygun sözcükleri bulmakta sorun yaşaması ve ayrıca başkalarının kullandıkları sözcükleri kavramakta zorluk yaşaması durumunda ‘afazi’ ya da ‘disfazi’ adlı rahatsızlıklardan bahsedilir. Kişinin ses oluşturma organlarını amaca uygun olarak kullanamamasından yani sözcükleri artık doğru biçimde üretememesinden kaynaklanan konuşma bozuklukları ise ‘disartri’ olarak tanımlanmaktadır. Hafif disartri vakalarında konuşma biraz “yutulmuş” gibi duyulur. Ses teli kasları üzerindeki kontrolün yitirilmesi durumunda da ‘disfoni’den bahsedilir, ses boğuk veya kısıktır.

Yeri gelmişken “inkar” tablosu ile “anosognosia” tablosundan söz etmek istiyorum. İnkâr bir insanın kabul etmek istemediği veya yüzleşmek istemediği bir durumu reddetmesidir. Öte yandan anosognosia, kişinin zihinsel yetilerindeki hatta hareket etme yetisindeki azalmanın farkında olmamasıdır. Bu tablonun ağır halinde, kişi yı-

kanmayı ve giyinmeyi bırakacak düzeyde kendisinin farkında olmayabilir ve söz konusu tablo günden güne ve durumdan duruma değişiklik gösterebilir. Hastanın davranışlarına karmaşık sebepler bulmak ya da ne demek istediğini düşünmek yerine; anlatmak istediğinin nasıl bir duygu olduğunu hissetmeye (empati yapmaya), kendinizi onun yerine koymaya çalışın. Hasta kendini ifade etmekte güçlük çekiyor ve sıkıntısının gerçek nedenini tam olarak açıklayamıyorsa, ne söylemek istediğini tahmin etmeye çalışın. Doğru kelimeyi bulmakta zorlanıyorsa, ona kelime seçenekleri sunun. Söylemek istediği şeyin yarısında takılırsa son söylediği sözleri tekrar etmek, konuşmaya tekrar başlaması için yardımcı olabilir. Aynı şeyi devamlı tekrarlıyorsa dikkatini dağıtın, konuyu değiştirin.

Bunama hastalığının yol açtığı sarsıntıyı her iki taraf da yaşar. Bu bağlamda bunama öncelikle karşılıklı bir iletişim sorunudur. “Ben sağlıklıyım” ve “Öteki hasta-dır” tutumundan vazgeçildiğinde; görev artık “sağlıklı biri” olarak, iletişim konusunda engelli olan ‘hasta biri’yle konuşmak olmaktan çıkar. Görev artık, iki tarafın da “kaçıklık” olarak gördükleri veya algıladıkları bir durumda davranmak, iletişim kurmak, gülmek, ağlamak ve kendini ifade etmektir.

Düşüncenin, beyindeki sözel olmayan canlandırma biçimlerinin toplamı olduğu söylenebilir. İnsanın akılda bir düşünce oluşturmaya yardımcı olan hayali görüntüler, canlandırmalar bunamalı insanlarda doğru biçimde birbiriyle ilişkilendirilememektedir. Öte yandan akıl karıştırıcı olan ve anlam çıkaramadığı hayali görüntüler de belirir. Aklındaki bu hayali görüntüler tıpkı parmakların arasından sızan kum taneleri gibi sürekli silinip

gitmektedir. Yeni düşünce oluşturmada, yani mantıklı düşünmede, sonuç çıkarmada ve karar vermekte sorunlar ortaya çıktığı için, bunamalı insanların iletişim sorunlarının çoğunun temeli düşünce oluşturmada yatmaktadır. İnsanın kendine özgü düşüncelerini karşısındakine aktarmasının en olgunlaşmış yöntemlerinden biri; bu düşüncelerini söze dönüştürmesi, yani dille ifade etmesidir. Öte yandan insan hiç konuşmadan -yani yalnızca beden dili, jest ve mimik yoluyla- da düşüncelerini ifade edebilir. “Gözünde öfkeyi gördüm” ya da “Gözüm bile bakamadı” gibi deyimler göz temasının iletişimde ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. İnsan karşısındakinin gözlerini veya göz temasını izlediğinde sıkça düşüncelerini de “okuyabilir”. Aynı biçimde biz farkında olmadan, karşımızdaki insan da bizim düşüncelerimizi okuyabilir. Sevgi veya hoşlanma gibi duygular sarılma, öpücük ya da el tutma yoluyla gösterilebilir. Hayatın ilk evrelerinden itibaren insan söylenen bir sözcüğün arkasındaki anlamı ses tonundan algılamayı da öğrenir. Bir insanın ses tonu eğlence, haz, neşe, gevşeme, korku, dert, öfke ve hayal kırıklığı gibi duyguları aktarabilir.

Sözlü iletişim zorlaştıkça; sesi yükseltip alçaltmak, vurgusunu değiştirmek, göz teması, yüz ifadesi, vücudun durumu, işaret dili ve fiziksel temas gibi sözlü olmayan iletişime başvurduğunuzu fark edeceksiniz. Yüz ifadenizi, göz teması, beden dili ve ses tonunuzu; hastaya ilgi göstermek, dert ve isteğinizi anlatmak veya sakinleştirici bir etki yaratmak için kullanabilirsiniz. Hasta, bakımını üstlenen kişinin, sözel olmayan biçimde verdiği sinyalleri anlamayı öğreneceğine ve kendisinin olabilecek en yüksek düzeydeki yaşam kalitesini elde

etmesine yardımcı olacağına güvenebilmelidir. Sözel olmayan iletişim stratejilerini bilinçli bir biçimde kullanmanın uygun zamanı özellikle hastaya vücut bakımında yardımcı olduğunuz zamandır. Sıkça bunların “Bir an önce bitirelim bu işi” diye çok hızlı bir biçimde yapıldığı görülmektedir. Böylece her gün, hastayla tek başınıza uğraşırken; aranızdaki ilişkiyi sağlamlaştırmaya yönelik birçok küçük olanak değerlendirilmemiş olur. Bunaması olan kişiler bu tip işaretleri çok iyi yorumlarlar, ancak genellikle, konuşma hakkının kime geçtiğini belirleyen ince sinyalleri yorumlamakta güçlük çekerler. Bunun sonucu olarak, bunaması olan kişiler konuşma sırasında birden araya dalabilirler, başkalarının sözlerini kesebilirler ve uygun zamanda yanıt veremeyebilirler. Hastanın sözünü kesmemeye özen gösterin, düşünce akışı bozulabilir. Ancak hastanın sizin sözünüzü kesmesine izin verin, yoksa ne söyleyeceğini unutabilir. Bunaması olan kişi sizi anlayabilmek için, sesinize olduğu kadar yüz ifadenize ve hatta vücut pozisyonunuza dikkat edebilir. Bu son derece yararlı olmakla birlikte, söylediklerinizin beden dilinizle çeliştiği durumlarda yanlış anlamalara neden olabilir. Örneğin, siz “Her şey yolunda, bu senin hatan değil” dediğinizde, sesinizin tonu ve yüz ifadeniz her şeyin yolunda olmadığını ve bu durumun canınızı sıktığını gösteriyor olabilir. Kimi zaman hastanın bir göz hareketi, gülümsemesi, dil çıkarması veya küçük bir el hareketi bile cevap özelliğini taşıyor olabilir. Bu tip cevapları bir dedektif gibi gözlemek gerekir. Cevap için en az 2 dakika beklemeniz gerekebilir. Bu tip bir cevap gözlediğinizde, başka sorularla hareketin anlamını doğrulayın. Hastanın uzun süredir kimse ile bir sohbeti olmamış olabileceğini düşünüp, yeterli sabrı

gösterin. Bu denemeyi günün 3 farklı zamanında tekrarlayın.

Hastalar kısa cümleler kurarak ve sınırlı kelime haznesi kullanarak konuşmaya başlayabilir; giderek daha az konuşur, hatta konuşmaktan tamamen vazgeçebilirler. Konuşurken çok kolay kelimeler hatırlanamaz veya bu kelime yerine uygun olmayan kelime kullanılabilir. Bunama hastası kişi akıcı konuşmasını sekteye uğratabacak şekilde nesnelerin isimlerini hatırlamayabilir. Karşınızdakine, her cümleden sonra anlaması için zaman bırakın. Cümleler arasında 5'e kadar saymak yararlı olabilir. Karşınızdakinin anlamadığını düşünürseniz söyledığınızı tekrarlayın. Çok hızlı konuşmayın. Sözcükleri iyi telaffuz edin. Kısa ve basit cümleler kurun. Önemli sözcüklere vurgu yapın. Net konuşun. Gerekirse söylediklerinizi başka sözcüklerle ifade edin. Bağırmayın. Bağırınca sözcükler biçimini değiştirir ve kolay anlaşılabilir hale gelir. Sesinizi hafifçe yükseltmeniz işe yarayabilir. Abartılı ağız hareketleri yapmayın. Çünkü bu dudakların takip edilmesini zorlaştırır. Sözcükler farklı "görünürler". Konuşurken ağızınızı kapatmayın. Yani konuşurken, örneğin yüzünüzü bir gazete veya elinizle kapatmamaya dikkat edin. Mizah duygunuzu yitirmeyin, unutmayın ki gülümseme bulaşıcıdır. Bir kişi veya nesneden bahsederken mümkünse onu parmakla gösterin. Hastanın, cevabını hemen kolaylıkla bulmakta zorlanacağı sorulardan kaçın. Hastanın seçim yapmasını istediğinizde sadece iki farklı seçimden birini seçmesini isteyin. Hatta siz karar verdiyseniz, evet veya hayır şeklinde cevaplanabilecek sorular sormak yerine kararınızı söyleyin (Mesela "Yemek ister misin?" yerine "Yemek zamanı" deyin). Aynı cümle içinde fazla soru sormayın.

Sorularınızı hep aynı şekilde tekrarlayın. Evde hareket ederken, bir işle uğraşırken ya da başka yöne bakarken hastaya soru sormayın. Somut kavramlar kullanın, bunamalı hastalar deyimleri bazen kelimesi kelimesine yorumlayabilirler. Biraz uzun sürebilecek ya da karışık bir konuyu konuşmak istediğinizde hastaya açmayı düşündüğünüz konuyu önceden belirtin. Böylelikle konuyu tespit edip hastanın konuya girmesine yardımcı olursunuz. Belli insanlara ya da yerlere ilişkin anılardan yararlanın.

Sohbetleri hasta dinlenmiş durumdayken, sabahları yapın. Televizyon veya radyodan ya da havalandırma cihazından-klimadan gelen arka plandaki sesleri kapatın. Gereksiz ses ve gürültüyü azaltın. Bunamalı hastalar sese karşı çok hassas olabilir. Seslerin kendisi için çok rahatsız edici olduğunu da söyleyecek durumda olmayabilir. Hatta kendini neden o kadar rahatsız hissettiğini de bilemeyebilir. Her zaman iletişime kendinizi tanıtarak başlayın. Ağız hareketlerinizi ve mimiğinizi daha rahat görmesi ve sizi işitebilmesi için hastaya yakın olarak hemen önünde ya da yanında oturmaya veya durmaya özen gösterin. Hastanın, dikkatini size odaklamasını bekleyin. Konuşmadan önce karşınızdaki kişiyle göz göze gelmeyi bekleyin. Ona adıyla hitap ederek hafifçe koluna dokunmanız sohbete başlamayı kolaylaştırabilir. Yine de hastaya dokunmadan ona ne yaptığınızı açıklayın. Çoğu insan sağlıkla ilgili terimleri anlamaz. Sağlığıyla ilgili gelişmeleri, tedavi seçeneklerini anlaşılır bir dille ve basit sözcüklerle anlatmanız gerekir. Hastanın ana dili Türkçe değilse veya işaret dili kullanıyorsa, bir tercümanın aracılık etmesi de gerekebilir. Bunaması olan kişinin bazen yazılı bir mesajı anladığını ancak

söylediklerinizi anlamakta güçlük çektiğini ya da ne ifade ettiğini anlamadan bir yazıyı son derece doğru bir şekilde okuduğunu gözleyebilirsiniz. Aynı sembol farklı insanlar için farklı anlamlar taşısa da bunaması olan pek çok hasta sembolleri ve resimleri anlar. Bunaması olan kişinin hâlâ okuyup mesajların ne anlama geldiğini anlayıp anlamadığını düzenli olarak kontrol edin. Çok soyut olmayan semboller kullanın ve anlamasını sağlamak için sembolleri, resimleri ya da fotoğrafları yazılı bir kelime ile birleştirin.

Kişinin yıllardır alışık olunan kişilik özelliklerinden farklı tepkiler ortaya koyması da hasta yakınları için sıkıntı yaratan yeni bir durumdur. Akıl yürütme yeteneği azalır ve karşılaştığı olayları mantık çerçevesinde yargılayamayabilir. Karar vermekte güçlük yaşar. Ani davranış değişiklikleri yaşanabilir, o kadar ki bu durum kişilik değişikliklerine kadar varabilir. Hasta eskiden sakın, az konuşan biriyken sürekli konuşuyor, eski aile sırlarını ya da eşiyle arasında geçen kötü olayları yıllar geçmiş olsa da sürekli herkesin önünde çekinmeden söylüyor olabilir. Bazı hastalar uygunsuz cinsel içerikli şakalar, imalar ve de davranışlarda da bulunabilir. Tüm bunlar aile için yıkıcı etkileri olabilecek davranış bozukluklarıdır. Hastayla tartışmaya girmeyin. Öfkenizi belli etmeye çalışın. Hastanın dikkatini konuştuğu uygunsuz, olumsuz olaylardan başka bir konuya yönlendirmeye çalışın. Bunamalı hasta zaman zaman hırçın ve saldırgan da olabilir. Saldırgan davranış sözel (bağırarak, küfretmek) veya fiziksel (vurmak, itmek) olabilir. Hastayı sınırlendiren nedeni araştırmak önemlidir, çünkü hiçbir neden olmadan birdenbire sınırlenebilir veya çaresizlik hissi yaratan bir durumdan kaynaklanabilir. Ağrı da bir

neden olabilir. Böyle olaylar ortaya çıktığında, hastayı sakinleştirmek için en iyi yol; öncelikle kendinizi sakinleştirmek, yavaş hareketler ve güven verici bir ses tonuyla konuşmaktır. Davranış problemleri baş gösterdiğinde, olaylar veya sözleri hastanın geçmiş kişiliği ya da yaşanan olaylarla ilişkilendirmeyin. Aktif veya pasif olarak cezalandırmayın. Öfkelenmek, kızgınlık suç değildir. Eğer öfkenin gerçek nedeni sözel olarak paylaşılabiliirse sakinleşmek, öfke ve ilişkili duygularla başa çıkmak daha kolay olacaktır.

Hastaya bakan kişinin baskılanmış öfkesi, kendisinde aşırı yemek yeme, alkol kullanımında artış veya fiziksel bulgular geliştirebilir. Baş ağrıları, karın ağrıları, ekzema veya ülser gibi psikolojik kökenli sıkıntılar da ortaya çıkabilir. Bu nedenle gerçeklere değil, duygulara odaklanın. Kelime ve davranışların arkasındaki duyguları anlamaya çalışın. Saldırganlığı başladığında hastayla fiziksel temasta bulunmayın, hastanın size zarar veremeyecek bir mesafede olmasına dikkat edin. Hastanın dikkatini dağıtmaya çalışın, eğer güvenli bir ortamda iseniz, bir müddet hastanın yanından uzaklaşın. Kafa karışıklığı arttıkça, sizi gerçek olmayan şeylerle suçlayabilecek ya da algısal sorunları olabilecek. Örneğin sizi, eşyasını çalmakla, onu zehirlemeye çalışmakla ya da bilerek yardım etmemekle suçlayabilir. Bu duruma ‘hezeyan’ adı verilir. Ayrıca başkalarının iştmediği sesleri duyup, olmayan kişileri görüyor olabilir. Bu bozukluğa ise “sanrı (halüsinasyon)” adı verilir. Dayanıklılığınızı kaybetmeyin. Yersiz suçlamalar dolayısıyla alınmayın. Çok sabırlı olmalısınız. Olayları kişisel olarak değerlendirmeyin. Öfkeyle tepki vermeyin. Kızdığınızı ve sinirlendiğinizi belli etmeyin. Bakıcılarına yönelik suçlamaları, onayla-

madan veya reddetmeden, içi boş kelimelerle (“öyle mi?”, “bakarız” şeklinde) geçiştirilmelidir. Yaşlının en çok kaybolan anahtar, gözlük gibi eşyalarından, kaybolduğu zaman yerine koymak için fazladan bulundurun ve hasta kaybettiğini-çalındığını söylediğinde arıyormuş gibi yaparak bu eşyaları ona verin. Yılların tecrübesine sahip insanlarla girilecek tartışmalarla bir çözüme ulaşamazsınız:

- Paramı bulamıyorum, paramı çalmışlar.
- Senin paranı kim çalsın anne?
- Komşu gelmiş çalmıştır. Veya temizlikçi kadın...
- Paranı yatağın altına saklamışsın. Biz bulduk, işte masanın üzerinde.
- Param çalınmıştı, siz ben üzölmeyeyim diye bu raya yeni para koydunuz.

Hastanın depresyonunu arttıran ya da kendini kötü hissetmesini sağlayan insanları gözlemleyin, olumsuz etkilerden kaçınmaya çalışın. Eğer sevdiği yakınları yanında yoksa, onların sesini hastayla konuşuyormuş gibi kaydedip sinirlendiğinde hastaya dinletebilirsiniz. Evde insan sayısı artıkça huzursuzluğu ortaya çıkıyorsa insan sayısını azaltın. Eve yeni biri gelecekse önceden hastaya onunla ilgili anılarını anlatmak, bilgi vermek; tanımadığı bir kişi olduğunda onunla az görüştürmek denenebilir. Konuşurken insanların adlarını sık sık kullanın. Bunaması olan bir eşiniz varsa, zaman geçtikçe ilişkinizde de çok büyük değişiklikler olacaktır. Bu değişiklikler cinsel hayatınızı etkileyebilir ve bazı olaylar sizin için alt üst edici olabilir, böyle durumlarda uzman desteği alın. Bazen bakımla ilgilenen kişi ya akraba, bunaması

olan kişiyle ilgili endişeleri için hastanın hekimi ile iletişime geçtiğinde; hekim hastanın mahremiyetini korumak için kendisiyle iletişime geçenlerle konuşmayı reddeder. Ancak bunaması olan kişi zihinsel kapasiteden yoksunsa, hekim bazı durumlarda kişiyle ilgili bilgileri paylaşmayı kabul edebilir.

İnsan ömrünün her yeni günü, bilgi veya anıya dönüştürülecek ve belleğe yüklenecek yeni tecrübeler getirir. Bu yeni anılar zamanla eski anılara dönüşür. Hafif bunaması olan bir insan, bunama gelişmeden önceki döneme ait eski anılarını canlandırmakta fazla sorun yaşamayabilir. Çünkü hastalanmadan önce yaşanan bu olayların anısı beynin daha etkin bir biçimde işlediği bir dönemde güvenli bir biçimde belleğe yüklenmiştir. Ancak bunama ilerledikçe eski anılar da gittikçe daha fazla zedelenir. Bunamalı hastanın kolayca hatırlayabildiği anılar muhtemelen iyi bir dostunun ya da yakınının kaybı ya da çok sevindirici bir olay gibi kuvvetli duygularla bağlantılı olanlarıdır. Duygular, olayı kaydetme ve “eski bilgiler”e ait belleğe yüklemeye yardımcı olurlar. Hafif veya orta dereceli bunama vakalarında ise yeni anıları canlandırma işi ilgili kişi için çok zor olabilir. Hasar gören beyin, yeni deneyim ve bilgileri “saklayıp” daha sonra yeniden canlandırmak veya onlarla bağlantı kurmak üzere güvenli biçimde kaydetmede sorun yaşar. Genellikle hasta olanları gerçekten unutmamış, daha çok olayı doğru biçimde kaydedememiştir.

İletişim konulu bir araştırmada, bakım verenlere, bunamalı insanlarda ne gibi iletişim sorunları izledikleri sorulmuştur. Sıkça dile getirilen sorunlar şunlardır:

- Kişi sürekli aynı soruyu tekrarlar
- Sürekli aynı şeyi anlatır
- Bir sohbeti başlatıp sürdürme sorunu yaşar
- Özellikle birden fazla kişi konuştuğunda, sohbeti takip etme sorunu yaşar
- Hasta sürekli, uygunsuz bir biçimde konuşulan konudan başka konulara atlar
- Hasta, insan-yer ya da nesnelerin isimlerini hatırlamakta zorlanır
- Televizyon programlarını pek iyi takip edemez
- Sürekli geçmiş zamanlardan bahseder
- Bir şeyi anlatmaya başlayıp neyi anlatmaya başladığını unuttur
- Hasta gerçekte olmayan bir şey görür
- Yanlış şeyler iddia eder

Eski anı ve zaman konusundaki düşünceler beyinde karıştırılarak; geçmiş, bugün gibi görünebilir. Yeni anı ve düşünceleri kaydetme sorunu, kişinin nerede ve neden orada olduğunu bilmemesine yol açar. Kendini tamamen şaşkın, uyumunu yitirmiş, yalnız, korkulu, tuhaf ve tanımadık bir çevrede kaybolmuş hisseder. Ayrıca hasta, hiçbir şeyin yolunda olmadığını da hisseder. Hatta doktorun kendisine artık iyileştiğini ve taburcu olacağını söyleyeceğini sanıyor da olabilir. Bunamalı bir insanın hatalarıyla yüzleştirilmesinin genellikle bir yararı olmaz. Yalnızca, anlamsız ve kötü bir hava yaratılmış olur. Birçok bakıcı “geçişirici strateji” kullandığını belirtmektedir. “Aa, gerçekten mi?” ya da “Bilmiyorum” türü geçişirici cevaplar, uzun tartışmaları önlemek ya da hastayı düzeltmek zorunda kalmamak için kullanabilir. Ancak cevaplarda, yanlış bilgi vererek hastayı ya-

nıltmamaya da özen gösterilmelidir. Hem doğru olup hem de hastanın söylediğini sorgulamayan veya eleştirmeyen bir şey söylemeye çalışın. Bunamalı kişinin korkulu veya heyecanlı olması durumunda ona duygularını ifade edin. Yani kendisini nasıl hissettiği konusundaki düşüncenizi anlatın. Böylece ona, kendi duygularını ifade etmeye çalışırsınız. Kendini o zaman anlaşılmış hissettiğinden sakinleşmesine de yardımcı olunacaktır. Basit ve kısa cevapları deneyin. Cevabı hastanın daha sonra bağlantı kurabilmesi için bir kağıda yazın. Soruları cevaplamaktan yorulduğunuzda, cevabı yazdığınız kağıdı gerektiğinde ona gösterin. Tekrar etmeyi gerektirecek durumları önlemeye çalışın. Örneğin randevuları zamanından kısa bir süre önce söyleyin.

Olaylar yolunda gitmezse hoşgörölü olun. Hastaya yaklaşırken dikkatli, sakin ve tedbirli olun. Onu irkiltmeyin ve korkutmayın. Hastanın duygularına saygı gösterin; onunla birlikte gülün, ancak ona gülmeyin. Başkalarının önünde, hasta orada yokmuş gibi, onun hakkında konuşmayın. Çünkü beden dilinizi izleyerek ve sesinizin tonundan ne hissettiğinizi anlayabilir. Hastayla nazik bir şekilde konuşun, lütfen kelimesini her zaman kullanın, emir verici bir tarzda konuşmayın, saygılı olun, küçümsemeyin, ona çocuk gibi davranmayın. Endişelerini ciddiye aldığınıza ve anladığınızı ikna edip, rahatlamasını sağlayın. Olumsuz duygular üstünde fazla durmanız o duyguyu daha da güçlendirir. Bu duyguları paylaşmanız yeterlidir. Sataşarak veya gülerek onu konu ile yüzleştirmeye ya da kışkırtmaya çalışmayın. Hastaya bir yasak koyucu, bir karşıt gibi davranmak yerine; yardımcı olmaya çalışan bir arkadaş, bir dost gibi davranın. Soruna kalıcı çözümü uzun dönemde bulmayı deneyin.

Unutmayın ki hastanın davranışlarının bakıcı tarafından engellenmesi, tokatlanması, bağırılması, itip kakılması, bağlanması; kısaca hastaya kötü davranılması da uç davranışlara neden olabilir. Hastaya dokunarak; yani ellerini şefkatle tutarak, saçlarını nazik bir şekilde tarayarak, yanaklarını okşayarak, sırtını ovarak, ellerine krem sürerek, masaj-manikür yaparak, saçını tarayarak sevginizi anlatabilirsiniz. Korku ve endişe içinde ise elini tutun ya da kolunuzu omzuna atıp öylece durun. Endişelenecek bir şey olmadığını açıklayıp onu rahatlatın.

Sıkça gittiği dükkan sahiplerini, para kullanma konusundaki sorunları yönünde uyarın. Alışverişe birlikte gitmeye gayret edin ve para ödemesine yardımcı olun; ancak bu sırada küçük düşürmemeye özen gösterin. Bazı hastalarda sıklıkla “günbatımı sendromu” adı verilen bir tablo görülür. Yaz-kış fark etmez, tam güneşin battığı saatlerde 1-2 saat süresince huysuzluk tavan yapar. Varsa bakıcısını tanımaz, polise şikayet etmek gibi şeylerle tehdit eder; hastayla ilgilenen kişi aileden biriye bir sürü soru sormasının yanında terslikler sergiler, bağırır, azarlar. Her şey güneşin batmasıyla son bulur. Kaplan gibi ortalığı yırtan, çevresindekilere ecel terleri döktüren yaşlı birden “Kızım benim midem kazındı azıcık, bir parça ekmek var mı bir bardak suyla?” diye yalvaran birine dönüşebilir.

Her insan, ömrü boyunca başından geçen, önemli kişi ve yerlerin rol aldığı, hayatına damga vuran olayları hatırlar. Bu olaylar yıllar boyunca “Benim hayatım budur” dediğimiz içsel bir hikayeye dönüşür. Bu hikaye benliğimizi oluşturur, kim olduğumuzu anlatır ve çevremizle ne tür bir ilişki içinde bulunduğumuzu gösterir. Bu bağlamda, nasıl ki bir baston insanın yürümesine

yardımcı olursa; düzenlenecek bir “**hatıra albümü**” de hastanın hatırlamasına yardım edebilir. Bir hatıra albümünün içinde, doğumdan şu ana kadar hayatın en önemli anları konusunda söz ve görüntüler bulunur. Yeni olayların önemli görünmesi durumunda onlar da hatıralar albümüne eklenebilir. Özellikle hastalığın erken döneminde bunamalı insana, hatıralar albümünün ana fikrini anlatıp bunun yararlı bir şey olduğunu açıklamak gerekir. Fotoğrafların altında veya yanında yorum yazılabilecek yer bırakın. Açık ve net yazıp büyük harfler kullanmaktan kaçının. Hastanın geçmişinde rol oynamış önemli olay ve yerler hakkında gazete kupürlerini de yapıştırabilirsiniz. Kronolojik bir sıra izleyin; yani albümün başında, kişinin doğum tarihi ve yeri ile ilgili bilgileri aktarıp sonunda da en güncel olaylara yer verin. Her fotoğrafa ilişkin, utandırma ve hayal kırıklığına uğratma ihtimaline karşı bilmeyen herkesin; fotoğrafta kimin gösterildiği, resmin ne zaman ve nerede çekildiğini anlamasını mümkün kılan notlar bulundurun. Fotoğraflara ilişkin yazılar kesinlikle çocuk dilinde değil, sizin kendi albümünüz için de kullanacağınız gayet “normal” bir dilde olmalıdır.

Bir hatıra albümünü hazırlamak oldukça zevk verici bir uğraş olabilir. Huzurevi gibi bir kuruma taşınan insanlar için -ilgili açıklamalarla birlikte- kurum binasının içini ve dışını gösteren fotoğrafları ya da çalışanların ve -örneğin aynı bölümde yaşayan- önemli sakinlerin resimlerini çekip albüme ekleyebilirsiniz. Hastanın bir yakını tanımakta zorlanması durumunda, bu yakının değişik yaşlardayken çekilen fotoğraflarından bir diziyi de albüme ekleyebilirsiniz. Bir insanın evini hatırlayamaması gibi bir sorunu olduğu ve sürekli burasının gerçek-

te yaşadığı yer olmadığını söylemesi durumunda, benzer bir fotoğraf dizisi hazırlayabilirsiniz. Bunamalı kişinin anılarının canlı kalması için onu daha sıkça albüme bakmaya motive edin. Albüm, ziyarete gelenler için de sohbet başlamak açısından bir araç olabilir. Bunamalı insanın kişiliğini korumasına yardımcı olur. Kendini tanıdığına yönelik güven duygusu verir. Hayatının bir anlam taşıdığı hissini verir. Hafif bunamalı insana sohbet sırasında heves verebilir. Kendi yaşamına dönüp bakma fırsatı sunar. Güzel zamanları hatırlamaya yardımcı olur. Böyle bir albümün, hastanın torunları gibi genç insanlarla birlikte dijital ortamda yapılması da bir yöntem olabilir. Böylece gençlerle iletişim de sağlanmış olur.

“**Önemli kişiler**” adlı bir poster hazırlayıp duvara asabilirsiniz. Ailenin her kesimi hakkında bir soy ağacı hazırlayıp ayrı ayrı çerçevelere yerleştirebilirsiniz. Örneğin bir çerçevede oğulla ailesi görünür diğerinde ise kız ve ailesi. Öteki aile fertlerinden de yardım isteyin. Aynı biçimde “**Önemli yerler**” hakkında bir poster de hazırlayıp yine duvara asabilirsiniz. Bunda, net açıklamaların da eklendiği; kendi evinin, çalıştığı firma binasının ya da memleketinde bulunan okulunun resimleri vs. yer alabilir. İnsanın kendini güvende ve umutlu hissetmesi için “**Ne yapmalıyım?**” sorusuna kendinin karar verebilmesi gerekir. Yani insanın her gün kendini yeniden organize etmesi ve bir sonraki adımda neyin yapılması gerektiği ve nasıl gerçekleştirileceğini hatırlaması gerekir. Ancak bunamalı bir insana kendi gününü planlaması zor gelebilir. Belki bir şey yapması gerektiğini bilir ya da hisseder ancak ne olduğunu hatırlayamaz. Başkalarına çok kolay görünen şeyler bile ona çok zor gelebilir. Ne yapabildiğini veya bir şeyin nasıl yapılabilece-

ğini bilememek insanı iç huzursuzluğuna, kimsenin kendine ihtiyacı olmadığı düşüncesine, hatta çaresizliğe götürebilir. Böyle bir durum da insanın yalnızca oturup aruk hiçbir şey yapmamasına neden olabilir. Sonuçta depresyon veya içine kapanmışlık görüntüsü oluşabilir. Hastaya aile içinde hâlâ önemli bir pozisyonda olduğunu hissettirin; ona danışın, söyledikleri bir anlam ifade etmese bile onu dinleyin ve ona hâlâ saygı duyduğunuzu fark ettirin. İster yaşlı olsun ister genç, sağlıklı ya da hasta, her insan için başka birinin kendine ihtiyacı olduğu duygusunun ne kadar önemli olduğunu hiçbir zaman aklınızdan çıkarmayın. Tabii arada bir oturup dinlenmenin de aynı derecede önemli olduğunu unutmayın.

Bazı insanlar, günlerini bir “**yapılacaklar listesi**” aracılığıyla düzenlemeyi yararlı bulmaktadır. Örneğin bir bakıcı her sabah veya önceki akşamdan hastayla oturup, birlikte gün içinde halledilmesi gereken işlerin listesini çıkarabilir. Bu liste kolay görülebilecek bir yere -örneğin buzdolabının kapısına- asılmalıdır. Özellikle kaybolmuş gibi durması ve ne yapacağını bilememesi durumunda bunamalı insana arada bir listeye bakmasını hatırlatmak gerekecektir. Genellikle en sevilen uğraşlar, fazlaca mantıklı düşünmeyi gerektirmeyenlerdir. Bunamalı biri genellikle, ne yapılması ve bir şeyin nasıl yapılması gerektiğini bilememenin ne gibi bir duygu olduğunu da kavrayamaz. Böyle bir liste günlük yaşama belli bir biçim sağlar. İyimserlik, ümit ve güven hissini güçlendirir. Güne bir anlam kazandırdığı için öz değer hissini güçlendirir ve hastalardaki iç huzursuzluğunun üstesinden gelmekte yardımcı olabilir. Hastaya, listede kayıtlı olan her şeyi hallettiğinde rahat rahat dinlenebileceğine iliş-

kin güven verir. Hastaya, o anda ne olduğunu ya da olmakta olduğunu kavrayarak günün akışında yönünü belirlemede yardımcı olur. Bazı hastaların, yaptıkları işlerde ayrıca desteğe ihtiyaçları olacaktır. Bize ilk bakışta çok basit görünen işler aslında hem cisimleri üç boyutlu olarak hayal edebilme hem de bir işi düşünüp planlayabilme yeteneği gerektirmektedir. Bunamalı hastanın bir işi yapmak için gerekli tüm adımların her birinde desteğe ve yönlendirilmeye ihtiyacı olabilir. Hiçbir insanın kendine ne yapması gerektiğinin söylenmesinden hoşlanmadığını da unutmamak gerek. Hastayı uygun biçimde yönlendirmek bayağı zaman alıp, çok sabır gerektirebilir.

Özellikle başlangıç aşamasında veya hafif bunaması olan bazı insanlar bir “**ajanda**”yla haftalarını biçimlendirip organize etmeyi yararlı bulmaktadır. Plana hangi bilgilerin ve ne kadar yazılacağı ilgili kişiye bağlıdır. Birçok sağlıklı insan da, yaşamlarına ilişkin kontrolü kaybettiklerini düşündüklerinden ajandaları olmadan yapamazlar. Bazıları da, bir ajandaya ihtiyaç duymaz, hatta istemez. Ajanda özellikle evinde yalnız yaşayan insanlara yarar sağlayabilir. Ajandayı yararlı bulan bunamalı insanlar, bilgileri güncel tutmak için de epey bir yardıma gereksinim duyarlar. Ajanda, sürekli kontrol edilebilmesi için mutfak duvarı ya da salon kapısı gibi kolay görülebilecek bir yere asılmalıdır. Ayrıca ajandalarını kullanmalarını hatırlatmak da gerekebilir. Ajanda hastanın, hayatını kendi başına kontrol altında tutması ve biçimlendirmesine yarayan bir araç olabilir. Belli durumlarda öz güvenini ve yaşama amacını korumasına da yardımcı olabilir. Özellikle bu uygulamanın hastalığın erken döneminde başlatılması ve ilgili kişinin ajandaya

alışabilmesiyle başarılı olunabilir. Burada, yapılacak etkinlikler basamak basamak açıklanabilir ve hastanın bunları gerçekleştirmesine hem sözel hem de fiziksel olarak yardım edilip; unuttuğu etkinlikleri tekrar öğrenmesi sağlanabilir. Hatta hastanın telefonuna hatırlatma mesajları bile yerleştirilebilir.

Birçok (sağlıklı) insan “**günlük**” tutmaktan da zevk alır. Ajanda konusunda geçerli olanlar günlük için de geçerlidir. Hafif derecede düşünme zorluğu olan kişiler için yararlı olabilir. Bu yöntem, hastaların aksi halde unutacakları olayları hatırlamalarına yardımcı olur. Ayrıca söz konusu kayıtlar aracılığıyla geçmişte olanlar da izlenebilir. Hastayı her gün günlük tutmak konusunda teşvik etmeniz gerekebilir. Günlüğün daima belli bir yerde saklanması hatta en iyisi günlüğün orada açık halde bırakılmasıdır. Hasta buraya duygularını, olayları yazabilir. Hatta yazı yazmaktan hoşlanmıyorsa, bir webcam yolu ile konuşmalarını görüntülü olarak da kaydedebilir.

Bunama hastalığı bulunan bir insanla iletişim, konuşulan konuların bu insanın zayıflıklarıyla değil de yetenekleriyle ilgili olduğu zaman daha kolay olur. Bunamalı bir insanla konuştuğunuzda onun için hangi anılarının canlandırılmasının zor ya da kolay olduğunu düşünün. Hastaya yeni anılara ilişkin soru yöneltmeyin. Haliyle arada bir bu tür soruları ister istemez soracaksınız ama, yine de böylesi soruların sohbeti oldukça zorlaştıracığı hatta bitirebileceğinin bilincinde olun. Eski anılarla bağlantı kurun. Ancak bazı anıların bir insan için çok rahatsız edici olabileceğini de göz önünde bulundurun. Daha çok evrensel olan yani tüm insanların yaşadıkları ve de anlayabildikleri duygu ve durumlara

ilişkin konuları tercih edin. İnsanın en güçlü anıları genellikle -okul, arkadaşlar ve önemli duygusal olaylarla bağlantılı olanlar- çocukluğundan kaynaklanır. Çocukluk zamanındaki davranış modelleri, okul ve arkadaşlar, önemli olaylar, oyunlar, korkular; ergenlik çağı ve çalışma hayatı, sosyal yaşam türü konular uzun sohbetlere fırsat yaratabilir. Herkesin bildiği duygularla ilgili olduklarından grup sohbetleri için de kullanılabilirler. Ayrıca çok fazla zihinsel yetenek gerekmez. Ziyaretçiler de bu konularda sohbet açmaya yönelik heveslendirilebilir. Aynı anda az sayıda ziyaretçi kabul edin, hepsi bir anda konuşmasınlar. Kalabalıktan çok rahatsız oluyorsa da, bir seferde bir kişi ile ve göz teması kurarak konuşmasını sağlayın.

Televizyon seyretmek genelde sevilen ve rahatlatıcı bir boş zaman uğraşdır. Bunamalı hastaların bazıları televizyon seyretmeyi sever ancak o anda gördüklerini çabuk unuturlar. İnsanın sürekli televizyon seyredip gördüklerinin çoğunu hemen unutmasının, zamanı boş harcamak anlamına geldiği düşünülebilir. Ancak bu düşünce tam doğru değildir. Sağlıklı insanların çoğu da televizyonda seyrettiklerini hemen unutuverir. Bunamalı insan sadece biraz daha hızlı unuttur. Önemli olan hastanın televizyon seyredirken kendini iyi hissetmesidir. Yani aslolan şimdiki andır. Ayrıca hasta bilinçaltında rahatlatma ve zevk duygularını algılar, böylece de keyfi yerine gelir. Bazı bunamalılar kısa bir süreliğine bile televizyon seyretmekte sorun yaşayabilir. Bazıları her şeyin “pislik” olduğunu düşünür; bazıları ise seyredirken sohbet eder, soru sorar, huzursuz ve yerinde duramaz olurlar. Bakımı üstlenen yakınları için -yorucu bir günden sonra- televizyon izlerken bile rahat bırakılmadıkla-

rından, bu durum zorlayıcı olabilir. Bazı programları izlerken insan söylenenlere daha çok odaklanmak zorunda kalır. Bunamalı insanlar ise odaklanmakta sorun yaşarlar. Konuşmaları daha az ve daha net olan programları seçebilirsiniz.

Radyo da televizyona göre daha az rahatsız edici ve daha kolay taşınır bir uğraşı olabilir. Yaşlıların eskiden bir araya gelip radyo dinleme alışkanlıkları olduğunu da hatırlatırım. Üstelik aşırı bir odaklanma veya dikkat de gerektirmez. Üstelik insanı haberler, hava durumu vs. hakkında bilgilendirir. Bu da başkalarıyla iletişime geçmek için bir aracı olabilir. Bir insanın belli bir programı ne kadar sevdiği, halen hatırlayabildiği anılarına ve ilgili programın bunlarla ilişkili olup olmadığına bağlıdır. Daha çok yakın geçmişle bağlantılı olmayan programları seçebilirsiniz. Bazı programları takip edebilmek için insanın mantıklı düşünme ve sonuç çıkarma yeteneğine de sahip olması gerekir. Bu nedenle nispeten kolay anlaşılan ve fazlaca mantıklı sonuç çıkarmayı gerektirmeyen programları seçebilirsiniz. “Televizyon izleme” eğlencesi genellikle (örneğin polisiye filmlerinde) insanın bir sonraki anda neyin olacağı konusunda tahmin yürütebilmesinden kaynaklanmaktadır. Bunamalı insanlar ise gelecekte neyin olabileceğini hayal etmekte zorlanırlar. Bu tür tahminler gerektirmeyen programları seçebilirsiniz. Bunun yerine “anlık sevincin” ön planda olduğu programları tercih edebilirsiniz. Müzikli; manzara, aydınlık ve güzel renkler; belli hava ve atmosferler içeren programları deneyin. Aynı zamanda hayvan filmleri, komik programlar, spor veya müzik yarışmaları da bunamalı bir hastayı rahatlatılabilir. Bunama hastaları basit

mizaha (sitcom gibi) gülebilirler, birlikte filmler-skeçler-oyunlar izleyebilirsiniz.

Hastanın değişik programlara gösterdiği tepkileri izlerseniz, hangi programları seyredebileceği ve hangilerinden zevk aldığını daha iyi tahmin edebilirsiniz. Hastanın hangi programları daha çok sevdiğini saptadıktan sonra, bunları kaydedip yeniden kullanabilirsiniz. Hastanın o yayını daha önce seyretmiş olması, bir daha seyretmek istemediği anlamına gelmez. Hemen her “sağlıklı” insan da sevdiği müzik kaset veya CD’lerini tekrar tekrar dinler, filmleri birkaç kez izler. Hasta videodan hoşlanırsa bunu da tedavi olarak kullanabilirsiniz. Mesela futbol seven ancak bir maçı tamamen izlemeye -yani pek heyecanlı olmayan sahneleri de- odaklanma gücü yetmeyen insanlar için “En iyi 100 gol” konulu bir film çok zevk verici olabilir. “Yetenekli hayvanlar” hakkında bir film belki hayvan severlerin hoşuna gider. Bu tür videolar güçlü görsel uyarılar sunar. Ayrıca mizahi olup yalnızca o ana yönelmektedirler. Ancak televizyonun bazı insanlar üzerinde huzursuz edici bir etkisi olabileceğini de hatırlatmak isterim. Ekrandaki insanların gerçekte odada bulunduklarını sanabilirler. Televizyon hastaya akıl karıştırıcı bir etki yapıyorsa izlettirmeyin. Belki yalnızca belli programlar böylesi bir etki yaratır. O zaman bu programları seyrettirmeyin. Değişik programları denemeyi unutmayın. Örneğin insan veya hayvan programlarına olumsuz tepki gösteren, çok huzursuz olan veya konuşulan ve yapılanları tam anlayamadıkları için sinirlenenler; dinlendirici bir müzik eşliğindeki manzara filmlerden oldukça zevk alabilirler. Arada yeni bir şey denemek her zaman yararlı olur. Ancak sorun çıkarsa programı değiştirin veya televizyonu kapatın.

Beynin **müzikle** ilgili kısmı çok uzun süre dayanabiliyor. Müziğin bellek üzerinde çok güçlü bir etkisi olduğu da biliniyor. Müzikal anılar zayıflamıyor; çünkü müzik, belleği tetikleyen birçok faktörden çok daha güçlü. Yalnızca birkaç kez dinlediğimiz bir şarkıyı 10 yıl sonra yeniden dinlediğimizde, şarkının adını ve söyleyen kişiyi unutmuş olmamıza rağmen melodiyi hatırlıyoruz. Bunama hastaları da sevdikleri şarkıları hatırlamalarıyla yeniden hayat bulabiliyorlar.

İşitme sorunları insanın daha zor kavramasına yol açabilir. Ağır işiten her insan bu duyu yitiminden kaynaklanan eksiklikleri dengelemeyi öğrenmek zorundadır. Sağlıklı bir belleğe sahip olan insan, ağır işittiğini unutmaz. Yani genellikle bir şeyi anlayamadığı zaman onu bilir ve bu durumda ne yapabileceğini düşünür. Örneğin konuşulanı anlayamadığını söyleyebilir, böylelikle konuşan da dediğini tekrarlar. Bunamalı bir hastanın ise ağır işitmesinden kaynaklanan eksiklikleri dengelemesi zordur. Bu konuda yardımınıza ihtiyacı olabilir. Ayrıca gözlük kullanan birçok insan, gözlüğünü takmadığında daha ağır işittiğini fark eder. Bu gerçekten mümkündür. Çünkü her insan işittiğini daha iyi anlayabilmek için, aynı zamanda karşısındakinin dudaklarını takip eder ve sözel olmayan işaretleri yorumlar. Bi tip durumlarda bunamalı hastaya gözlüğünü takması hatırlatılmalıdır. Ayrıca gözlüğünün kirli olduğunu da bilemeyebilir. Bunaması olan kişiler, normal yaşlanma nedeniyle ortaya çıkan göz hastalıkları yanı sıra, bazen bunamaya özgü görsel sisteme ait ek bir takım hasarlara bağlı; görme ve algı ile ilgili pek çok zorluk yaşayabilirler. Görsel zorluklar, yanılsama, yanlış algılama ve yanlış tanıma gibi çeşitli “görsel hatalar” ile sonuçlanabilir.

Yaşlı birçok insanda görülen bir işitmezlik türü ise, ilerleyen yaşla birlikte gelişen ‘presbiakuzi’ olarak adlandırılan, işitme işlevinin gittikçe azalması durumudur. İlgili hastalar “s” “t” ve “k” gibi yüksek frekanslı sesleri iyi işitemezler. Sözcükler “yutulmuş” gibi duyulur. Bundan dolayı sözcükleri birbirinden ayırmak da zorlaşır. Yaşlı insanlardaki işitmezlik durumu; tinnitus (dış kaynağı olmayan kulağın içindeki ses, çınlama) ya da otoskleroz olarak adlandırılan (kulak içi dokunun kalınlaşması ve kemiğin iltihaba benzer biçimde değişmesi) rahatsızlıklara da bağlı olabilir. Başka bir tür ağır işitme durumu da kulağın içinde fazla kulak kirinin oluşmasından meydana gelebilir ve basitçe bir aile hekimi ya da kulak burun boğaz uzmanı tarafından tedavi edilebilir.

Ağır işiten bunamalı bir insan, işitme sorununun olduğunu da unutabilir. İşitemediğini anlamayıp, konuştuktan söylediklerini tekrarlamasını istemeyebilir. İşitme cihazı taşıyan bunamalı bir insan işitme cihazının kullanımını öğrenmekte de bir takım sorunlar yaşar. İşitme cihazını temiz ve çalışır vaziyette tutmakta yardıma ihtiyaç duyar. Cihazın çalışmadığını ya da kulak kiriyle tıkanıldığını anlamayabilir. Çalışmayan cihazın bir tıkaç gibi kulağında olduğunu ve işitme sorununu daha da güçleştirdiğini farketmeyebilir. İşitme cihazının hem fazla yüksek seste çalışmayacak hem de “ötmeyecek” biçimde nasıl ayarlandığını unutabilir. Hatta ötmesini de algılayamaz, dolayısıyla kendini neden rahatsız hissettiğini de anlayamayabilir. Hastanın işitme cihazı yoksa ya da (iyi çalıştığı halde) kullanmak istemezse konuşmak için bir ses yükseltici de kullanılabilir. Bu, mikrofon ve kulaklığın bağlandığı küçük bir cihazdır. Buna benzer bir cihazla ağır işiten insanların televizyon izlemeleri de

mümkün olur. Ses yükselticinin avantajlarından biri de mikrofona doğrudan konuşan kişiye doğru yöneltilebilmesidir. Buna karşın işitme cihazı çevredeki tüm sesleri (yani konuşulanlardan, adımların yerde çıkardığı seslere kadar; kapı zili, radyo, araba sesleri, merdivenlerdeki sesleri vs.) yükseltir. Sohbet için gerekli olan sözleri eleyip onlara odaklanamadığından, tüm bu sesler bunamalı bir insanın kafasını iyice karıştırabilir. Ses yükselticiyi denemeniz durumunda ilgili kişinin tepkilerini izleyerek işe yarayıp yaramadığına dikkat edin.

Tüm duyuları hafifçe uyaran bir ortam yaratmaya çalışın. Bu ortam hem işitme ve koku duyularını canlandırmalı hem de görme ve dokunma duyularını uarmalıdır. Sandalye veya yemek masasını, sokak manzarasının, varsa kuş kafesinin, akvaryumun, hava ve mevsim değişikliklerinin rahatça izlenebileceği bir yere yerleştirin. Evi her mevsime göre değişik dekore edin. Evin veya kurumun bir köşesinin eski eşyalarla dekore edilmesi ve bunların yerlerini değiştirmelerine izin verilmesi bazı huzursuz hastalara iyi gelebilir. Örneğin yatak odasındaki komedinin üzerine yalnızca hastanın burada ihtiyacı olduğu şeyleri bırakın. Takıları ve benzeri eşyaları raf ya da çekmecelere yerleştirebilirsiniz. Mobilya ve eşyalara açıklayıcı yazılar iliştin. Örneğin elbise dolabına, üzerinde içinde saklanacak olan giysilerin yazıldığı ve resimlerinin bulunduğu bir kağıt yapıştırabilirsiniz. Çok sevdiği eşyaların, resimlerin yerlerini değiştirmeyin. Bunlar sizin için sadece önemsiz nesneler iken, onun için artık belleğinde korumayı başaramadıklarını hatırlamak için referans noktaları olabilir. Banyo ve tuvalet kapısında parlak renkleri kullanın. Duvara yaptırdığınız çiçek desenli bir bordür hasta için -örneğin

banyoyu bulmada- “yol gösterici” olabilir. Bu işlevi hastaya vurgulayarak anlatın: “Çiçekleri takip et” Hastanın yatak odasını bulmakta sorunu varsa, bir fotoğrafını veya adı yazılı bir kağıdı odasının kapısına yapıştırın. Kendine eşlik edip kapıdaki fotoğrafını veya ismini gösterek odasını bulmaya yardımcı olun. Bunamalı olmasına rağmen bu yeni bilgiyi, yukarıdaki işlemin birkaç kez tekrarlanarak, desteklenip güçlendirilmesi durumunda öğrenebilir.

İnsanlara, yemek yeme ya da uyuma zamanını gösteren “iç saat” bunamalı kişilerde bozulur. Bunaması olan kişi, zaman ve mekan içinde uyum bozukluğu yaşadığını tam olarak bilmesede; gün içinde bir programı olmadığından dolayı kaygılı ya da hiçbir şeyin tanıdık olmadığı, ona garip görünen bir ortamda bulunduğundan dolayı huzursuz olabilir. Kişiye güven telkin edin. Bunaması olan hasta için, sadece saatin kaç olduğunun ya da nerede olduğunun söylenmesinden çok, can sıkıcı bir şey olmadığının açıklanması daha güven vericidir. Örneğin, evde olmadığını düşünen bir hastaya zaten evde olduğu konusunda ne kadar ısrar ederseniz edin, size inanmayabilir. Bunaması olan hastanın zamanı anlamasını sağlayacak yollar bulmaya çalışın. “Saat beşte” ya da “on dakika içinde” dediğinizde neyi kastettiğinizi tam olarak anlamadığını gözlemleyebilirsiniz. Zamanın geçtiğini ifade etmenin başka yolları da vardır. Günlük yaşama dayanarak da çeşitli yollar üretebilirsiniz: Örneğin, “kahveni bitirdiğinde” ya da “çamaşır makinesi yıkama işini bitirdiğinde” gibi.

Ağır bunama vakalarında ilgilinin yaşam kalitesi, önemli ölçüde kendine eşlik eden ve bakımı üstlenen kişiye bağlıdır. Bakıcı hastanın -doğallıkla her insanda

bulunan- kişisel arzularını anlamaya çalışmazsa hastanın esenlik durumuna ciddi olarak zarar verebilir. Bunamalı bir insan, hastalığın el verdiği ölçüde tatmin edici ve aktif bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir. Bundan dolayı ona, hem nitelik hem de nicelik açısından kişiliğine uygun düşen uyarımlar sunmak gerekir. Uygun uyarım konusundaki eksiklik bunamalı hastanın genel sağlık ve zihinsel durumunu kötüleştirip içe kapanmasına yol açabilir. Ağır bunamalı birinin belli durumlarda başkalarıyla etkinliğe katılma veya iletişime geçme sorunu olabilir. Muhtemelen bahçede gezinmek ya da en sevdiği içeceği içmek gibi kendi kendine küçük sevinç kaynaklarını yaratacak durumda olmaz. Ayrıca fazla dolu olması nedeniyle korktuğu bir kuvvet ya da sürekli pop müziği çalınması gibi kendini rahatsız eden pozisyon, durum veya eşyalardan kaçınamayabilir. Kendi kendine uyarıcı eylemleri gerçekleştiremeyen bunamalı bir insan için bu durum tek kişilik bir hücrede kalmaya benzetilebilir. Öte yandan fazla veya uygun olmayan uyarım da korku ve paniğe yol açabilir. Bazı hastaların, sadece televizyon izledikleri veya koltukta oturup çevrelerini seyredibildiklerinde memnun olabildiği gerçeğini de göz ardı etmeyin. Bazı insanlar bunu, olup bitene etkin olarak katılmaya tercih eder. Haliyle hastanın geçmişte neyi yapmaktan hoşlanıp hoşlanmadığını düşünmeniz gerekir. Öte yandan hastanın bu ilgileri değişmiş te olabilir. Dolayısıyla tüm etkinlikler daima o özel durumdaki kişisel gereksinimlere uyarlanmalıdır.

En sık yapılan hatalardan biri de her gün ya da her hafta aile fertlerinden bir başkasının hasta ile ilgilenmesidir. Örneğin bunamalı annelerine nöbetleşe bakan beş kardeş, nöbetlerini uzun aralıklarda devretmelidirler, ya-

ni mümkünse 3-4 aylık aralıklarla nöbet değişimi yapılmalıdır. Bunamalı olan hastanın dönüşümlü olarak ev değiştirmesinden ziyade, bakım veren insanların aynı eve gelmeleri daha doğru olur. Hastanın **nelerden hoşlanıp hoşlanmadığı** konusundaki izlenimlerinizi belgelemeyi de yararlı bulabilirsiniz. Bu işi yaparken hastanın kültürel geçmişini göz önünde tutun. Hastanın hangi etkinlikleri kendi başlattığını, hangilerine davet edilmekten hoşlandığını da gözleyin. Kimi insanlar bir etkinliği başlatmaktansa, başkalarının başlattığı bir etkinliği katılmayı tercih edebilir. Belli etkinliklerin hangilerinin uygulandığını, ne sıklıkla uygulandığını ve ilgili kişinin tepkisinin ne olduğunu not edip; bu notlar doğrultusunda olabilecek en yüksek düzeydeki yaşam kalitesine yönelik kişisel bir bakım planı tasarlanabilir. Bunun amacı, diğer bakıcılara hastanın yaşam kalitesinin korunabilmesi için yardım sunmaktır. Tabii bu değerlendirmeyi belli aralıklarla tekrarlamak gerekir çünkü hastanın yeni ilgileri ortaya çıkıp yeni etkinliklerde bulunmak isteyebilir. Örneğin şu gibi notlar çok işe yarayacaktır:

- Küvette banyo yaparken, suyun sıcaklığı ve derinliği ne olmalı?
- Hastanın küvetteki oturma pozisyonu hangi diklikte olmalı?
- Küvette banyo yapmak yerine duş almak mı daha uygun?
- Banyo şampuanı kullanılmalı mı-kullanılabilir mi?
- Haftanın birkaç günü mü, yoksa daha seyrek mi banyo yapmalı?

- Sabahleyin mi, akşam mı banyo yapmalı?
- Küvette masaj fiskeyi kullanmalı mı?
- Küvete girmeye yarayan bir 'lifter' mı kullanmak gerekiyor?
- Duş sandalyesi yardımcı olur mu?
- Suyun basıncını değiştirmeli mi?
- Duş başlığının yüksekliğini değiştirmeli mi?
- Saçı, duş alırken ya da küvette banyo yaparken değil de bir leğende yıkamak mı daha uygun?
- Otururken başı geriye doğru yaslamaya elverişli özel bir leğen mi kullanmalı?
- Daha yumuşak bir şampuan mı kullanmalı?
- Berberden randevu alınmalı mı?
- Saçı tarayıp fırçalarken yumuşak bir fırça mı kullanmalı?
- Hastanın olup bitenini izleyebilmesi için bir ayna kullanmalı mı?
- Daha az tarayıp fırçalamayı veya daha az kestirmeyi gerektiren bir saç modeli mi uygulamalı?
- Saçı daha uzun süre mi tarayıp, fırçalamalı?
- Saç modeli seçerken hastanın fikrini almalı mı?
- Daha yumuşak bir diş fırçası mı kullanmalı?
- Diş macunu markasını değiştirmeli mi?
- Elektrikli diş fırçası mı kullanılmalı?
- Tırnak bakımını tedavi edici bir etkinliğe mi dönüştürmeli?
- Tırnakları kesmek yerine törpülemeli mi?
- Oje kullanmalı mı?
- Oje rengini değiştirmeli mi?
- Kişinin yanında otururken elini tutmak mı, yoksa elini tutmamak mı daha iyi oluyor?
- Hasta kucaklanmaktan hoşlanıyor mu?

- Masaj yaptırmalı mı (el, boyun, ayak, omuz, beden)?
- Masajda krem kullanmalı mı?
- Elektrikli masaj cihazı veya koltuğu kullanılmalı mı?
- Sallanan sandalye bulundurmalı mı?
- Tespih, el egzersiz topu gibi yardımcı araçlar kullanmalı mı?
- Değişik nesne ve kumaşları içeren bir “dokunma kutusu” hazırlamalı mı?
- Hastanın en sevdiği müzik albümlerini edinmeli mi?
- Hasta için özel anlama sahip müziklerden oluşan bir CD hazırlamalı mı?
- Yatma zamanında sakinleştirici müzik (örneğin ney taksimleri) çalmalı mı?
- Banyo yaparken müzik çalmalı mı?
- Kişiye özel bir “mp3 çalar” vermeli mi?
- Hastanın odasına, esintide sallanan bir şey asmalı mı?
- Hastanın odasında en sevdiği bitkiler bulundurulmalı mı?
- Hasta çiçeklerin bakımına yardım etmeli mi?
- Hastayla, özel odasına çiçek seçmesi için düzenli aralıklarla çiçekçiye gitmeli mi?
- Eskiden kalma veya “ona benzer” yeni bir bez bebek bulundurmalı mı?
- Hastanın odasına fotoğraf kolajları veya posterler asmalı mı?
- Takıları ortaya çıkarmalı mı?
- Renkli kum saatleri, oyuncaklar bulundurmalı mı?

- Şeker, ikolata vs. yemeli mi?
- En sevdiği tatlıları seçmesi için tatlıcıya götüröl-
meli mi?
- Aile ve arkadaşlarını hastayla birlikte bir içki iç-
meleri konusunda cesaretlendirmeli mi?
- Özel kokular (kolonya, parfüm, traş losyonu gi-
bi) kullanılmalı mı?
- Hasta parfümünü/traş losyonunu kendi seçebilir
mi?
- Bir sohbetin odak noktasını oluşturmak üzere bir
'hatıra albümü' kullanmalı mı?
- Hastayı, çevresindeki diğer insanlarla bir araya
gelmeye yönelik cesaretlendirmeli mi?
- Hastanın hatırladığı kişisel veya duygusal öneme
sahip bir takım konuları sohbet için kullanmalı
mı?
- Değişik kişileri ziyarete gelmeleri konusunda ce-
saretlendirmeli mi?
- Ev hayvanlarını getirmek konusunda aileyi cesa-
retlendirmeli mi?
- Gerçek bir hayvaninkine benzeyen tüyleri olan
bir oyuncak hayvancık almalı mı?
- Odada özel televizyon bulundurmalı mı?
- Kullanımı kolay bir uzaktan kumanda verilmeli
mi?
- TV dergisinden önemli olan programları işaret-
lemeli mi?
- Hasta şarkı söylemeli mi?
- Eşlik edilebilen şarkı kayıtlarını bulundurmalı
mı?
- Büyük puntolarla yazılan şarkı sözlerini bulun-
durmalı mı?

- Şarkı grubuna, koroya katılmalı mı?
- Dans etmeli mi veya adım atmayı unutmuşsa daha doğaçlama şeyler yapmalı mı?
- Müzikle egzersiz yapmalı mı?
- Düğün, parti gibi önemli olayların kaydedildiği videoları izlemeli mi?
- Bayramlarda geleneksel aile toplantılarına katılmalı mı?
- Toplu oynanan oyunlara (tombala, domino, tavla, kağıt oyunları, vs) katılmalı mı?
- Kendisini ifade etmek ve iletişim kurmak için resim yapma fırsatı verilmeli mi?
- Yabancı bir dilde şarkı söylemeli, film izlemeli ya da konuşmalı mı?
- Topla ya da balonla oyun oynamalı mı?
- Kadınlara makyaj yapmalı veya saçlarıyla ilgilenilmeli mi?
- Giyim seçme konusunda cesaretlendirmeli ve de seçimi kolaylaştırılmalı mı?
- Kişinin odasına okunaklı açıklamaları olan fotoğraflar asmalı mı?
- Aile fertleri ya da arkadaşları gösteren, isimleri yazılı fotoğraflar asmalı mı?
- İlgiye göre kitap seçenekleri bulundurmali mı?
- Kitap, dergi ve gazete okumalı ya da karıştırmalı mı?
- Günlük ya da haftalık bir dergi ve/veya gazeteye abone ettirmeli mi?
- Hastaya her akşam yatmadan kitap okumalı mı?
- Her sabah gazeteden ilgisini çekebilecek haberleri hastaya okumalı mı?
- Kolay yapboz oyunları yapmalı mı?

- Yetişkinlere hitap eden yapboz oyunları bulundurulmalı mı?
- Basit el işleri yapmalı mı (işleme, örgü örme, halı dokuma, yontma gibi)?
- Toz almak, yatak örtmek, çekmece düzeltmek gibi basit ev işlerine yardım etmeli mi?
- Yemek masasını hazırlamalı mı?
- Grup spor etkinliği bittikten sonra da egzersizleri uygulamayı kendi başına sürdürmeli mi?
- Bahçe işleri, yemek yapma, veya geçmişe ilişkin sohbet grupları gibi toplantılara katılmalı mı?
- Hastayı ilgisine hitap eden bir gruba katılma konusunda cesaretlendirmeli mi?
- Küçük bir grupla mı başlamalı ?
- Dart, satranç, tavla, domino, dama türü oyunlar oynamalı mı?
- Dini toplantılara katılmalı veya başkalarıyla ibadet etmeli mi?
- Dışarı çıkmalı, yürüyüş yapmalı ya da tekerlekli sandalyeyle dolaştırılmalı mı?
- Hastanın koluna girip eşlik etmeli mi?
- Güzel havalarda dışarıda oturmalı mı?
- Güneş şapkası, güneş gözlüğü, güneş şemsiyesi kullanmalı mı?
- Araba veya otobüs gezisi yapmalı mı?
- Hasta, ailesi veya arkadaşlarıyla bir geziye götürülmesi konusunda cesaretlendirmeli mi?
- Aile ve arkadaşlarını evlerinde ziyaret etmeli mi?
- Belli bir inanç grubu ile ibadete katılmalı mı?
- Umumi yerlere gitmeli mi (tiyatro, mağaza, park, alışveriş merkezi, müze gibi)?

- En değerli gümüşlerini, porselenlerini kullanmalı mı?

Bunamalı bir insanın dünyasına dalıp hayatının bu tür şeylerle nasıl değişip güzelleşeceğini düşünmek çok yararlı olabilir. Etkinliklerin bazıları hastanın bizzat eylemini gerektirmemeli, bazıları ise aktif olarak katılımını teşvik edici olmalıdır. Bazen de bir bunama hastasının ihtiyaç hissettiği tek şey, yanında birinin “bulunması”dır. Ailenin sevgi dolu ilgisi, hastayı sorumluluklarından ve etkinliklerinden hızla uzaklaştırmak şeklinde olmamalıdır. Yetenekler kullanılmayınca körelir ve aşırı yardım hastayı “öğrenilmiş çaresizlik” içine sokabilir. Hastanın kalan tüm yetileri için çaba göstermesi gerekir. Aynı koltuk değneği ile yürüyebilen bir insanı tekerlekli sandalyede gezdirmenin yanlışlığı gibi.

Beynin kendini düzelten, öğrenen bir mekanizması olduğunu hep akılda tutarak, hastanın problem oluşturan bazı davranışlarının aslında düşünme ve bağımsız hareket etme dürtüsünden kaynaklanabildiğini unutmamak gerekir. Hastanın mevcut olan yetileri doğrultusunda, etkinliklere olası katkıları hep göz önünde bulundurulmalıdır. Bunama hastasının bakıcılarına aşırı bağımlı olması, onları göremediklerinde sürekli seslenmeleri; aslında bakıcıların onlar için bir çeşit güvenlik örtüsü işlevini taşımalarından kaynaklanmaktadır. Bakıcısı onun dünya ile olan bağlantısıdır. Hastanın ürkütücü, karmaşık ve sinir bozucu olabilen dünyasını kabulleniş tarzınız, onların sizin düşmanınız değil dostunuz olduğunuzu anlamalarını sağlayacaktır. Bu bakım işlerinden ailenin belli bir bireyinin sorumlu olmasını sağlayın. Tabii ki farklı bireylerin farklı alanlarda sorumlulukları

olabilir. Yapıcı bir biçimde düşünerek, yeniliklere açık olup dünyaya bunamalı bir insanın gözüyle bakarak; mümkün olan en iyi bakıma ulaşılabilir. Hastalığın en ağır dönemlerinde bile sevdiğiniz insanın neşeli, rahat ve yaşamın anlamının farkında olması sağlanabilir. Hatta yaşamının son günlerinin, yaşamının en güzel günleri olması sağlanabilir. Bu görev oldukça zor ancak aynı zamanda zahmete değer bir yolculuk gibidir.

Burada, yeri gelmişken internette bulduğum bir mektubu hatırlatmak istiyorum:

Sevgili oğlum, sevgili kızım,

Beni, çok yaşlanmış olarak kabul ettiğin gün, bana karşı daha sabırlı olmaya ve beni anlamaya çalış. Eğer, yemek yerken üstümü kirletirsem, eğer giyinmekte güçlük çekersem, sabırlı ol! Sen küçükken, sana bir şeyler öğretmek için geçirdiğim saatleri hatırla. Eğer, sık sık duş almayı ihmal edersem, beni azarlama ve bunun çok ayıp olduğunu söyleme bana. Sen çocukken, seni yıkayabilmek için ne bahaneler uydurduğumu hatırla.

Yeni teknoloji karşısında şaşkınlığımı gördüğünde, benimle alay etme, anlamam için zaman bırak bana. Eğer başıma unutkanlık gelirse veya bir konuşmayı sürdüremezsem, hatırlamam için zaman ver bana ve eğer bunu başaramazsam, sinirlenme ve küçümseme. Zira benim için en önemli şey, seninle olmak ve seninle konuşmaktır.

Eğer bir şeyi onlarca defa tekrar edersem, sözümü kesme! Dinle beni! Sen küçükken, her akşam uyuyana kadar sana hep aynı hikayeyi anlatmamı isterdin. Ve ben bunu yapardım! Benim zavallı ayaklarım, bir gün, eskisi gibi yürümeme olanak vermezse, ilk adımlarını

atarken, benim sana yaptığım gibi, sen de bana yardım et.

Ve eğer bir gün sana, artık yaşamak istemediğimi, ölmek istediğimi söylersem, kızma; zira, bir gün zamanı geldiğinde, sen de bunu anlayacaksın! Muayyen bir yaş-tan sonra, yaşamının zorluğunu anlamalısın. Yaşanma-ya çalışılıyor.

Benim yaşlılığım ve durumumla ilgili olarak kederli, mutsuz olmak ve elinden bir şey gelmiyor diye üzölmek zorunda değilsin. Benim yanımda olmak, benim yaşadığımı anlamaya çalışmak, sen doğduğunda benim yaptığım gibi, elinden gelenin en iyisini yapmak zorundasın.

Yürümeme yardım et, yaşamımı, sevgi ve sabırla tamamlamamda bana yardımcı ol. Bunun için sana teşekkür anlamında yapabileceğim tek şey, bir tebessüm ve sana olan sevgimdir.

Seni seviyorum oğlum, Seni seviyorum kızım...

Annen, baban

5

NE ÇARE?

Bunama Önlenebilir mi?

Güzel bir soru aslında. Genetik, hayat tarzı, beslenme ve çevre gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak gelişen yaşlanma, yani zaman içinde vücudumuzda gelişen yıpranma birçok hastalığı da beraberinde getirir. İnsanların yaşlanma hızları arasında farklar vardır. Artık koruyucu tıp çağında yaşıyoruz. Madem ki kanserden, bulaşıcı hastalıklardan, şişmanlıktan korunabiliyoruz; neden bunamadan da korunmayalım ki? Aslında tüm koruyucu tıbbın sadece birkaç temel kuralı var. Bunları tüm yaşamımızda kendimize yol gösterici olarak seçmemiz bizi birçok beladan kurtaracaktır. Nedir peki bu kurallar?

Birincisi, atalarımızın daha yüzlerce yıl önce farkına vardıkları bir kural: “İşleyen demir pas tutmaz”. Yani beynimizi sürekli çalışır halde tutmamız gerekiyor. Çalışmak, gazete-kitap okumak, düşünmek, seyretmek; ama bunları hep sınırlarımızı zorlayarak yapmamız gerekiyor. Mesela mektuplar yazarak, şiirler ezberleyerek, bilmece çözerek, puzzle yaparak, hobilerimizi sürdürerek; yani sürekli bir zihinsel mücadele içinde olarak. Bundan, elimiz ayağımız tutmasa bile asla vazgeçmemeliyiz. En iyisi de çalışma hayatından hiç uzaklaşmamaktır.

Bugün bazı şirketler çalışanlarının zihinlerini zinde tutmak için, bilgisayar oyunları yardımı ile beyin egzersizi yaptırıyor. Bilgisayar oyunlarının beyni nasıl etkilediğini anlamak için bugüne dek yapılan çalışmalara göre; bunlar dikkati arttırıyor ve çalışan belleği güçlendiriyor. Bu arada zihinsel kapasiteyi güçlendirecek daha az tartışmalı ve daha zevkli yollar da var. Örneğin birç

oynamak veya bir müzik aleti çalmak da beynin birçok merkezini aynı anda çalıştırıyor.

Bir diğer çalışmaya göre ise zengin bir sosyal yaşam, katılımlı etkin bir hayat bunamaya karşı koruyor. Alzaymır hastalığından ölen sosyal çevresi çok geniş 90 yaşındaki bir kadının beyni üzerinde araştırma yapan bilim adamları, kadının sahip olduğu geniş sosyal çevrenin, onun beynine alzaymır hastası olduğunu fark ettirmeyen güçlü bir “zihinsel rezerv” sağladığını bulmuşlar. Bunun nasıl olduğu bir gizem, ancak arkadaşlar ve aile ile etkileşimde bulunmak görülüyor ki beyni daha verimli yapıyor. Kaldı ki günümüzde akıllı cep telefonları üzerinden sürekli olarak multimedya bombardımına maruz kalan insan, eskiye göre çok daha fazla entelektüel ve sosyal uyarı alıyor. Çevredeki uyaranların değişmesi adına, gidiş-gelişlerde farklı yolları kullanmak ve atalarımızın “Tebdil-i mekanda sıhhat vardır!” sözüne uygun olarak, kısa uzaklıklara bile olsa seyahat etmek önerilebilir. Devamlı televizyon seyretmenin kötü etkileri ise zaten çoktan ortaya konmuş bir gerçektir.

Son yıllarda entelektüel etkinliklerin bunamaya karşı esneklik kazandırdığı fikrini destekleyenlerin sayısı artıyor. “Zihinsel rezerv” olarak nitelendirilen bir zihinsel yedekleme sayesinde, beyin hafif bir fiziksel çöküş karşısında dahi işlevini sürdürebiliyor. Yani beyin diğer fiziksel sorunlara karşın, çalışmasını sekteye uğratmamak için elinden geleni yapıyor. Örneğin yeni bir dil öğrenmenin bunamayı geciktirici etkisi olduğu biliniyor. İnternette arama yapmak yaşlanan beyni, bir kitap okumaktan çok daha fazla uyarıyor. Bilgi aramak, bir şey satın almak veya oyun oynamak için internette girin. Bu-

nun beyninize ne kadar yararı olacağı bilinmiyorsa da pasif uğraşlardan daha iyi olduğu muhakkak.

Bir çalışmaya göre zihinsel etkinlik düzeyi, bunama hastalarının beyinde görülen plak ve yumakların ötesinde; zihinsel gerilemenin %15'inden sorumludur. Aynı çalışmada ileri yaşlarda sık zihinsel etkinlikte bulunan bireylerde, gerilemede %32'ye varan bir azalma tespit edilmiştir. Oysa zihinsel etkinliklerde bulunmayanlarda, gerileme hızı orta düzeyde zihinsel etkinliklerde bulunanlardan %48 oranında daha yüksek bulunmuştur.

Doğal olarak pek çoğumuzun, aldığımız eğitim düzeyi ile ilgili artık herhangi bir değişiklik yapma şansı bulunmayabilir. Fakat zihinsel rezervin okul ile bir ilişkisi yoktur, mesleki ve özel yaşamımızdaki entelektüel etkinliklerimize bağlıdır. Yabancı bir dili öğrenmeye başlayabilir, bir müzik aleti çalmayı öğrenebilir, resim-bahçecilik-dans gibi yeni bir uğraşı edinebiliriz. Yani zihinsel rezerv yaşam süresince değiştirilebilir, zihinsel yetenekleri kontrol altına almanın ve korumanın yaşı yoktur. Görmeye ve işitmeye yardımcı cihazlar da doktorlar tarafından önerilir önerilmez, yani 50'li genç yaşlarda hemen takılmalı. Eğer görmemiz çok iyi ve bunu yaşlandıkça koruyorsanız, bunaklık gelişme şansı şaşıllacak şekilde, %63 düşüyor. Eğer görmemiz zayıfsa, kalan yaşamınızda göz muayenesi ve olası tedavi için doktora sadece bir kez gitmeniz, bunaklık olasılığını yaklaşık aynı miktarda azaltıyor.

Yakınları olarak ise yaşlıların yapabildikleri her işi desteklemek, günlük etkinlikler ve ev işleri ile meşgul olmalarını sağlamak çok önemlidir. Kişinin yeteneklerini mümkün olduğu kadar uzun süre korumasını destek-

lemek için bir plan yapmak gereklidir. Hayat mücadelesi sırasında başkalarına bağımlı olan kişilerde değersizlik hisleri gelişebilir. Bu nedenle yaşlılarımıza kendileri için bir şeyler yapma fırsatını ve kolaylığını sağlamak; onları hem acizlik duygusundan uzak tutar, hem de bakım veren yakınının iş yükünü azaltır. Huzurlu, sakin ve baskısız bir ortam da, kişinin becerilerini en iyi şekilde kullanmasına olanak sağlar.

İkincisi, son yıllarda fiziksel egzersizle de beyin yaşlanmasının önüne geçilebileceğini öğrendik. Ama atalarımız bunu yine yüzyıllarca önce fark etmişler: “Sağlam kafa sağlam vücutta bulunur!” 60 yaştan sonra veya bu yaşlarda açıklanamayan kilo kaybı alzaymır hastalığının işareti olabilir. Bir araştırma, kadınların bunama öncesi en az 10 yıl kilo kaybı ile başlayan bir hastalık geçirdiğini gösteriyor. Kiloları eşit olan kadınlar arasında, bunama gelişimine devam edenlerin otuz yıl içinde zayıfladıkları ve alzaymır hastalığı olmayan kadınlardan ortalama 5.5 kg daha az kilolu oldukları görülmüştür. 60 yaşından sonra açıklanamayan kilolar konusunda doktorunuzla konuşun. Beyniniz kilolu olmanızı dikkate alıyor. Bir araştırma, normal kilolu olanlara göre obez kişilerin %8, fazla kilolu olanların ise %4 daha az beyin dokusuna sahip olduklarını ortaya koymuştur ki bir bilim adamına göre şişmanlık alzaymır hastalığı riskini büyük ölçüde artırıyor.

İleri yaşlarda ortaya çıkan kilo kaybı da beynimizi yaşlandıran en önemli etkenlerden biridir, özellikle kas kitlemizin azalmasına (sarkopeni) asla izin vermemeliyiz. Yaşamlarında egzersize yer verenlerde, ileri yaşlarda entelektüel çöküş riskinin daha az olduğu gözleniyor. Bunun için de egzersiz alışkanlığını 40’lı yaşlardan itiba-

ren edinmek gerekiyor. Mesela her gün en az 1 saat açık havada kollarınızı sallaya sallaya yürümeniz veya en az 20 dakika yüzme-yoga-aerobik egzersiz yapmanız bile yeterli olabilir.

Üçüncüsü, beslenme düzenine çok dikkat etmeliyiz. Son yıllarda milli gelirin artması ve okullardaki beslenme destekleri gibi önlemler sayesinde insanların daha iyi beslendiği biliniyor. Artık günümüzde beslenme yetersizliğinin değil, aşırı beslenmenin yarattığı sorunlar ön planda. 20. yüzyılın ilk yarısında doğan insanlardan farklı olarak, daha sonraki kuşaklar giderek şişmanlıyor. Kısaca söylemek gerekirse, reklamlarda gördüğümüz renk ahenk paketi olan her şeyden uzak durmalıyız.

Şeker hastalığı ise son yapılan araştırmalara göre bunamayı tetikleyen çok önemli bir hastalık. Öyle ki bazı doktorlar alzaymırdan “beyin diyabeti” olarak bahsediyor. Eğer diyabet yani şeker hastalığı iyi yönetilebilir ve kandaki şeker oranı sürekli kontrol altında tutulabilirse, zihinsel hastalıkları yaşama riski de bir hayli azaltılabilir. Yani aslında tüm meyve ve sebzeleri mevsiminde tüketmeli, turfanda gıdalara dadanmamalı, derin dondurulmuş gıdaları azaltmalı, doğal ve bitkisel ağırlıklı ürünleri tercih etmeli ve tabii kararında yemeliyiz. Katı yağlar yerine sıvı yağlar tüketmeliyiz, tabii sigaradan da uzak durmak şartıyla.

Belirli gıdalar, belleğin zayıflamasını yavaşlatan antioksidanları beyninize gönderir. Bunun için tüm meyve ve sebzeler iyidir ancak bunlar arasında kara ahududu, mürver ağacı meyvesi, kara üzüm ve yaban mersini en önde gelir. Çikolatanın ana maddesi kakao, güçlü kalp ve beyin koruyucu özelliklere sahip flavanoidler denilen çok yüksek antioksidan yoğunlukları içerir. Sıcak kakao

içmek beyne kan akışını arttırır. Toz kakaodaki flavanoidler, sütlü çikolatadaki iki katına sahip olan siyah (dark) çikolatadaki flavanoidlerin iki katını içerir. Beyaz çikolatada sıfırdır. Sirkeyi de salatalarınıza ve yemeklerinize mutlaka ekleyin, her tür sirke işe yarar. Ben de şimdilik kaydı ile; en ideal beslenme şeklinin, tercihan organik meyveler, sarı-turuncu-yeşil yapraklı sebzeler ve ton-somon gibi yağlı balıklar, fındık, ceviz, baklagiller, zeytinyağı ve biraz şarap açısından zengin olan Akdeniz diyeti olduğunu söyleyebilirim.

Yaş ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan hastalıklara bağlı kısıtlamaların; alabildiğimiz gıdaların çeşitliliğinde yarattığı azalmayı ise bir takım tamamlayıcı doğal tıp ürünleriyle, yani haplarla (mesela vitamin B12 gibi) gidermek, yerine koymak için doktorumuza danışmalıyız. Makul miktarda (günde 1 kadeh) kırmızı şarap tüketiminin de bunamayı geciktirdiği biliniyor, ancak aşırı alınan alkolün bunama ihtimalini artırdığını göz önüne alarak alkol tüketimimizi kısımalıyız. Kahve de beyin yaşlanmasına karşı bir güçlendirici olarak ortaya çıkıyor. Antiinflamatuvar olup beyinde kolesterolün hastalık etkilerini durdurmaya yardım ediyor ve tümü bunamayı destekleyen inme, depresyon ve diyabet risklerini azaltıyor. Kahve, sinir hücresi ölümünü durduran yüksek antioksidan ve kafein içermekte. Çoğu kişi için iki veya dört fincan günlük kahve alımı zarar vermiyor ve yardımcı oluyor.

Toz halindeki köri, yapısında bellek azalmasını geciktirdiği bildirilen kurkumin bulunan sarı-portakal renkli hint safranıdır. Bir araştırma, az miktarlarda bile köri tüketen Hintlilerin kavrama testlerini daha iyi yaptıklarını gösteriyor. Kurkuminin, algılamının düşüşünü

yavaşlatmak için alzaymırı tetikleyen amiloid plakları oluşumunu engellediği ve mevcut plakları yavaş yavaş yok ettiği iddia ediliyor. Haftada iki üç kaşık sarı renkli köri tüketilmesi veya yemeklere serpilmesi öneriliyor.

Kanıtlar, çayın da alzaymır hastalığından önce gelen algılama kaybını önlediğini gösteriyor. Çay yaprakları, kana geçen ve beyinde nöronal hasarı önleyen bileşikler içeriyor. Belirli miktarda yeşil çay antioksidanı, beyin hücrelerini öldüren beta-amiloid plaklarını engelleyebiliyor. Normal ve yeşil çay içimine önem verin. Süt çayın antioksidan etkinliğini %25 azaltabiliyor, süt eklemeyin.

Dördüncüsü, huzur ve keyif. Yani, “Günü yaşayın!” Tabii huzura ulaşmanın yolunun insanın kendi aklından geçtiğini unutmamak gerek. Mesela, meditasyon tekniklerinin insan beynini yaşlanmaktan koruduğu çok iyi bilinen bir gerçek. Bu tekniklerde insan önce kendi vücudunun farkına varmayı, ardından çevresinin farkına varmayı; daha sonra da bu farkındalığı kendi vücudunu kontrol etme düzeyine ulaştırmayı hedefliyor. Bir bakıma evrensel huzurun bir parçası olmaya çalışıyor.

Uykusuzluk beyin hücreleri için zehirleyicidir. Uyku, bellek kaybı ve alzaymır hastalığına karşı beyninizi korumakta şaşırtıcı güçlere sahiptir. Bir araştırma, ortalama beş veya daha az saat gece uykusunun, şeker hastalığına ve alzaymıra yol açan obeziteye sebep olabilen tehlikeli karın bölgesi organlarının büyük ölçüde yağlanmasıyla doğrudan ilgili olduğunu göstermiştir. 8 saatlik bir uyku yeterli bir dinlenme için şart, ancak uyku süresi yeterli olmazsa; bunun yanı sıra şekerlemeler yapmak, meditasyon, masaj, banyo, yeşil çay gibi yardımcı yöntemlerden de yararlanılabilir.

Biliniz ki süregelen gerilim yaşlı insanların bellek azalması ve bunaklıktan korunmasızlığını arttırıyor. Anti-depresan kullanımı, gevşeme tekniklerine ve diğer tedavi biçimlerine erken başlanması halinde bellek kaybına yol açabilecek gerilim önlenabilir. Çalışma hayatından uzaklaşmayın ama stresten uzaklaşın. Çok kullanılan bir kalıp olsa da “Günü yaşayın!” yani her günün keyfini çıkarın. Yaşlıları da eğlendirmek, güldürmek lazım. Bunun için oyunlar oynanabilir, şakalar yapılabilir ve şarkılar söylenebilir. Gülmenin, telaş içinde ve huzursuz olma halini %20 azalttığı biliniyor. Bu oran, ilaçların sağladığı etkiye eşdeğer; üstelik hiç bir yan etki olmaksızın.

Beşincisi ise sağlık, yani sağlık durumumuz. Yüksek tansiyonun, şeker hastalığının, kolesterol ve lipit yükseklığının bunama ihtimalini artırdığı biliniyor. Demek ki ilerlemekte olan yaşımızla birlikte ortaya çıkabilecek olan tıbbi sorunların çözümünü geciktirmemek de erken yaşta bunama sorunuyla karşılaşmamak için alabileceğimiz önemli bir önlem. Ayrıca kafa darbeleri de bu ihtimali yükseltebildiği için, emniyet kemeri ve kask gibi şeyler kullanarak kazalar sonucu oluşabilecek kafa yaralanmalarına karşı korunmak da gerekiyor. Yani yaşam tarzımızı da yaşımıza uygun hale getirmemiz gereklidir. Ruh sağlığı da önemli bir faktör, mesela 80-84 yaş arasında intihar oranının diğer yaşlardakinin iki katı olduğu biliniyor. Aksi doktorunuz tarafından istenmedikçe, ilerideki bunaklık ve inme risklerinin başladığı menapoz döneminde hemen östrojen almaya başlayın.

Bilimsel araştırmalar, sağlıklı kan damarlarının ileri yaşlarda zihinsel işlevlerin yolunda gitmesinde kritik bir rol oynadığını gösteriyor. 1970’li yıllardan bu yana batı

lkelerinde kalp damar hastalıklarının azaldığı biliniyor. Bunun nedeni büyük bir olasılıkla sigara, yüksek kolesterol ve hareketsiz yaşamın doğurduğu tehlikelerle ilgili daha büyük bir farkındalığın oluşması ve tansiyonu kontrol altında tutan ilaçların daha yaygın bir şekilde kullanılmasıdır. Bir çalışmada, insanların beyinlerindeki kan dolaşımı incelendiğinde; 1970’li yıllardan sonra doğan insanların daha sağlıklı kan damarlarına sahip olduğu görülmüştür.

Ve **altıncısı** ise yeni bir gelişme. Bunama hastalarının beyninin PET görüntüleme ile metabolizma düşüklüğü olduğu gösterilmiş bölgelerine uygulanacak manyetik uyarıcı seansların; metabolizma düşüklüğünü ortadan kaldırarak hastalığın iyileşmesine katkıda bulunacağı ileri sürülmektedir. Son yıllarda NeuroAD System tarafından geliştirilmiş bulunan, zihinsel eğitim ile birlikte uygulanan tekrarlayıcı Transkranial Manyetik Stimulasyon (rTMS) yöntemi; alzheimer hastalığında emin ve etkili bir tedavi yöntemi olarak tavsiye edilmeye başlanmıştır.

Manyetik uyarıcı tedavi ile beyin dokusu metabolizmasının arttığı SPECT ve PET çalışmaları ile ispatlanmıştır. Bu metot dünyada 3-4 yıldan beri uygulanmaktadır; hastalığın belirtilerinde ve kendisinde önemli düzelmelere yol aarak hastaya çok şey kazandırabileceği gibi, bilinen hiçbir yan etkisi de yoktur. Neuronix firmasının “Non Invasive Cortical Enhancer” (NICETM) adlı teknolojisi “hafif ve orta ağırlıktaki alzheimer hastalığı” için CE onaylı olup; günde 1 seanstan haftada 5 gün olarak 6 hafta boyunca ve ikame döneminde de 3 ay boyunca iki haftada bir olmak üzere, toplam 54 seans olarak uygulanmaktadır.

Bunamaya Karşı Hangi Besinleri Tüketmeliyiz?

Aslında bilim adamlarının dediği şu: “Kalp için yararlı olan, beyin için de yararlıdır!”

B vitamini: Bu vitamin başlıca et, balık, yağsız süt, yoğurt, muz, yeşil yapraklı sebzeler ve kuru baklagillerde vardır. Eksikliğinde, beyin ve beynin emirlerini uygulayan sinir sisteminde; çeşitli derecede hasarlar oluşur. Özellikle orta yaşta, el ve ayaklarda yanma ve iğnenme gibi duyu kusurları oluşur.

E vitamini: Başlıca havuç, ıspanak, ilek, ceviz, badem, domates, koyu yapraklı yeşil sebzeler, yer fıstığı ve bitkisel yağlarda bulunur.

A vitamini: Balık yağı, tereyağı, krema, peynir, yumurta sarısı, havuç, brokoli, patates, yeşil yapraklı ve sarı yapraklı sebzeler, tahıllar ve kaysıda bulunur.

D vitamini: Karaciğer, balık, yumurta, tereyağı ve mantarda bulunur. Bu vitaminden vücudun faydalana bilmesi için, güneş ışığına çıkmak da gerekir.

Karbonhidratlar: Unlu ürünler, baklagiller, patates, muz ve elma karbonhidrat bakımından zengin besinlerdir. Beynin tek enerji kaynağı olan şeker de bu gruptandır.

Ayrıca balık yağlarından, **Omega-3** ve bitkisel yağlardan **Omega-6** da hayati önem taşır. Bu yağlar bunama yanı sıra, baş ağrılarına ve konsantrasyon bozukluğuna da iyi gelir.

Bunamaya Başlamış Bir İnsan Ne Gibi Önlemler Alabilir?

Bunama hastalığı insanların %5'inde 40'lı 50'li yaşlarda başlayabilir. Üstelik bunamaya başlayan kişinin yaşam süresi de tahmin edilemez ve bu hastalık yaklaşık 10 yıl kadar ilerleyebilir. Hastaların genç bir aileleri, kariyerleri vardır. Hatta bunama hastasına bakım veren kişinin kendisi bunamaya başlamış olabilir. Bilmeniz gerekenler yalnız olmadığınız, aktif olmak için pek çok yol olduğu ve hastalığın her insanı farklı şekilde etkileyip farklı bulgulara yol açabildiği gerçekleridir.

Kendiniz için ne yapabilirsiniz?

- İyi ve kötü günleriniz olabileceğini bilin.
- Hikayenizi paylaşın. Kendinizi ifade edin ve çevrenizdekileri eğitin. Deneyimlerinizi paylaşın.
- Hastalığınızın yol açtığı değişiklikler hakkında açık açık konuşun.
- Yasal ve ekonomik konularda profesyonel yardım alın.
- Sağlığınıza koruyup, stresinizi azaltın.
- Evde ve dışarıda güvenliğinizi sağlayacak önlemler alın.
- Aktif olun ve güzel hatıralar oluşturmaya devam edin.

En Çok Unuttuklarınız: İsimler, sayılar, tarihler. İstenmeyen şeyler. İşinize gelmeyen olaylar. Zorlukla öğrenilmiş tam olarak kavranmamış konular. Kısa sürede ve zorla yaptığınız şeyler. Başarısızlıklarınız. Rastgele

edindiğiniz bilgiler. Yorgun, hasta, bıkkın ya da sıkıntılı anlarda öğrenilenler. İnançlarınıza ve ön yargılarınıza ters düşen şeyler. Kullanılmayan bilgiler. Yeni yaşantılar edinildikçe eskileri unutulur.

En Az Unuttuklarınız: Güzel olaylar. Yatmadan önce gözden geçirilenler. Kavramak için zaman zaman ara verilerek öğrenilen bilgiler. Üzerinde zaman zaman konuşulan konular. Bireyi doğrudan ilgilendiren konular ve olaylar. Kazanılan başarılar. Bireye anlamlı gelen konular. Sık sık kullanılan bilgiler. Çocuklukta kazanılan ve bellekte kalıcı izler bırakan bilgiler.

Eşinize veya birlikte olduğunuz insana yardımcı olmak için neler yapabilirsiniz:

- Katılabildiğiniz kadar çok etkinliğe katılın. Rahat edeceğiniz ve hoşlanacağınız uyarlamaları yapın.
- Birlikte yapabileceğiniz yeni uğraşlar bulun. Bazen aynı durumdaki bir çiftle arkadaş olmak yeni destek yollarını açığa çıkarabilir.
- Eşinizle size hangi konularda nasıl yardımcı olabileceğini ve neleri kendi başınıza yapabileceğinizi konuşun.
- Eşinizle ileride gerekli olacak bakım hizmetleri, bunların giderleri vs konusunda konuşup kayıt altına alın.
- Profesyonel danışmanınızla ilişkinizdeki rol değişimlerini ve cinsel sorunlarınızı konuşun.
- Eşinizle baş başa kalabileceğiniz yollar geliştirin.

Ekonomik konularda ne yapabilirsiniz:

- Eğer ailenin asıl geliri sizin kazancınızdan oluşuyorsa, ailenizi şimdi ve gelecekte nasıl geçindi-

rebileceğinizi düşünmeniz gerekir. Gelecekteki sağlık harcamalarınızı da öngörmeniz gerekir.

- Konunun yol açtığı stres ve korkunun ekonomik planlamayı geri plana itmesine izin vermeyin, geleceğinizi planlayarak stresi azaltabilirsiniz.
- İyi bir mali danışman ve avukatla halihazırdaki ve gelecekteki yatırımlarınızı, sigortalarınızı ve emeklilik planlarınızı konuşun. Uzun vadeli bir yaşam sigortası yaptırmanın hâlâ mümkün olup olmadığını öğrenin.
- Devletin sosyal güvenlik ve sosyal yardım olanaklarını öğrenin.
- Hala çalışmakta iseniz, emeklilik ve kişisel sağlık ve işgücü kaybı sigortalarınızın yapılıp yapılmadığını öğrenin.
- Ekonomik ve diğer önemli dokümanların hepsini bir yere toplayın. Eşinizle bunların üzerinden geçin. Borçlarınızın ve alacaklarınızın kaydını tutun.
- Bu süreçlere aileden kimlerin katılması gerektiğine karar verin.
- Taşınma, ulaşım, beslenme, tedavi gibi konularda ne gibi devlet yardımlarını almaya hakkınız olduğunu öğrenin.
- Ne gibi emekli kuruluşlarının ve vakıfların yardımından faydalanabilirsiniz öğrenin.

Yasal sorunlar hakkında ne yapabilirsiniz:

- Yasal planlarınız için iyi bir avukatla çalışın.
- Gerekeceği zamanlar için, sizin sağlığınız ve ekonomik durumunuz hakkında önemli kararları verecek kişiyi yasal olarak tespit edin.

- Bu kişiye gelecekteki kararlarınızı, ne zaman yaşamınızın artık uzatılmamasını istediğinizi, ter-cih edip etmeyeceğiniz tedavileri söyleyin.

Sağlığınız için neler yapabilirsiniz:

- Düzenli tıbbi kontrollerinizi yaptırın.
- Doktorunuzun onaylayacağı egzersizleri düzenli şekilde sürdürün. Bu stresle başa çıkmanızı ve moralinizi korumanızı kolaylaştıracaktır.
- Kafa travması geçirmemeye çalışın. Özellikle tekrarlayan ve bilinç kaybına yol açan kafa travmalarının bunama riskini artırdığı bilinmektedir. Bunu için araba kullanırken daima emniyet kemeri, spor yaparken kask takın ve evinizi düşme risklerine karşı yeniden yapılandırın.
- Yorulduğunuzda dinlenin.
- Sağlıklı beslenin.
- İlaçlarınızı önerildiği şekilde kullanın.
- Alkol kullanımını kesin.
- Yardıma ihtiyacınız olduğuunda istemeye çekinmeyin.
- Yaşamınızdaki stresi azaltın.
- Sosyal etkinliklerinizi sürdürün.
- Depresyon, endişe ve diğer ruhsal sorunlarınızda profesyonel yardım alın.
- Yeterli uykunuzu alın. Uykusuzluk veya uyku apneleri bellek ve değerlendirme gücünü zayıflatabilir.
- Bilinçli bir tüketici olun. Yaşadığınız zorluklara sihirli bir tedavi veya hızlı bir çözüm bulma ümidinin, doğru karar verme yetilerinizi önüne geç-

mesine izin vermeyin. Piyasada tıbbi veya sağlıkla ilgili bir sürü iddiası olan ama bu ifadelerin yanlış olduğu ve aslında muhtemelen sağlığınıza zarar verebilecek pek çok ürün bulunmaktadır. Yeni bir tedavi veya diyet ya da beyin oyunlarına başlayacaksanız, önce mutlaka güvenilir bir uzman hekim veya eczacıya danışın.

Bazı ipuçları:

- Duygu ve düşüncelerinizi bir günlüğe yazın.
- Duygularınızı aile bireyleriyle ve arkadaşlarınızla paylaşın, açık ve dürüst olun.
- Üzülmeye, yas tutmaya ve kederlenmeye de vakit ayırın.
- Aktarmak istediğiniz aile hikayenizi yazın. Geçmiş ve geleceği konuşacağınız aile toplantıları düzenleyin.
- Kimi insanlar rahatsızlıklarını dar bir çevre, kimi insanlar tüm tanıdıkları bilsin isteyebilir. Sizin için uygun gruba seçin.
- Tüm konuları bir oturumda konuşamayabilirsiniz. Eğer karşınızdakinin tepkileri sizi zorladıysa, konuyu ileri bir tarihe erteleyin.
- İletişim kanallarınızı hastalığınız ilerlediğinde de koruyun. Hem sizin, hem de çevrenizdekilerin duygu ve düşünceleriniz zaman içinde değişebilir.
- Çevrenizdekilere hâlâ aynı insan olduğunuzu hatırlatın. Hasta da olsanız sizi sevdiklerinize yakınlaştıran şeyler baki kalacaktır.

Rol değışiklikleri ve yol açtığı duygulara yönelik ne yapabilirsiniz:

- Bağımsızlığınızın kaybı: Bazı sorumluluklarınız zaman içinde başkalarına devredilmelidir.
- Azalan müdahale: Aile bireyleriniz sizin varlığınız ve geribildiriminiz olmadan da yaşamak hakkında konuşmalı ve planlar yapmalılar.
- İlgi: Çevrenizdekileri bakımınız ve daha önce yüklendiğiniz sorumluluklarınızla rahatsız ettiğinizi düşünmemelisiniz.

Bazı başa çıkma yöntemleri:

- Tanımlama: Daha zor gelen işlerin listesini yapın. Günlük yaşamınız için daha önemli olan etkinliklere odaklanın.
- Öncelik sırası: Eğer bir işin yapılması şartsa, yardım istemeyi düşünebilirsiniz.
- Strateji: Günlük bir rutin geliştirin ve her seferinde bir işe girişin.
- Aktif ve olayların içinde olun.
- Bağımsızlığınızı ve iyi durumda olmanızı en üst düzeye çıkaracak zorluklarla yüzleşin.
- Yaşamınızın kontrolünü elinizde tuttuğunuzu hissedin.

Stresi azaltma yöntemleri:

Bunamalı olmak kimi zaman yıpratıcı hale gelip sağlığınıza ve işlevselliğinize zarar verebilir. Stresi azaltmak odaklanma, karar verme yetilerinizi ve yaşam kalitenizi artıracaktır.

- Yaşamınızdaki stres kaynaklarını belirleyip, mümkün olduğunca bu durumlardan uzak durun.

- Kendinize sınırlar belirleyin ve çevrenizdekilerin bunları öğrenmesini sağlayın. Neyi kaldırıp neyi kaldıramayacaksınız, bu konuda mümkün olduğunca açık olun.
- Çevrenizi değiştirin. Aşırı uyaran olan ve sizi geren bir ortadaysanız, bir ara verin ve dinlenecek bir köşe bulup, sonra tekrar o ortama dönün.
- Negatif enerjisi olan, kötümser insanlardan uzak durun.
- Bırakın gitsin! Bir şey size çok zor geliyorsa, onu tamamlamanız şart mı yoksa daha sonra geri dönüp yapabilir misiniz, değerlendirin.

Bunama Hastasının Yakınları Ne Yapabilir?

Hastaların en az %80'inin evinde yaşadığı göz önüne alınırsa, bakımlarının yakınlarının sorumluluğunda olduğu ortaya çıkmaktadır. Hastanın güvende ve iyi olduğundan emin olabilmek 7 gün, 24 saatlik bir iştir. Bu sorumluluklar arasında evin temizliği, alışveriş, para hesapları, ilaçların kullanımı, yeme-içme-banyo-giyinme gibi günlük etkinliklere yardım, hastanın güvenliğinin sağlanması ve şeker-kalp hastalığı gibi diğer sağlık sorunlarının öngörülmesi sayılabilir.

Hastanın bakımı için gereken giderleri aile karşılamazsa ne olacak? Hastanın bu giderleri karşılayacak bir sağlık güvencesi var mı? Bunamalı hasta çalışmaya devam edebilecek mi, aynı geliri elde edebilecek mi? Eşinin geliri hastanın giderlerini ve ailenin giderlerini

karşılamaya yeterli olacak mı? Ailenin aradaki farkı kapatabilmek için nereye başvurması gerekecek? Bunların tümü aslında cevap bekleyen çok önemli sorular...

Tüm bu önemli sorulara cevap bulma sürecine hastanın da katılması en doğal hakkıdır. Bu durumda yakınımızı, hastalığı hakkında açık olarak bilgilendirmek en doğrusu olacaktır. İlerideki günlerde onu nelerin beklediği konusunda açıklamalar da yapılabilir ama hem tıbbi olarak hekimlerin ve hem de sosyal olarak dostlarının-sevenlerinin bunlara çeşitli çözümler bulacağını belirterek. Yani umut kapısını asla kapatmadan.

Bunamaya başlamış kişiler sosyal iletişim kurmak için cesaretlendirilmeliler. Bu yaşam kalitesini artıracak ve kimlik duygusunu destekleyecektir. Çok kalabalık olmayan sosyal ortamlarda bulunmaya teşvik edilmeliler.

Bunama hastaları kendi giyinmeleri için de teşvik edilmeli ve kolay giyilen giysiler tercih edilmelidir. Temizlik alışkanlıkları hatırlatılmalı ve gerektiği kadar yardım edilmelidir. Unutulmamalı ki zaten 80 yaş üstündeki normal insanlar bile, kendi kendilerine yıkanamayabilirler.

Hastaların yaşadıkları ortamlardaki eşyaları ve bu eşyaların yerleri değiştirilmemeli. Ayrıca hastalar hatırlatma araçları kullanmaya özendirilmeliler. Listeler, takvimler yapmalılar; üzerinde günlerin ve öğünlerin isimlerinin yazılı olduğu ilaç kutuları kullanmalılar.

Bunama hastalarının yaşadıkları ortamlar darbeye engel olacak şekilde düzenlenmeli. Yalnız yaşıyorlarsa uygun elektronik uyarı cihazları kullanılmalı. Bakıcıları varsa özel eğitimden geçmeleri sağlanmalı. Islak zeminlerde kayarak düşmelerini önleyici değişiklikler yapılmalı. Paça boyları ve terlikleri düşmeye neden olmayacak şekilde değiştirilmeli.

Bunama hastalığına yakalanmış birine bakmak yorucu bir görevdir. Bu nedenle hastalıkla başa çıkmak için alınabilecek her türlü yardımı almak gerekir. Bakılan kişi tedavi edilebilir bir sorun yaşamıyorsa bile, hastalığın tıbben iyileştirilebilecek yönleri ya da bakım verenin durumla başa çıkmak için alabileceği yardımlar bulunabilir.

İlaç tedavisinden daha öncelikli olarak; ailenin tamamının kenetlenip, özellikle manevi anlamda hastaya destek olmasının ve bu yükü ailece paylaşmasının önemini vurgulamak isterim. Ayrıca unutulmamalıdır ki her hastalıkta olduğu gibi bu hastalıkta da en iyi tedavi hastaya verdiğiniz mutluluk, manevi rahattır. Hasta ek bir endişeye kapılmadan yakınları ve dostları ile yaşamını sürdürebildiğini görünce; gelecekte hiç kimseye bir anlam ifade etmeyen şeyler yapacak olursa, yakınlarının onun davranışlarını anlayacağını düşünüp huzur bulacaktır.

Hastalar ilaçlarına başladıklarında, hasta olduğunu kabul etmeyecek ve midesini rahatsız eden bu ilaçları almak istemeyecekler. Bazen sizi bile hatırlamayan hasta, her zaman o hapları ağzında bekletip siz arkanızı döndüğünüz anda çıkartabilecek bir potansiyele de sahiptir.

Hasta yakınları sağlık kuruluşlarından, sosyal yardım kuruluşlarından, vakıf ve dernek gibi sivil toplum örgütlerinden, dostlarından yardım istemekten çekinmemeliler; sosyal çevreleriyle bağlarını sürdürmeliler ve mutlaka kendilerine zaman ayırmaya çalışmalılar. Bilişsel, davranışsal veya egzersiz terapileri alabilirler. Çünkü hasta yakınlarında gelişecek sağlık problemleri ve sosyal problemler hastalarının alabileceği desteğe de engel olacaktır.

Bu bağlamda hastayı izleyen hekim ve kurum ile işbirliği içinde olmak önemlidir. Bunun dışında alzaymır hastalığı ve diğer bunama hastalıklarıyla ilgilenen sağlık personeli, hastalar, hasta yakınları ve gönüllüler tarafından 1997 yılında kurulmuş olan Türkiye Alzheimer Derneği veya Alzheimer Vakfı ile de işbirliği yapılabilir.

Bunama Hastasının Bakımı İçin Ne Gibi Seçenekler Var?

Ülkemizde %80'e yakın oranda bunama hastalarına evde bakılır, hastalığın son evresinde ise hastalar bakımevlerine yerleştirilirler. Hastanın artık yalnız başına yaşamasının mümkün olamayacağı noktanın gelip gelmediğini bir kaç soruyla anlayabilirsiniz:

- İlaçlarını düzenli kullanıyor mu?
- Kaybolma ve kaza tehlikesine karşın dışarıda dolaşıyor mu?
- Ocağı açık ya da üstünde yemek varken unutuyor mu?

Bunama hastası olan kişinin bakımının nasıl yapılacağına karar vermek aile ve hasta yakını için zor bir durumdur. Bu zor karar şu seçeneklerin değerlendirilmesini gerektirmektedir:

- Hastayı yatılı bir bakım tesisine, huzurevine yerleştirmek

- Gezici evde bakım hizmeti veren özel kuruluşlarla, hastabakıcı, akraba veya komşularla vs. desteklenecek şekilde evde bakım ve desteğe devam etmek
- Gündüzleri aralıklı olarak yaşlı kreşi veya gündüz bakımevi kullanmak

Her ailenin kendine özgü tercih, ihtiyaç ve sınırlarını göze alarak karar vermesi gerekmektedir. Hastanız ve sizin için hangi bakım yönteminin en iyisi olduğuna karar verirken; hastanız hakkındaki tıbbi gerçekler ve gereklilikler kadar; kendi sağlık durumunuz, duygularınız ve ihtiyaçlarınıza da dikkat etmelisiniz. Bu kararı vermenizde size yardımcı olabilecek bir takım önemli noktalar şunlardır:

- Bunama hastalığı olan kişinin ihtiyaç duyduğu bakım ve yardımın derecesi hastalığın ilerlemesiyle artar.
- Bu hastalıktan etkilenen kişi istek, dilek ve yakınmalarını ifade etmede her geçen gün daha da zorlanır.
- Saldırganlık gelişmesi durumunda, bakımı üstlenen hasta yakınları kendilerini fiziksel ve ruhsal olarak zorlayacak bir süreç ile karşı karşıya kalabilirler.
- Hasta sizin kim olduğunuzun, kendisinin kim olduğunun ve nerede bulunduğunun giderek daha az farkında olabilir.
- Üzerinizdeki yük, ek yardım almadan başa çıkmayacağınız kadar büyükse ve gezici evde yardım imkanlarına erişiminiz yetersiz kalmakta ise yatılı bakım hizmetlerini seçebilirsiniz.

- Uygun yatılı bakım tesisinin seçiminde ilk ve önemli bir adım; bakım, sosyal destek ve gözetim konusunda hasta için ne gibi ihtiyaçlar bulunduğunun ve bu ihtiyaçların söz konusu kurumda ne derecede karşılandığının netleştirilmesidir.
- Tesisin avantajlarını (örn. engelsiz yaşam önlemleri ve asansör) ve olası dezavantajlarını (örn. alışılmış ortamın kaybedilmesi ve yeni ortamda yer-yön bulmanın zorlaşması) iyi değerlendirmelisiniz.
- Yaşlı çiftlerin temel bakım ve tedavi imkanlarının kapılarına kadar geldiği bu tesislerde olabildiğince uzun süre birlikte ve bağımsız yaşamaları sağlanabilmektedir. Buralarda egzersiz ve yürüyüşlere çıkılması gibi farklı bireysel ve/veya özel gruplar halinde etkinlikler de yapılmaktadır. Ayrıca kişisel yaşam alanları kendilerine ait, tanıdıkları mobilya ve gündelik eşyalarla da donatılabilmektedir.
- Bir takım hizmetlilerden düzenli olarak ev işlerinde yardım, yemek hazırlanması ya da kişisel hijyen ve temizlik gibi konularda yardım alabilirsiniz. Ayrıca bazı şehirlerde yirmi dört saat evde profesyonel bakım hizmeti almak gibi daha gelişmiş ama daha pahalı bir seçenekte vardır.
- Gezici evde bakım hizmeti veren bakım ekipleri ilaçların verilmesi, pansuman ve iğne yapmak gibi tedavi ve hemşirelik görevlerini de üstlenebilirler.
- Akraba ve komşularınızdan da gece nöbeti veya araba ile hastanın taşınması gibi konularda yardım alabilirsiniz. Hastalık, kaza, bakıcıların tatile

çıkması gibi önlem alınması gereken durumlarda; gezici hizmet ekiplerinin yerine bakacak başka bakım görevlileri organize edilmelidir.

- Siz bedensel veya ruhsal olarak hastanın bakımını, destek olunmasını ve dikkat edilmesini üstlenemeyecek durumdaysanız veya kendi işiniz, kariyeriniz ve hayat planlarınız önemli ölçüde kısıtlanmakta ise yatılı bakım hizmetlerini seçebilirsiniz
- Evde hastanın tek başına hareket edebileceği güvenli bir alan veya profesyonel bakıcılar tarafından çok yönlü bir bakımın uygulanması gerektiğinde kullanılabilecek ek alanlar bulunmayabilir.
- Hasta kendi evinde tehlikeli durumlarla karşılaşabilmekte (örneğin geceleri) ve tek başına yaşamamakta olabilir.
- Hasta yaşadığı yerin izole konumu nedeniyle sosyal yaşama katılamamakta ise profesyonel ve çok yönlü bir bakımevi, hastanın sosyal yaşama katılması ve etkinleştirilmesinde evde bakıma göre daha uygun olabilir.
- Hastanızın sürekli profesyonel bakım gerektiren başka sağlık sorunları olabilir.
- Hastanızı bakımevine yerleştireceğinizde; kendisini “terkedilmiş” hissedeceğini düşünerek, suçluluk veya tedirginlik hissediyorsanız, psikolojik destek alabilirsiniz.
- Yaşadığınız yere yakın ve ihtiyaçlarınıza cevap veren bir bakım evi bulunamadığı için hastanızı yeterince ziyaret edemeyecek duruma düşebilirsiniz.
- Tabii ki aylık bakım maliyeti, hastanın ve sizin bu bakıma ayırabildiğiniz bütçeyi aşmamalıdır.

- Hastanızın ilgi alanları, alışkanlıkları, sevdiği ve sevmediği durumlar mutlaka bakımı yapacak görevlilere söylenmeli ve bu konulara dikkat etmeleri bir şekilde sağlanmalı-kontrol edilmelidir.

Yapılan uluslararası değerlendirmeler yaşlıların olabildiğince kendi evinde ve bağımsızlığını sürdürerek yaşamalarının sağlanmasının gereği üzerinde durmaktadır. Ulusal yaklaşımlar da “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı” stratejilerinden biri olarak “yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması” olarak tanımlanmıştır. Araştırmalar yaşlı bireylerin de olabildiğince uzun süre kendi evlerinde yaşamayı tercih ettiklerini göstermektedir. Bu hizmetlerin yaşlının evde bakımını sağlamanın yanı sıra hastane bakımına göre daha ekonomik olduğu da bilinmektedir. İyi bir evde bakım hizmeti alan yaşlılarda hastaneye başvuru sıklığının azaldığı, ilaç uyumunun arttığı, tedavi programlarına daha iyi uyum sağlandığı bilinmektedir.

Evde bakım hizmetinin hedefi yaşlı bireyin yaşamını mümkün olduğunca bağımsız sürdürmesine olanak sağlayacak şekilde yaşadığı ortamda gereksinim duyduğu tedavi ve bakımın planlanmasıdır. Bu hizmetler bireyin sağlık gereksinimlerinin karşılanması yanı sıra bireysel bakım gereksinimlerini, yaşadığı ortam ile ilgili gereksinimlerini, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini de kapsamalıdır. Evde bakım hizmetleri, tıbbi etik, toplumsal etik kuralları ve hasta hakları mevzuatına uygun olarak sunulmalıdır. Hizmet sunumu sırasında etkin, saygılı ve destekleyici iletişim kurulmalıdır. Bu hizmetleri vermesi beklenen sağlık ekibi içinde hekim, hemşi-

renin yanı sıra bireyin gereksinimi doğrultusunda fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen gibi diğer alanlardan uzmanlar bulunmalı ve bütüncül bir yaklaşım ile hizmetin sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Evde bakım sürecinin aşamaları; veri toplama, gereksinimleri belirleme, tedavi ve bakım planı yapma, uygulama ve değerlendirmedir. Yaşlı bireyin evde değerlendirilmesi; sağlık durumunun belirlenmesi, sosyal durumunun belirlenmesi, bakımında yer alan kişilerin değerlendirilmesi, yaşlı bireyin gereksinim duyduğu hizmetlerin saptanması ve yaşlının yaşadığı ortamın değerlendirilmesi olarak beş başlık altında yapılmalıdır.

Hasta Yakınlarınızı Bir Bakımevine Yerleştirmek İçin Olası Nedenler:

- Sınırlarınızın Zorlanması
 - Bakımın üzerinize getirdiği yük, ek yardım almadan başa çıkamayacağınız kadar büyüktür ve gezici yardım imkanları yetersiz kalmaktadır.
 - Hastanın davranışları tepkisel, saldırgan ya da sizi zorlayıcı olmaya başlamıştır.
 - Siz bedensel veya ruhsal olarak hastanın bakımını, destek olunmasını ve ona dikkat edilmesini üstlenemeyecek durumdasınızdır.
 - Artan bakım gereklilikleri nedeniyle kendi işiniz, kariyeriniz ve hayat planlarınız önemli ölçüde kısıtlanmaktadır.
- Altyapı ve Evinizin Mekânsal İmkanları
 - Evde hastanın tek başına sizin dikkat etmeniz gerekmeden hareket edebileceği güvenli bir alan yoktur.

- Hasta kendi evinde tehlikeli durumlarla karşılaşabilmekte (örn. geceleri) ve tek başına yaşayamamaktadır.
- Evde profesyonel bakıcılar tarafından çok yönlü bir bakımın uygulanması gerektiğinde kullanılabilecek ek alanlar bulunmamaktadır.
- Yaşadığı yerin izole konumu nedeniyle hasta severek yaptığı halde sosyal yaşama (örn. kafe ziyaretleri) katılamamaktadır.
- Güvenlik ve Yapısal nedenler
 - Bakımevlerinin hastalara daha güvenli, daha iyi yapılandırılmış bir bakım ve kontrollü bir ortam sunduğunu düşünüyorsunuzdur.
 - Hastanızın sürekli profesyonel bakım gerektiren diğer sağlık sorunları vardır.
- Etkinleştirme ve Yaklaşım
 - Profesyonel ve çok yönlü bir bakımevinin, hastanın sosyal yaşama katılması ve etkinleştirilmesinde evde bakıma göre daha uygun olduğunu düşünüyorsunuzdur.
 - Hasta halen yalnız başına yaşayabilmektedir ama sosyal yaşama katılımı çok az düzeydedir.

Hasta Yakınlarınıza Evde Bakım Vermek İçin Olası Nedenler:

- Hastanın İstikrarını Korumak
 - Hastanın durumunun bakımevinde tanıdık ortamına göre daha hızlı bir şekilde kötüleşeceğinden korkuyorsunuzdur.
 - Hastanızı bakımevine yerleştirdiğinizde, kendisini “terkedilmiş” hissedeceğini düşünerek, suçluluk veya tedirginlik hissetmektesinizdir.

- Bakımevinin Durumu, Maliyeti ve Erişilebilirliği
 - Hastanızı yerleştirmek istediğiniz tesislerin uzun bir bekleme listesi bulunmaktadır.
 - Yaşadığınız yere yakın ve ihtiyaçlarınıza cevap veren bir bakım evi bulunmamaktadır ve bu nedenle hastanızı yeterince ziyaret edemeyeceğinizi düşünmektesinizdir.
 - Aylık bakım maliyeti hastanın bütçesini aşmaktadır.
- Kişisel Yaklaşım
 - Hastanızın, bakımevinde evde olduğundan daha az özel ilgi göreceğinden endişeleniyor olabilirsiniz.
 - Hastanızın ilgi alanlarına, alışkanlıklarına, sevdiği ve sevmediği durumlara çok fazla dikkat edilmeyeceğini düşünebilirsiniz.

Yalnız Yaşayanlar Konusu:

Yalnız yaşayan insanlar şu kategorilerden birine girerler:

- Yalnız yaşamalarına rağmen yakınlarda yaşayan akraba ve arkadaşlarından sık destek alanlar
- Yalnız yaşamalarına rağmen uzakta oturan çocuk veya torunlarından bakım alanlar
- Yardım veya takip desteği alabilecekleri hiçbir yakın akraba veya arkadaşı olmayanlar, en çok tehlike altında olan işte bu son gruptur.

Bunamada İlaçla Tedavi Mümkün mü?

Bunama tedavisi geniş kapsamlı ve uzun solukludur. Hastalıktan korunmak için genel sağlığa da dikkat edilmelidir. Tansiyon yüksekliği, kolesterol yüksekliği gibi kalp hastalığı riskleri; bunama için de risk faktörleri olduğundan kontrol altına alınmalıdır. Beyin kılcal damarlarının tıkanması, şeker hastalığı, hormonal bozukluklar, B1 ve B12 gibi vitamin eksiklikleri, folik asit eksikliği, tiroid hastalığı, damar sertliği gibi hastalıklara karşı ilaçlar yardımıyla önlem alınarak; bunamanın ilerleme hızı yavaşlatılmaya çalışılır. Ancak şunu da belirtmek istiyorum ki, B12 vitamini ve folik asit kullanımının bunamayı düzelttiğine dair henüz geçerli bir kanıt olmasa da; özellikle B12 vitamininin yaşlılarda beyin küçülmesini önlediğini ve zihinsel işlevlerdeki bozulmayı yavaşlattığını savunanlar var. Oxford Üniversitesi araştırmacıları, yeterince B12 vitamini alamayan beynin küçüldüğünü ve eksikliğin nöronlar etrafındaki yağlı koruyucu miyelin kılıfını lime lime ederek beyin küçülmesine yol açtığını buldular. 40 yaşından sonra günlük 500 ile 1000 mg B12 vitamini alınız.

Tabii bunamanın ilaçla tedavisi derken, bunamanın tedavi edilebildiğini söylemek istemiyorum. Ne yazık ki günümüzde bunamayı tam anlamıyla tedavi edecek, yani hastanın zihinsel yetilerini tam olarak eski normal haline getirecek bir tedavi yok. Yani, bunama ilaçla iyileştirilebilen bir hastalık değildir. Tedavi ile hedeflenen, hastanın hayat kalitesini mümkün olduğunca yükseltmektir. Yakınmalar zamanla değişiklik gösterdiğinden, doktorlar yeni problemler ortaya çıktıkça tedaviyi buna

göre yeniden düzenlerler. Önerilen ilaçlar hastalığı durdurmaz; fakat yakınmaların ilerleme hızını birkaç ay, hatta yıl yavaşlatabilir ve hastaların yaşam kalitesini düzeltebilir. Bunama hastalarında yıllardır kullanmakta olduğumuz, beyindeki “haberci” adını verdiğimiz kimyasal maddeleri arttıran pek çok ilaç var tabii ki... Bunları asetil kolin eksikliğini düzenlenmeye çalışanlar (donepezil, rivastigmin, galantamin) ve antiglutamaterjik ajanlar (memantin) olarak sınıflandırıyoruz. Bu iki grup ilaç, bulguları farklı yollarla düzeltmeye çalışarak hastaya yardımcı olabilmektedir. Söz konusu ilaçları kullanan hastaların ancak yarısında bellek ve düşünme problemleri azalmaktadır. Yoksa hastalığın altında yatan nedenlerin tedavi edilmesi söz konusu değildir.

Asetilkolin esteraz inhibitörleri, sinir hücresi kaybı dolayısıyla azalan asetilkolin miktarının yeniden dengelemesini hedefleyen ilaçlardır. Bu ilaçların hastalık belirtilerini hafifleterek bellek işlevlerinin, düşünme-konuşma-karar verme süreçlerinin olabildiğince uzun süre korunmasına yardımcı olduğu ve böylece hastanın kendine bakabilmesini sağladığı düşünülmektedir.

Donepezil (Aricept, Aricept Evess, Alzancer, Doenza, Dement, Dozyl, Divare, Zhedon): Kolinesteraz inhibitörleridir. Alzaymır hastalığının tüm evrelerinde kullanılabilir. Günlük kullanım kolaylığı vardır. Hafif şiddette ishal, bulantı, kusma, iştahsızlık, uykusuzluk ve baş dönmesi gibi yan etkileri olabilir.

Rivastigmin Tartrate (Exelon, Exelon patch, Rivalxel): Diğer bir kolinesteraz inhibitörüdür. Alzaymır hastalığının hafif ve orta derecelerinde kullanılabi-

lır. Klinik denemeler hastanın bilişsel düzeyini ve günlük etkinlik performansını geliştirdiğini göstermektedir. Bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi önemli gastrointestinal yan etkilere neden olabilmektedir. İlacın cilde yapıştırılarak kullanılan transdermal formu yan etkilerini belirgin şekilde azaltmıştır.

Galantamine Hydrobromide (Reminyl, Razadyne): Alzaymır hastalığının tedavisi için geliştirilen ilaçlardan biridir. Hastalığın hafif ve orta derecelerinde kullanılabilir. Hastanın günlük performans ve düşünme yeteneği üzerinde yararlı etkiye sahip olduğu klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bulantı, kusma iştahsızlık, ishal ve kilo kaybı gibi yan etkileri görülebilmektedir.

Antiglutamaterjik ajanlar, kolinesteraz inhibitörü olmayan ve glutamat adı verilen kimyasal habercinin etkinliğini düzenleyen bir ilaçtır. Bu ilaç bellek ve öğrenme süreçlerine etkisi yanı sıra; hücre hasarını önlemeye yönelik olduğu için, daha çok orta ve ileri evrede kullanımı önerilmektedir.

Memantine (Ebixa, Cogito, Melanda, Memorix, Mexia, Ebitex, Namenda): Alzaymır hastalığının tedavisi için geliştirilen ilaçlardan biridir. Hastalığın her döneminde, özellikle de orta ve ağır devrelerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir. Hafif baş ağrısı, sersemlik, kabızlık, baş dönmesi, uyuklama hali gibi yan etkiler görülebilir.

Ayrıca bunamaya eşlik eden ruhsal sorunları (mesela depresyon için antidepresanlar) veya hareket bozukluklarını düzeltmeye (mesela Parkinson ilaçları), hormon seviyelerini düzenlemeye, geceleri yatakta geçirilen sürenin %40'ını uykusuz geçirmelerine yol açan uyku düzensizliklerini düzeltmeye, sürekli bacaklarını oynatmalarına yol açan karıncalanma hissine bağlı 'huzursuz bacak sendromu'nu tedavi etmeye, uyku kalitesini düşüren 'uyku apnesi'ne engel olmaya; yani hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik ilaçlar da var. Ancak tüm bu ilaçların yaşlılarda göze çarpan yan etkileri de var ve hangi ilacın kimde daha çok işe yarayacağını söylemek güç. Özellikle uyku düzenleyici ilaçların hastaların düşme riskini arttırdığını göz önüne almak gerek. Bu yüzden hastalar doktorlarıyla beraber hangi ilacın iyi geldiğini seçmelidir. Ayrıca mevcut ilaç listesine her geçen gün yeni ilaçlar eklenmeye de devam ediyor.

Halen araştırmaları süren ve ümit vaat eden ilaçlara gelince: Alzaymır hastalığındaki en önemli bozukluk olan plaklarda biriken amiloid proteinini, öncülü olan amiloid precursor protein (APP)'den kesip ayıran iki enzimi yani beta-secretase ve gamma-secretase enzimlerini bloke edecek ilaçlar ve hatta beta-amiloid'i beyinden temizleyecek antikorlar geliştirilmeye çalışılıyor. Bunlar arasında Bapineuzumab, Solamezumab öne çıkan isimler. Yine alzaymır hastalığındaki önemli bir diğer bozukluk olan tau proteinlerinin karmaşık yumaklar halinde katlanmasını önlemek üzere ve alzaymır hastalığındaki başka bir sorun olan beyin iltihabını önlemek üzere ilaçlar geliştiriliyor. İnsülin direnci ve beyin insülini ve şekeri işleme ve enerji üretme tarzının da alzaymır hastalığı ile olan ilişkisi incelenip yeni ilaçlar

araştırılmakta. Birçok ilaç şirketi, beyindeki nikotinik alıcıları devinime geçirecek, buna bağlı olarak da yalnızca asetilkolin düzeylerini arttırmakla kalmayıp, aynı zamanda yeni alıcıların üretilmesine de katkıda bulunacak ilaçlar üzerinde çalışıyor.

İlaçlar konusunda güncel gelişmeleri yakından takip etmek de önemli. Örneğin E vitamini, yararlı etkisi olduğuna dair çok az kanıt bulunduğu ve kanı sulandıran ilaçlarla etkileşime girdiğinden, artık pek önerilmemektedir. Hormon yerine koyma tedavisi ise güncel araştırmalar bir yararını saptamadığı; hatta kalp krizi, felç ve göğüs kanseri riskini arttırdığı için artık kullanılmamaktadır. Hastanın davranış bozukluklarını düzeltmeye yönelik antipsikotik ilaçların kullanımı ise ölümcül olabilen yan etkileri yüzünden hiç önerilmiyor, hatta uzun yıllardır bu ilaçların verilmekte olduğu hastalarda bile ilacın kesilmesi herhangi bir sorun yaratmıyor. Mesela diazem grubu ilaçların kullanımı, zihinsel işlevlerdeki yavaşlamayı arttırdıkları ve düşmeye yol açabildikleri için önerilmiyor.

Doktoru tarafından kendisine ilaç tedavisi olanağından söz edilen bir bunama hastası, henüz yakınmaları çok ağır düzeyde olmasa, yani doktora sadece birtakım endişeler ya da korkular nedeni ile başvurmuş olsa bile; doktorunun ilaç kullanım önerisini ve ilaç kullanımının olası yan etkileri konusunda anlattıklarını can kulağı ile dinlemeli. Böyle önemli bir konuda, çok küçük de olsa herhangi bir şansı kaçırmamak gerekir... Çünkü bunamanın başlangıcının 5 yıl geciktirilmesi, ortaya çıkmasını da %50 azaltır. İşte bu sebeple hastalığı önleyici tedbirler önemlidir ve bunamanın başlangıcını geciktiren veya yavaşlatan ilâçlar, hastalıktan korunma-

da da etkili olabilir. Halihazırda kullanılan ilaçların ise, bulgular ortaya çıktığında; ilaçları kullanmaya başlayanların en az yarısında bulguların kötüleşmesini 6 ila 12 ay geciktirdiği bilinmektedir.

İlaçlarla elde edilemeyen parlak bir tedavi olanağı ise, bunamanın sadece özel bir tipinde; Adams Hakim hastalığı yani normal basınçlı hidrosefali (beyin-omurilik sıvısında artış olması) tablosunun varlığında ve ancak ameliyat yolu ile elde edilebiliyor.

Bunamada Psikolojik Tedavi Mümkün mü?

Araştırmalar ve uygulamalardan edinilen deneyimler, örneğin, ilerleyen bunama vakalarında kullanılagelen “Gerçeğe Yöneltilim Çalışmaları” (ROT) diye adlandırılan egzersizler aracılığıyla; hastaların akıl ve mantık tarafından yöneltilen günlük becerilerini korumaya çalışılmasından vazgeçmenin uygun olduğunu göstermiştir. Şimdilerde sadece bunama hastalığına yakalanan insanı strese sokmadığı sürece bu tür çalışmalar uygulanmaktadır. Bu da, genellikle bunamanın ilk dönemlerinde söz konusudur. Bu dönemden sonra gerçeğe yöneltilim egzersizlerine devam edilmesi tüm taraflar için olağanüstü bir yük oluşturmaktadır.

Bunama tedavisinde uygulanabilen psikolojik yöntemler arasında müzikoterapi ile sanat tedavisi, zihinsel egzersizler, hatıra terapisi, onaylama terapileri ve hasta-ya bakım verenlere uygulanabilen zihinsel yeniden çerçeveleme terapisini sayabilirim. Bu tedaviler bazı huzu-

revlerinde veya günübirlik bazı özel merkezlerde uygulanabilmektedir. Söz konusu yöntemlerle hem hastalar, hem de yakınları için daha destekleyici ve gözetici olunabilmekte ve çok yararı olduğu bilinen evde bakımın birebir kişisel desteğine katkıda bulunulabilmektedir. Bu konuda psikiyatri hemşirelerinin de çok belirgin yararı olabilmektedir. Bunama hastasının normal iletişimi bozuk olduğu için, ağrı veya benzer bir fiziksel rahatsızlığını sinirlenerek anlatmaya çalışabilir. Sinirli bir bunama hastasının, olası bu tip yardımlar yönünden detaylı incelenmesi çok önem taşımaktadır.

Bunamada Etkili Alternatif Tıp Yöntemleri Var mı?

İlaç dışı yöntemler de aynı ilaçlar gibi bunamayı tedavi edememekle birlikte; depresyon- uyku düzensizlikleri- sinirlilik- saldırganlık- duyarsızlık gibi bulguları azaltarak hastanın yaşam kalitesini yükseltebilirler. Yararlı olduğuna dair bazı kanıtlar bulunan aromaterapiden ve açık bir kanıt bulunmayan masaj tedavisinden söz edilebilir.

Ayrıca bir grup “destekleyici diyet ürünü” ya da başka bir deyişle “tıbbi gıda” veya medyatik adıyla “doğal-organik tedavi ürünleri” belleği güçlendirdikleri ve bunamayı önledikleri, geciktirdikleri iddiası ile; üstelik bu tip bilimsel desteği olmayan abartılı tedavi iddialarının hukuk dışı olmasına rağmen sağlık bakanlığının denetimi dışında gıda ruhsatnamesi ile piyasaya sürülmüş durumdadırlar: Koenzim Q10, kaprilik asit, hindistan

cevizi yağı, koral kalsiyum, ginkgo biloba, fosfatidilserin, tramiprosate, Huperzine A ve omega 3 yağ asitleri bunamayı önlemek veya tedavi etmek amacıyla denenmektedir. Fakat bunların bunama hastalığında emin ve etkili bir şekilde kullanılmalarını önerebilmeye yeterli kanıt ve araştırma yoktur. Sağlıkları ve etikette belirtilen ajanları ne düzeyde içerdikleri de tümüyle üretici firmanın insafına kalmış durumdadır. Dahası bunlar ilaç değil de, destek gıdalar oldukları için tıbbi ilaçlar gibi tam olarak kontrol altında da değildirler. Bu yüzden bazı tehlikeli yan etkileri olabileceğini veya hastaların kullandığı diğer ilaçlarla ters etkileşime girebileceklerini unutmamak gerekir. Sonuçta bunların tümünün, hastadan sorumlu olan hekime danışmadan kullanılmaması gerektiği düşüncesindeyim:

Kaprilik asit (Ketasin, Axona) hindistan cevizi ve palmiye yağından elde edilmekte olup, kullanımı bunların yıkım ürünü olan keton cisimciklerinin beyin hücrelerine glukoz dışı alternatif bir enerji kaynağı teşkil etmeleri teorisine dayanmaktadır. Çünkü alzheimer hastalığında etkilenen beyin bölgelerinin glukoz kullanımının azaldığı bilinmektedir. Hastaların bellek testlerindeki başarı düzeyinin yükseldiği bildirilmiştir. Bazı insanlar bunun yerine **hindistan cevizi yağını** daha ucuz bir alternatif olarak kullanmayı tercih etmektedirler. Ancak bu ajan hakkında herhangi bir klinik çalışma yapılmamıştır.

Coenzyme Q10 (ubiquinone ve sentetik versiyonu olan idebenone) vücutta bulunan bir antioksidandır ve normal hücre etkinlikleri için gereklidir. Klinik çalışmalarda herhangi bir yarar gösterilemediği gibi, güvenli doz aralığı da bilinmemektedir.

Koral kalsiyum ise deniz canlılarının kabuğundan elde edilen bir kalsiyum karbonat türüdür. Diğer kalsiyum desteklerinin aksine içeriğinde başka mineraller de bulunmaktadır. Ancak bunama hastalığında klinik çalışmalarla gösterilmiş bir etkinlikleri yoktur. Sağlık çevreleri, saflaştırılmış kalsiyum ürünlerinin sadece kemik sağlığı açısından güvenli olduğunu belirtmektedir.

Huperzine A ise tıbbi ilaç olarak alzaymır tedavisinde kullanılan kolinesteraz inhibitörlerine benzer etkileri olan ve yıllardır geleneksel Çin tıbbında kullanılan bir yosun ekstresidir. Ancak klinik denemelerde herhangi bir yararı gösterilememiştir.

Omega 3 yağ asitleri uzun zincirli bir yağ asidi türüdür, docosahexaneoic asit (DHA) ve eicosapentaenoic asit (EPA) içermektedirler ve koroner kalp hastalığı ve inmeye yönelik yararları dışında; bunama hastalarında da DHA üzerinden sinir hücre zarını korudukları da iddia edilmektedir. Bu konuda yapılan klinik çalışmalarda bellek testlerinde hafif de olsa bir yararlı etki gösterilebilmiştir.

Fosfatidilserin de sinir hücre zarında bulunan bir tip yağdır. Soya ekstrelerinden elde edilmekte olup, klinik çalışmalarda ümit vaat etmektedir.

Tramiprosate (ViviMind) ise su yosununda bulunan bir amino asit olan Taurin'in bir formudur. Bu ajanın alzaymır hastalığındaki klinik etkileri henüz tam olarak çalışılamamıştır.

Daha Shakespeare döneminde otacılar, yaşlılardaki bellek yitimini, adaçayı ve oğulotu ile tedavi ederken, 2500 yıl önce Yunanlı doktor Hipokrat ise aynı sorunun çözümü için pelin otunu öneriyordu. Alzaymır hastalarında beyindeki iki tür asetilkolin alıcısından biri olan

nikotinik alıcılar da yok oluyor. Halihazırdaki ilaçlar beyinde asetilkolin düzeylerinin arttırılması yoluyla zihinsel sorunların giderilmesine yardımcı oluyor. Bitkisel ilaçların da aynı düzenden yararlanıp yararlanmadıklarını merak eden araştırmacılar, pelin otunun her iki tür asetilkolin alıcısına da (nikotinik ve muskarinik) güçlü bir biçimde ilişen kimyasallar içerdiğini buldu. Oğulotu da, türüne bağlı olarak ya iki alıcıdan birine ya da her ikisine bağlanabiliyordu. Ananas adaçayı, muskarinik alıcılara çok iyi bağlanabilirken normal adaçayı alıcılara pek iyi bağlanmıyordu. Kırmızı adaçayı da Sage ekstresi (Brahmi, Bacopa) adı altında incelenmiştir.

Bu grup içinde sadece, herhangi bir zihinsel işlev problemi bulunmayan kişilerde; belleği güçlendirdiği ve düşünme hızını artırdığı bilinen **Ginkgo Biloba**'nın, bellek zayıflığı yaşıyan kişilerin yanı sıra bunama hastalarına da faydalı olabileceği düşünülmektedir. Antioksidan ve antienflamatuar etkileri ile hücre zarını koruduğu ve sinir iletimi aracısı molekülleri düzenlediği iddia edilmektedir. Ancak bu konunun net bir şekilde kabul edilebilmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç duyuluyor.

Bunama Hastasıyla Başa Çıkabilmek İçin Ne Gibi İpuçları Var?

Öncelikle bir kaç önemli konuyu hatırlatmak ve ardından farklı konu başlıkları altında bir takım ipuçları vermek istiyorum. Kaygı ve endişe bunama hastalığının sebep olduğu zihinsel ve fiziksel kayıplara karşı gösterilen

doğal bir tepkidir. Sürekli değişen bir dünyada sorunları çözemeyeceği ve ihtiyaçları karşılayamayacağı düşüncesi her insanda olduğu gibi bunama hastasında da kaygı yaratır. Gerginlik, karmaşa ve güvensizlik duygusunun sebebi ise sorunları çözememek ve/veya ihtiyaçları karşılayamamaktır. Sinirlilik ılımlı bir ilk tepkidir ancak, hastanın bu duyguları fark edilip yatıştırılamazsa öfkeye doğru tırmanır. Hastanın konuşma ve iletişim problemleri de endişeyi-anksiyeteyi arttırır. Çok konuşsa da birkaç kelime etrafında dolaşıp durduğundan düşünce anlatamaz. Hasta kendini ifade edemediği için küfür bile edebilir. Hasta daha önce bir işi nasıl yaptığını hatırlamıyorsa, yetersiz ve beceriksiz görünmek istemiyorsa, artık yapamadığı bir şeyi yapmaya çalışıyorsa, artık daha yavaş düşünmesine veya hareket etmesine rağmen acele ettiriliyorsa, kendini yorgun ve kötü hissediyorsa, kendisine çocuk gibi davranılıyorsa, kendini emniyete hissetmiyorsa sizinle işbirliğine girmez. Yoksa sebebi inat ya da sizinle tartışmak değildir.

GENEL OLARAK

- Hastanın arkadaşları, akrabaları, torunları tarafından sık sık ziyaret edilmesini sağlayın.
- Eğer hastanın davranışlarında ani bir değişiklik olursa, fiziksel sağlığını değerlendirin.
- Hastaya sürpriz yapılmaması gerekir ve yanında sıkılğan olunmaması gerekir.
- Hastaların akşam yaklaşırken ve bakıcı değişimlerinde kafası karışık ve daha huzursuz olabilirler.

GÜVENLİK KONUSUNDA

- Bir bunama hastasını tehlikeli durumlardan korumak zorunlu olduğu kadar, onun yetkin kararlarına saygı göstermek de zorunludur. Ne yasalar ne de ahlak kuralları yetişkin bir insanın kararlarına karışma hakkını bize vermez. Genellikle, mümkün olduğunca bunamalı hastanın tercihlerine ve bağımsızlığına saygı gösterilmelidir. Bunamalı hastalar kültürel beklentilerine uygun bir şekilde, kalan kapasitelerinin elverdiği ölçüde; kendi kararlarını verme konusunda yüreklendirilmeliler. Yoksa özgürlük ve vakarlarına zarar vermiş oluruz.
- Kaza riskini tamamen yok etmek için, hastanın özgürlüğünü ciddi derecede kısıtlamanız ve yirmi dört saat boyunca göz altında olmasını sağlamanız gerekebilir. Tabii ki, bağımsızlık ve özgürlük ile güvenlik arasında bir denge oluşturmak gereklidir.
- Kol ve bacak bağları, el sargıları, yardımsız kaldırılamayan yatak üstü tepsileri, hastanın tek başına kalkamayacağı sandalye veya koltuklar gibi kısıtlayıcı unsurlar kullanılacaksa; bunların hasta için aşılması gerekli engeller gibi algılanabileceği için, hastayı gerilime sokabileceği ve huzursuzluğunu artırabileceğini unutmamak gerekir.
- Söz konusu kısıtlayıcıların ölüme, travmaya, düşmeye, fiziksel olarak zayıflamaya, inkontinansa, enfeksiyona, kalp problemlerine, beslenme bozukluğuna, susuz kalmaya, cilt hasarı ve yatak yaralarına neden olabileceğini de unutmamak gerekir.

- Hastayı yanlışlıkla kendisini yaralamasın diye ve deride oluşabilecek bası yaraları açısından yakından gözleyin.
- Bir bakıcı olarak kendinizi hastanın yerine koyun ve olabilecek tehlikeli durumları tahmin etmeye çalışın.
- Hastanın evden kaçışını önleyecek tedbirler alın. Pencere ve balkon kapılarına emniyet kilidi takın.
- Hasta için tehlikeli olabilecek olan araç ve gereçleri içeren yerlere açılan kapıları kilitleyin.
- Tehlikeli merdiven boşluklarına açılan kapıları kilitli tutun.
- Ev dışında güvenli bir dolaşma alanı yaratmak için bahçenizin etrafını, kapısı kilitlenebilir bir çitle çevirin.
- Araba anahtarları ile evin araç ve gereçlerinin bulunduğu yerlerin anahtarlarını iyi saklayın.
- Buzdolabını gıda bozulması açısından sık sık kontrol edin. Hastalar taze ve bozuk gıda arasında ayırım yapamazlar çünkü tat ve koku duyusu hem kullanılan ilaçlar ve hem de hastalık nedeniyle azalmış olabilir.
- Temizlik malzemelerinin gıdalarla karıştırılması için, bunları ayrı bir yerde tutun.
- Hastayı mutfakta yalnız bırakmayın.
- Özellikle mutfak ve banyodaki elektrikle çalışan cihazları ortalıktan kaldırın.
- Hastalar evin dekorasyonunun ve eşyaların yer değiştirmesinden rahatsız olabilecekleri için; evden tehlike oluşturacak eşyaları kaldırırken, anlayabildikleri şekilde, nazik bir yaklaşımla açıklamalar yapın.

- Gazlı ocağı, elektrikli bir ocakla değiştirin ya da gaz kaçaklarını tespit edecek bir güvenlik düzeneği kurun. Gece yatmadan önce gaz vanasını kapatın. Gerekirse gaz düğmesini sökün. Kibrit yerine elektrikli çakmak kullanın.
- Mutfak robotu, kahve makinası gibi çok parçalı aygıtları yatmadan önce sökün.
- Banyoda kapının anahtarını kaldırın. Kapıyı kilitleyip, sonra da açamayabilir.
- Tabureli bir duş kabini, genellikle küvetten daha güvenlidir.
- Evde kurulacak özel güvenlik algılayıcıları (hareket, ses, yardım isteği vs için) ile size internet ve telefon üzerinden uyarı gönderebilen ve/veya dilerseniz hastanın evine acil yardım gönderebilen firmalar vardır.
- Bunaması olan kişi kendini yaktı ya da haşladıysa yanık bölgesine, ciltteki ısmı ve ağrıyı azaltması için, en azından on dakika boyunca soğuk su uygulayın. Yüzük, saat, mücevher gibi sıkın şeyleri çıkarın. Herhangi bir merhem sürmeyin; doktorunuzla temas kurun ya da hastayı hastaneye götürün.
- Musluklardan akan suyun vücut ısmından daha sıcak olmasına izin vermeyin.
- Kırılabilircek eşyaları ve sert köşeli mobilyaları ortadan kaldırın.
- Yutulma ihtimali olan ufak cisimleri ortalıkta bırakmayın.
- Kapı ve pencerelerin kanatları dolaşım alanına taşmamalıdır. Duvarlara tutunma barları monte edilmelidir.

- Merdivenlerde dolu basamaklar, basamak burnu olmamalıdır. Basamak kenarlarına kaymayan renkli ve fosforlu yapışkan şeritler yerleştirilmelidir. İlk ve son basamakları farklı renklerde boyanmalıdır. Her iki yana duvardan 2,5-5 cm uzağa silindirik, uç kısımları içe dönük ve kolayca kavramayı sağlayacak; üst ve alt basamakta işaretli ve daha uzun olan (ilk ve son basamağın ilerisine giden) tırabzanlar konulmalıdır.
- Bütün kapılar eşiksiz olmalıdır.
- Yatak yüksekliği için diz kapağından yere olan mesafe ölçü alınmalıdır Yatağın kenarları, oturma pozisyonundaki bir kişi için çökme oluşmadan yeterli desteği verecek kadar sağlam olmalıdır.
- Koltuk ve sandalyelerde; kol dayama yeri oturma yerinin 18 cm. üstüne ve maksimum kaldıraç gücü için 2.5-5 cm ötesine gitmelidir.
- Elektriklerin olmadığı zamanlar için şarjlı ışık düzenekleri olmalıdır. Elektrik düzeneğine ilişkin her türlü düğme ve priz karanlıkta görülecek şekilde fosforlu olmalıdır. Yataktan ulaşılabilir şekilde yerleştirilmiş gece lambası veya elektrik düğmesi olmalıdır.
- Zihinleri karışık ve davranışlarını kontrol edemeyen bunama hastaları, bu durumlarından kurtulmak için intiharı düşünebilirler. İntihar planı yapmak çok zor olsa da kendilerine zarar verebilirler. Bu ihtimal her zaman ciddiye alınmalıdır.
- Yeni bir yere yerleşildiğinde hem çevredeki kişiler ve hem de çevre yabancı olacağı için ilk 48 saat kritiktir.

- Tuvaletin yüksekliği diz kapağı seviyesinde olmalıdır. Gerektiğinde yükseltilebilmelidir.
- Harekete hassas algılayıcı ışık sistemi kullanılması hastanın ışıkları yakmasını kolaylaştıracaktır.
- Zehirli bitkileri ve dekoratif meyveleri; gerçek gıdalarla karıştırılabileceği için ortadan kaldırmak gerekir.
- Vitamin, bitkisel ilaç, tatlandırıcı, sos gibi şeyleri masa ve raflardan kaldırmak gerekir. İlaçlar ise daima kilit altında tutulmalıdır.
- Ateşli silahların da kilit altında veya yaşanan ortamdan uzakta tutulması gerekir. Mermiler ayrı yerde tutulmalı ve silahlar daima boş olmalıdır.
- Birey yemek yaparken gevşek kollu giysi giymemelidir.
- Mutfaktaki eşyalar kişinin boyuna uygun yerleşimli olmalıdır.
- Tuvalet yatılan odaya yakın olmalıdır. Ya da gereğine göre yatağın yanında sandalye tuvalet olmalıdır.
- Yangın ve duman detektörleri, yangın söndürücüler bulunmalıdır. Bunların yeterli enerji kaynağı olmalıdır.
- Ev hayvanları var ise sağlık kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır.
- Taşıma için tekerlekli sandalye sadece zorunlu olduğunda kullanılmalıdır.
- Kapılara ve pencerelere kilit takın, ancak olası bir acil durumda kolaylıkla açılabilindiklerinden emin olun.

- Bellek kaybı olan birinin sigara kullanması sadece bu kişinin sağlığı için değil aynı zamanda yangın riski açısından da tehlikelidir. Özellikle oksijen kullanılan ortamlarda sigara, pipo, çakmak ve mum kullanımı yangın riskini arttırır. Bunaması olan bazı insanlar sigara kullanmayı unutabilirler ancak sigara kullanmaya devam ediyorsa; etrafındaki kişilerin bu durumu mümkün olduğunca güvenli hale getirmeleri gerekmektedir.
- Tüm telefonlara bir uyarı ışığı koyun ve hastaya bakan kişinin başucuna üzerine acil yardım numaraları yapıştırılmış bir telefon ve bir fener koyun.
- Kişinin üstünde veya eşyalarda yanık izleri, sıyrılmış veya soyulmuş kablolar, ocak üzerinde bırakılmış yemekler gibi yangın tehlikesi belirtilerine karşı uyanık olun.

ETKİNLİKLER KONUSUNDA

- Yemek, ilaç, egzersiz ve diğer etkinlikler için düzenli bir program olması onun giderek ne zaman ne bekleyeceğini, hayatının bir anlam taşıdığını ve hâlâ ailenin bir parçası olduğunu anlayıp, sosyal ilişkiler kurmasını sağlar. Yani etkinlikleri hep aynı saatte ve hep aynı şekilde yapın.
- Tüm günü dolduran sosyal etkinlik programları da (aktif oyunlar, eski arkadaşları ziyaret, normal kişilerin olduğu bir grup ile seyahat, müze ziyaretleri vs) kaybetmekte olduğu sosyal kimliği yeniden canlandırır.

- Neyi neden yaptığınızı söyleyin ve kararlara katılma şansı verin. Hastayı yapmayı kabul etmeyeceği şeyleri yapmaya zorlamayın.
- Etkinlikler hasta için değil, hastayla birlikte kararlaştırılmalı. Hasta toplu bir etkinliğe katılmak istemiyorsa bile bu isteğine saygı gösterin.
- Hastanın farklı kültürel tercihleri ile, dini inanç ve isteklerine de saygı gösterin.
- Hastanın mümkün olduğu kadar bağımsız olmasına izin verin. Hastanın yılbaşı çamının süslenmesini seyretmektense, süsleme işine katılması daha uygun olur.
- Bahçe işleri ile ilgilenmek, fiziksel etkinlikler, güneşli aydınlık bir günde yürüyüş gibi egzersizler zamanın anlamlı geçmesine yardım eder. Sinirlilik halini, sıkıntıyı, gündüz uyuklamalarını ve depresyonu azaltır.
- Hastanın yeteneğine uygun, eski mesleği ve hobileri ile ilişkili, yaparken kendini rahat ve yararlı hissedeceği görevler verin; hastadan yapmasını istediğiniz şeyleri basitleştirin, basit cümlelerle anlatın ve yeterince tekrarlamasını sağlayın. Bir kerede sadece bir şey yapmasını isteyin. Zor gelen kısımları siz yapın.
- Hastanın yaşam boyu sürdürdüğü ritüellerinin ve alışkanlıklarının dışına çıkmamaya çalışın. Hastanın uyanma saati, çay ve kahve saatleri gibi yıllanmış alışkanlıklarını öğrenmekte yarar vardır.
- Etkinliğin kendisi, sonucundan daha önemlidir. Yani mesela hastanın diktiği çiçeğin canlı kalmasını önemsemeyin.

- Başka bir etkinliğe geçmeden önce, belli bir işle en çok 30 dakika uğraşmak yeterlidir.
- Grup etkinliklerinde ideal katılımcı sayısı, hastanın yeteneklerine ve etkinliğin tipine göre 4 ila 10 arasında değişir.
- Hasta bir şey yapmayı reddederse, geri adım atın ve daha sonra farklı bir yaklaşım kullanarak tekrar deneyin.
- Eğer kendisi veya başkaları için tehlikeli olabilecek bir şey yapmıyorsa, yaptığını düzeltmeyin. Başardığı kadarı için onu kutlayın, durduğu için eleştirmeyin, devam etmesi için ısrar etmeyin.
- Dinlenme ve etkinlik dönemleri arasında denge sağlayın. Etkinlikler için günün ona en uygun zamanını (en uyanık olduğu zamanlar ya da uyanık olmadığı zamanlar) seçerken esnek olun ama yorgun olduğunda ondan bir şey istemeyin.
- Şarkı söylemek, resim yapmak, koleksiyon yapmak, dans etmek, bir müzik aleti çalmak, eski tanıdık filmleri televizyonda seyretmek, düğün-parti gibi önemli olayları videoda izlemek belleği canlandırıp hastayı rahatlatılabilir.
- Evcil hayvanlar ve küçük çocuklarla oynayıp konuşmaktan huzur duyabilir.
- Ellerini duyuşal uyarım sağlayan; sünger top, kumaş parçası ve benzeri nesnelerle meşgul edin.
- Ödüller kullanın, etkinliği eğlenceli bir hale getirin.
- Hastayı el çırpırmaya ve ayak vurmaya teşvik edecek tempolu müzikler çalın.
- Hastaya en sevdiği kitaptan bölümler, gazeteden haberler okuyun.

- Toz almak ve hatta araba kirli değilken bile arabayı yıkamak da; etkili bir sonuç elde edilemese de eğlenceli olabilir.
- Hastayı tekerlekli sandalyesi ile birlikte özel araçlara yerleştirip, dilediği her yere götürme hizmetini alabileceğiniz firmalar da vardır.
- Akciğer sorunlarının önlenmesi için hasta dik oturur pozisyonda olmalı, tansiyon sorunları yönünden ise yavaş ve dereceli bir şekilde dik pozisyona getirilmelidir.
- Kireçlenmeler yönünden eklem açıklığı egzersizleri ve ağırlık egzersizleri yapılabilir.
- Her gün düzenli olarak en az 1 saat dışarıda güvenle dolaşabileceği bir yere çıkarıp dolaştırın. Örneğin hava iyiye parkta ya da hava kötüye alışveriş merkezlerinde ortamın sakin olduğu saatlerde birlikte yürüyüş yapın. Ayağında uzun süre dolaşırken rahatsız etmeyecek ayakkabılar olmasını sağlayın. Dolaşırken enerji kaybettiği için eline, yiyebileceği hafif atıştırmalık yiyecekler verebilirsiniz.

ORTAM KONUSUNDA

- Düzenli, az eşyalı ve tanıdık kişisel eşyaların hastanın kolay görebileceği yerlerde tutulduğu; sakin ve huzurlu bir ortam hazırlayın.
- Yeni bir ortama taşınma işini hastalığın erken evrelerinde gerçekleştirin ve taşınmadan önce hastayı bilgilendirin.
- Gün ışığı rengiyle iyi aydınlatılmış bir ortamda hastaların okuması ve televizyon seyretmesi kolaylaşır.

- Kapıların üstüne tuvalet ve yatak odasını gösteren işaretler, resimler veya küçük notlar koyun.
- Bir gece lambasının konulması; gece yarısı hastanın odasını ve tuvaleti bulması açısından iyi olur.
- Hastanın gözlüklerinin ve işitme cihazının iyi çalıştığına emin olun.
- Odasında bir not alma tahtası ve takvim bulundurun; günler geçtikçe takvimi karalayın.
- Ortama akvaryum veya renkli desenli bir halı gibi ilgi çekici unsurlar koyun.
- Hastanın sevdiği güzel kokular da huzur verebilir.
- Kendi yüzünü artık tanıyamadığından dolayı ayna, bunamalı hastanın kafasını karıştırabilir. Öyle bir durumda hasta, orada “başka” birinin kendisini gözetlediğini sanıp kızabilir. Böyle bir şey söz konusu olduğunda aynayı kaldırın ya da üstünü örtün. Gece pencereden birini gördüğünü söylüyorsa, pencereyi kapatın.
- Yatak odası ısının normal ve aydınlatmasının loş, yatağının ve pijamasının ise rahat olmasını sağlayın.
- Yataktan düşüyorsa kenarlarında korkuluk şeklinde tutamakları olan bir hasta yatağı edinin veya yer yatağı yapın.
- Kalın ve koyu perdeler kullanarak, gece olunca odanın karanlık olmasını sağlayın.
- Çevresinin zorunlu olarak değiştirilmesi gerekebilir. Çevrede çok fazla değişiklik yapmayın. Yalnızca, güvenlik ve konfor için gerekli değişikliklere özen gösterin. Hastalığın ilerleyişini farklı

evreler boyunca izlemeye gayret edin, gereken değişiklikleri yavaş yavaş yapın.

- Bunama hastasının hastaneye yatırılması genellikle durumunu kötüleştirir.
- Bunaması olan kişinin iyi ısındığından emin olun.
- Eşya ve döşeme için parlak renkleri kullanın ancak desenlerden kaçının. Bunamalı insanlar için desenler çok kafa karıştırıcı olabilir. Örneğin bunamalı bir insan, küçük bir deseni koltuğun üzerinde gezen bir sinek sanabilir.
- Ayrıca perde ve mobilyada desensiz ve parlak renkli materyal kullanmak, perde önleri ve mobilya üstlerindeki eşyaların daha kolay ayırt edilmesine yardımcı olabilir.

SAĞLIK VE HİJYEN KONUSUNDA

- Değişmeyen düzenli bir günlük program sürdürün.
- Hastanın olabildiğince fazla şeyi, mümkün olan en az yardımla yapmasına izin verin.
- Hastayı acele ettirmemek için, günlük bakım işlerine daha çok zaman ayırın. Bu konuda pek becerikli olmaması, bu işleri denemekten vazgeçmesi anlamına gelmemeli.
- Hastalar, hastalıkların başlangıç dönemlerinde düşme korkusu nedeni ile banyo yapmaktan kaçınabilirler.
- Hastanın kuruyan ağzını ıslak gazlı bez veya uygun bir sprey ile nemlendirin. Elektrikli bir diş fırçası tercih edilebilir. Ayrıca diş temizliğinin aksatılması çürüklere, diş eti hastalıklarına, yara-

lara, ağız kokusuna yol açabilir; bu da hem beslenmesini ve hem de sağlığını bozar.

- İleri derecede bunaması olan hastaların diş bakımında “toothette” (ağız için süngerli bir çubuk) veya benzeri bir cihaz tercih edilmelidir. Eğer bakım sırasında hasta dişlerini kenetlerse; cihazı ağızdan çıkarmak için zorla çekmemeli, dişlerini aralaması sabırla beklenmelidir.
- Bakım sırasında hastanın canı yanar veya ağrısı artarsa özür dileyin.
- Aktif yaralarının pansumanını kamufle edin veya koruyun ki, orayla oynayıp daha beter hale getirmesin.
- Hastaya evde tıbbi bakım hizmetlerini, gezici ekiplerle veren firma ve kurumlar da vardır.
- Yeterli destek sağlamadıkları için terliklerin birkaç saatten fazla giyilmemesi gerekir. Ayakları temiz ve kuru, ayak tırnaklarını ise kısa tutun.
- Hastalar yüzlerine ve özellikle gözlerine su gelmesinden rahatsız olabilir. Bu nedenle ayaklarından başlayarak gövdesini yıkayın, izin verdiği takdirde saçlarını ıslatın. Vücudun yıkanması sırasında kullandığınız süngerin yumuşak ve şampuanın göz yakmayan özellikte olmasına dikkat edin.
- Hastanın gün boyunca yaklaşık 3 saatte bir tuvalete gitmesi hatırlatılabilir. Hastada huzursuzluk, bacaklarını birbirine sürtme, pantolonunu çekiştirme gibi işaretler görüldüğünde tuvaleti olup olmadığı sorulmalıdır.
- Koltuk ve minderler çıkarılabilir ve yıkanabilir kumaştan olabilir. Yatak koruyucu alez kullanılabilir.

- Dügme yerine fermuarlı giysiler seçin. Karmaşık bağcıklı ayakkabılar yerine yapışkan bantlı ayakkabıları giymek daha kolaydır.
- Bazı hastalar kıyafetleri iç çamaşırları, giysiler, çoraplar ve ayakkabılar şeklinde giyme sırasına göre yerleştirildiğinde bu işin altından kalkabilirler. Seçmesi için iki giysiden fazlasını çıkarmamak stresi ve karışıklığı azaltır. Hastalık ilerledikçe giysilerdeki düğmeleri, fermuarlı ayakkabıları, kemer tokalarını kullanamaz; bunların yerine yapışkan şeritler kullanılmalı. Karmaşık bağcıkları olan kıyafetlerden kaçının. Mümkün olduğu kadar uzun bir süre, giyinme konusundaki bağımsızlığını destekleyin. Gece üzerindeki çıkarttığı zaman kıyafetlerini odasından çıkartın.
- Hastanın alt bezi kullanma veya belli bir tuvalet kullanma seçenekleri arasında seçim yapmasını sağlayın.
- İdrar kaçırma durumunun evde idrar kokusu, iç çamaşırında leke, iç çamaşırına tuvalet kağıdı yerleştirme, iç çamaşırının yıkanması konusunda gizlilik gibi ip uçları gözlenmelidir.
- Isıtma ve havalandırma kontrolü kolay yapılabilir ve kolay okunabiliyor mu kontrol edin.
- Su ısıtıcı ayarı yapılmalıdır, ısı 49°C'nin altına ayarlanmalıdır.
- Su kaynağı değerlendirilmelidir. Şehir suyu mu yoksa başka bir kaynak mı kullanılmalı karar verilmelidir.

HEZEYAN VE SANRILAR KONUSUNDA

- Sanrılar (halüsinasyonlar) hasta için gerçektir. Hastayı onların aslında gerçek olmadığına inandırmaya çalışmayın. Endişelerini dile getirmesi için onu teşvik edin, yardım teklif edin. Aksini iddia etmeyin ve yalanlamaya çalışmayın, duygularını onaylayın.
- Suçlamaları kişisel olarak almayın. Ayrıca “gerçek bir olayı” haber veriyor olabileceği gerçeğini de göz ardı etmeyin.
- Cüzdanında az bir miktar para bırakın.
- Nesneleri biriktirip saklama konusunda cesaretini kırmayın; hatta saklaması için zararsız, güvenli ve uygun nesneleri ortada bırakın. Büyük çantalar gibi alternatif saklama yerleri sağlayın. Temizlik yaptığınızda ise biriktirdiği eşyaların birazını bırakın ki, yenilerini katma ihtiyacı azalsın.
- Dolapları ve çekmeceleri kilitli tutarak bir şeyleri saklayabileceği yer sayısını azaltın.
- Eşyalar alışılmadık yerlere konabileceğinden, boşaltmadan önce çöp kutusunu ve çamaşır sepetini kontrol edin.
- Biriktirilmiş yiyecek ve/veya kayıp eşyaları hasta ile birlikte arayın. Eskiden eşyaları nereye koyduğunu hatırlasın.
- Düzenli bir ev kayıp eşyaları bulmayı kolaylaştırır.
- Unutkanlık yüzünden gerçekten kaybedilebilecek anahtar, cüzdan, gözlük ve önemli evrakların yedeklerini bulundurun.
- Hasta sizin de onayınızı istediğinde, dürüst ama yumuşak bir ses ile olayın aksini söyleyin. Yanlış

algılamalar için gerçekçi açıklamalar yapın. Güven verdikten sonra, dikkatini başka yöne çekecek bir etkinliğe yönlendirin.

SALDIRGANLIK KONUSUNDA

- Olayı neyin tetiklediğini anlamaya çalışın, ellerini veya kollarını tutmak gibi sınırlayıcı bir davranıştan kaçının.
- Öfke ve saldırganlık durumunda onunla tartışmayın, korktuğunuzu belli etmeyin ve fiziksel güç kullanarak engellemeye çalışmayın.
- Yüzleştirici davranış ve tartışmadan, alınganlıktan, olayları kişisel saldırı olarak yorumlamaktan, gülerek ya da sataşarak hastayı kışkırtmaktan kaçının.
- Yatıştırıcı ve sakin bir ses tonu ile konuşun, olumlu ve güven verici olun. Siz ne kadar öfkelenir ya da korkarsanız hasta da o kadar saldırgan davranacaktır.
- Hastayı köşeye sıkıştırmayın ya da kendinizin köşeye sıkıştırılmanıza izin vermeyin. Hasta ile aranızda yeterli alan bırakın.
- Fiziksel saldırganlık durumunda geri çekilin. “Lütfen canımı yakma” veya “Lütfen dur” demenin yararı olabilir. Çabalarınız sonuç vermezse kendi güvenliğiniz için ne yapmanız gerekiyorsa yapın. Hatta güvenliğiniz için odayı birkaç dakikalığına terk edin.
- Çevrenizdeki insanlara hastanın iyi ve nazik davranışları olumsuz etkileyen bir hastalığı olduğunu, tehlikeli ve deli olmadığını açıklayın.

- Kamuya açık bir yerde olay yarattıysa hiç bir şey söylemeden onu uzaklaştırın, şayet utanılacak bir durum yaratacağını anlarsanız ilgisini başka yöne çekin. “Bana zalimce davranıyorsun” demesi, “hayat bana zalim davranıyor” anlamına geliyor olabilir.
- Bütün çabanıza rağmen “seni sevmiyorum, git başımdan” derken kastettiği şey, “annem nerede, neden beni yalnız bıraktı” olabilir.
- Ortamdaki ağır ve keskin nesneleri kaldırın.

KAYGI VE ENDİŞE DURUMU KONUSUNDA

- Hastanın ‘o andaki’ dünyayı algılayış biçimine siz de katılın. Bu gerçekler çerçevesinde mantıklı bir açıklama getirmeye çalışın ama aynı zamanda güven ve teselli de verin. Burada önemli olan açıklamanızın ne kadar doğru olduğu değil, hastanın buna verdiği duygusal tepkidir.
- Bir durumla ilgili gerçeği, hastanın ikna edilebildiği durumlarda yumuşak bir biçimde açıklamaya çalışın. Açıklamanızı destekleyecek somut bir durum yaratmaya çalışın. Örneğin telefonda hastanın güvendiği bir akrabası ile konuşmasını sağlayın. Eğer üzülmüyor veya söylediklerinize inanmıyorsa da gerçeği kanıtlamaya çalışmayın.
- Korkusunun nedenini anlayamıyorsanız, hastayı endişe kaynağı olabilecek yerden uzaklaştırın. Sakin bir atmosfer yaratın. Kendini ifade etmeye çalışan hastayı telaşlandırmayın. Bazı genel sözlerle endişelerini giderin veya soruyu duymazdan gelin.

- Söylediklerinizi anlamıyor olsa bile, yüz ifadeniz ve ses tonunuz hastanın içini rahatlatılabilir.
- Hastanın sorduğu soru güven telkin etmenizi gerektiren çeşitli endişeler içerebilir. Tekrarlanan sorunun arkasındaki anlam üzerine odaklanın. Yanıtın gecikmesi, yanıt bekleyen hasta için gerginlik nedenidir; inandırıcı bir cevap verilmesi gerekir.
- Hastanın günlük rutin yaşamı değişmesin, her zaman aynı etkinlikleri aynı düzen içinde yapsın. Bu etkinlikleri korunmuş yetenekleri ile uyumlu olsun, aşırı uğraş ve uyarı olmasın.
- Ortamdaki insanların kimler olduğunu açıklamak da hastanın kaygısını azaltabilir.
- Taleplerini uygun ve kabul edilebilir bir şekilde yerine getirin ve “Hayır” kelimesini kullanmaktan kaçının, her şeyin yolunda olduğuna (mesela hemen döneceğinize) dair sık sık güven verin.
- Onu sakinleştirecek nesneler (tüylü bir oyuncak, battaniye veya bitki çayı) verin veya sakinleştirici bir müzik çalın; tekrarlayıcı bir iş ya da dikkatini odaklayabileceği meyveler-çerezler verin.

TEKRARLANAN HAREKETLER KONUSUNDA

- Vücudunun, ilgilenmediği ya da farkında olmadığı için kullanmadığı bölgesine dokunarak; ona bu bölgenin varlığını, yani kendi vücuduna ait olduğunu hatırlatın.
- Dikkatini başka yere çekin.
- Çevredeki uyaranları azaltın, televizyon ve radyoyu kapatın.
- Hastanızı sakin ve sessiz bir yere götürün.

AMAÇSIZ DOLAŞMA KONUSUNDA

- Gezinme davranışının bazı ipuçlarını sayacak olursak: Normal bir geziden çok geç dönmek, eski uğraşlardan mesela işe gitmekten bahsetmek, eve dönmekten söz etmek, bir hobisiyle uğraşıyor gibi görünmekle birlikte aslında hiçbir şey yapmıyor olmak, restoran ve alışveriş merkezi gibi kalabalık ortamlarda sinirli ve endişeli olmak.
- Huzursuzluğun sebebini araştırın, hasta “kendimi kaybolmuş hissediyorum, kaybettiğim şeyleri arıyorum” demek istiyor olabilir.
- Çevresindeki bir aile fotoğrafı gibi anısı olan tanıdık şeyler onu durdurabilir.
- Araba ile dolaştırın, birkaç sokak yürütün veya birlikte bir yere gidip bir şeyler yiyin.
- Huzursuzluğu arttırabilen kafeinli içecekleri azaltın.
- Evde amaçsız dolaşma konusunda hastanın hevesini kırmak yerine, evi daha güvenli bir hale getirin.
- Dışarıya açılan kapıya çingirak, anahtarla açılan kilitli sürgüler, çocuk kilitleri veya hastanın erişemeyeceği yükseklikte normal sürgüler takın. Pencereler konusunda da benzer önlemler alın.
- Cebine üzerinde basit talimatlar olan bir kart koyun ve kaybolursa okumasını söyleyin.
- Kolye ve bilezik biçiminde bir künye yaptırıp üzerine, hastanın adı ve soyadı ile sizin telefonunuz beraberinde “bellek kaybı var” yazın ve ciddi bir sağlık problemi varsa bu tıbbi bilgileri de ekleyin.

- Yatak veya sandalyeye takılı alarm sistemleri kullanıyorsanız, bunları hastayı en az rahatsız eden modeller arasından seçin. Yoksa bunlar hastayı sınırlendirebilir hatta kıpırdamaktan bile çekinir hale getirebilir.
- Çıkış kapısının diğer kapılardan kolay ayırt edilemeyecek yerleşimde ve duvarla aynı renk ya da desende olmasını sağlayın.
- Dolanma hasta yeni bir ortama geçtiğinde (taşınma, ziyaret ya da tatil amacıyla) artar. Evden kaçanların %80'i gezinen hastalardır ve kaçmaların %45'i yeni bir ortama geçtikten sonraki ilk 48 saat içinde gerçekleşir.
- Komşularınızı haberdar edin; onu tehlikeli bir deli gibi değil, sadece yönelimi bozuk bir kişi gibi görmeliler.
- Kaybolduğunda azarlamayın; korkutabilir ve daha üzgün hissetmesine neden olabilirsiniz.
- Ayakkabı, palto, şapka, çanta vs. gibi tetikleyici sokak giysilerini kapının arkasına ya da hemen yanına asarak, "kaçış" yolunun reklamını yapmamalısınız.
- İzleme cihazları, kaybolan bir kişiyi bulmak için uydu teknolojisini kullanır. Daha güvenli yürümek için kullanılan bu teknoloji, bunaması olan kişiler ve bakımını üstlenenler için de özel durumlarda fayda sağlayabilir.
- Pek çok insana hastanın amaçsız gezinmesi engellenmesi gereken bir davranış gibi gelir. Oysa hastanın hareketliliğini de korumak gerekir. Gezinme hastanın sosyal ilişkilerini de sağlıyor olabilir. Bu etkinliğin hastanın gücünü korumak; ka-

bızlık ve yatak yaralarının engellemek ve morali yüksek tutmak gibi yararları olabileceğini de unutmamak gerekir.

- Gezinen hasta kaybolduğu zaman gerekli mercileri hemen bilgilendirebilmek için hastanın fotoğrafı, giysi veya pijama tarifi gibi bilgilere sahip olmanız şarttır.
- Hastayı arama çabaları sırasında, isminin çağrıldığını duyduğunda tepki veremeyebileceğini unutmayın.
- Yakındaki otobüs terminali, tren istasyonu ve taksi duraklarının telefonuna sahip olmak, aramaya başlama noktası açısından önemlidir.

GECE GEZİNMELERİ KONUSUNDA

- Hastaya yatma zamanının geldiğini belirtmek için esneyin, gerinin, hastayı tualete gönderin, ışıkları birlikte söndürün ve bunu bir yatma zamanı geleneği haline getirin.
- Gündüz uykusunu kısıtlayın ve aktif, uyanık tutmaya çalışın; günün ileri saatlerinde kafeinli içecekler vermeyin, uyarıcı televizyon programlarından kaçının, hatta yatıştırıcı bir müzik çalın.
- Yatmadan hemen önce, aşırı uyarılmaya neden olabilecek yüksek düzeyde şeker içeren besinler vermeyin.
- Yatmaya yakın aşırı sıvı ve diüretik (idrar söktürücü) ilaçlar vermeyin.
- Yatmadan önce ertesi günün programından söz etmeyin.
- Nereyi tercih ediyorsa orada uyumasına izin verin.

- Uyumadan önce duş yapma veya kitap okuma alışkanlığı olan bir hastanın bu alışkanlıklarını sürdürmesini sağlayın.
- İdrarı uzun süreli emip sızdırmayan tipte bir alt bezi kullanın.
- Hasta gece kalkmış dolaşıyorsa, sessizce hâlâ gece olduğunu ve yatağa dönmesini söyleyin.
- Hastanın sabah güneşine çıkmasını sağlayın.
- Günlük egzersizleri artırın ama bunlara uyku saatinden 4 saat önce son verin.
- Hasta kolinesterase inhibitörü (tacrine, donepezil, rivastigmine veya galantamine) kullanıyorsa bunları yatağa girmeden önce vermeyin.
- Hasta uyanırsa, yatakta uyanık yatmamasını; yatağı sadece uyku için kullanmasını önerin.
- Uykusu gelmeden hastayı yatağa yatırmayın. Gece ne kadar geç yatarsa yatsın, sabahları aynı saatte uyandırın.

UTANÇ VERİCİ DAVRANIŞLAR KONUSUNDA

- Sakin kalmaya ve aşırı tepki göstermemeye çalışın. Çok fazla uyarıcı olmamak kaydıyla dokunmayı arttırın.
- Hastayı ortamdan uzaklaştırın ve dikkatini sevdiği bir yere gitmek, bir şeyler yapmak, yemek-ichmek gibi şeylere çekin.
- Çaresiz kalırsanız hasta sakinleşene kadar odayı terk edin.
- Kendinizi sorumlu tutmayın. Hasta teşhircilikten değil; fazla kalın giyindiği için, tuvalete gitme ihtiyacından veya uykusu geldiği için soyunuyor olabilir.

- Soyunmasını yavaşlatmak için tulum giydirin.
- Karısı ile başka kadınları karıştırmaması, aslında onun karısını ve evliliğini hatırladığını gösterir.
- Başka insanların önünde mastürbasyon yapmasını engellemek için, kucağını bir yastık veya battaniye ile kapatın.

DÜŞME RİSKİ KONUSUNDA

- Düşmelerin en sık görüldüğü zaman aralığı, ortam değişikliği veya taşınmadan sonraki ilk 48 saattir.
- Düşmeye yol açabilecek görme yetersizliği; kontrastları fark edememeye, görme alanının daralmasına veya yetersiz gözlük numaralarına bağlı olabilir. Yeni bir gözlük takılması veya bifokal (varifokal) camların kullanımına geçilmesi de düşmeye neden olabilir.
- Tutamakların, tuvaletin ve lavabonun rengi duvardan farklı olmalıdır.
- Banyoya gitmek istediklerinde kolay çıkarabilecekleri giysiler seçin.
- Duş veya küvet zemini kaymaz özellikte olmalı. Hasta asla alaturka tuvalet kullanmasın.
- Yatak kenarı basamaklarını, duşta kullanılan sandalye ve tekerlekli sandalyelerin kilitlerini kontrol edin.
- Geniş tabanlı, kolay kalkmaya uygun tutamakları olan ve kolayca devrilmeyen sandalyeler kullanın.
- İhtiyaç durumunda hastaya yürüteç, baston veya tekerlekli sandalye kullanıdırın.

- Hasta tekerlekli sandalyesini ayaklarıyla itmeye çalışırken sandalyeden kayıyorsa, daha alçak yani ayak desteği olmayan ve/veya ayaklarının yer seviyesinde olduğu bir tekerlekli sandalye tercih edin.
- Hastayı bağlamak, doktoru tarafından istenmediği sürece çok tehlikelidir.
- Bunaması olan kişi düştüyse ve durumu ciddi gibi gözüküyorsa, yerinden kımıldatmaya çalışmayın ve anestezi gerekebileceğinden içecek herhangi bir şey vermeyin. Sıcak tutun ve bir ambulans çağırın.
- Eve girişte, bahçeye geçişte ve odaların girişinde küçük eşikler varsa, bunları kaldırın.
- Halılar, merdiven halıları, paspaslar ve kilimleri halı altı kaymazları ile yere sabitleyin ve yerleri cilalamaktan kaçının. Yakınınız basamak gibi algılayıp dengesini kaybedebileceğinden, enine çizgili desenli halı ve yer karosu kullanmayın.
- Evin içinde merdiven varsa, önüne kilitli parmaklık koydurun.
- Banyo ve tuvaletlerde tutunma barlarının çapı 4-5 cm, yerden yüksekliği 90-100 cm olmalıdır. Tutunma barları olan tuvalet kullanılması tavsiye edilir. Duşlar için kaymayan oturma yerleri ve tutunma barları olmalıdır.
- Koridorlar gölge veya ışık kümelenmeleri olmayacak şekilde aydınlatılmalıdır. Ana oda ve koridorlarda parlama olmasını önleyecek perdeler kullanın.
- Geniş tabanlı ve kolay devrilmeyecek tekerlekli sandalyeleri tercih edin.

- Ağrı, enfeksiyon, kalp hastalıkları, kemik erimesi, gece idrar ihtiyacı, beslenme bozukluğu, susuz kalma, kilo kaybı, madde alışkanlığı, depresyon, yorgunluk, postüral hipotansiyon (ayağa kalkınca başı dönen insanlar), uzun süren yatalaklık dönemi, görme kusuru gibi tıbbi sorunlar da düşmeye yol açabilir.
- Hastanın odada, salonda, yemek odasında belli bir sandalyesi olmasını sağlayın.
- Hasta ortopedik ayakkabı ve uygun kıyafetlerin tercih edilmesi konusunda bilinçlendirmelidir.
- Normal kas gücü, eklem hareket açıklığının korunması için yürüyüş gibi egzersizler önerilmelidir.
- Uyku ilaçları, alerji ilaçları, sakinleştiriciler, uyuşturucu ilaçlar, tansiyon ilaçları, şeker ilaçları da düşmeyi tetikleyebilir.
- Düşme korkusu olan ve yüksek risk taşıyan bireylerin, rehabilitasyon amacı ile fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitelerine sevk edilmesi gerekir.
- Topuklu ayakkabılar, parmak arası terlikler, gevşek giysiler de düşmeye yol açabilir. Terlik ve ayakkabıları tabanlarının aşınması yönünden düzenli aralarla kontrol edin.
- Gece tuvalet ihtiyaçlarına yönelik olarak, belli bir tuvalet programı veya yatak yanı tuvaleti kullanın.
- Hasta oksijen kullanıyorsa yerde uzun tüplerin olmamasına dikkat edin.
- Dengesi bozulan insanın en yakınındaki eşyaları kavrayacağını göz önüne alarak, eşyaların ağır olmasına dikkat edin.

- Büyük cam pencere ve kapılara, çarpılmasını önlemek için bant veya çıkartmalar yapıştırın.
- Banyoda hastanın tutunmak zorunda kalmasını önlemek için kayar kapıları değil perdeleri tercih edin.
- Hastaları merdiven inip çıkarken kollayın.
- Elektrik kablolarını ve keskin kenarlı mobilyaları ortadan kaldırın, radyatör ve prizleri duvara sabitleyin.
- Hastayı bunaltan ve terleten hava koşulları da düşme riskini artırabilir.

BESLENME KONUSUNDA

- Eğer hasta yemesi gerekenin dörtte birinden fazlasını tabağında bırakıyorsa, deneyimli bir diyetisyenden destek isteyin.
- Hasta yavaş yavaş da olsa kendi başına yemeğini yiyebiliyorsa, arada hatırlatmalar yapın ama sabırlı olun.
- Kimi hasta elle yiyebileceği gıdaları tercih edebilir.
- Hastanın yemesine yardım edilecekse, elini tutarak yardım edin.
- Kimi hastanın önüne her seferinde bir tip yiyeceğin konması daha doğrudur.
- Kadınlarda menüye birlikte karar vermek, masayı hazırlamak, yeni pişmiş ekmek kokusu gibi uyarılar iştah açıcı olabilir.
- Güçlendirilmiş mamalara geçmeden önce hastanın sevdiği yemekler, besleyici değeri yüksek yemekler gibi alternatiflerin denenmiş olması gerekir.

- Hastanın sıvı gereksinimini meyve suları, şerbetler, ayran vs. ile de giderebilirsiniz.
- Hastanın yanındakilerle rahatça sohbet edebileceği küçük bir masada yemek yemesi daha uygundur. Yemek saatleri sosyalleşme, eğlenme ve ruhsal tatmin için en uygun saatlerdir.
- Gezinen hastalara, eğer yemeğe oturtulamıyorlarsa; yiyecek ve içeceklerini ayaktayken de verebilirsiniz.
- Eğer sıvıları yutmakta güçlük çekiyorsa, püre, muhallebi gibi yarı sıvı besinler verin.
- Yemek yerken, sıkıntı duyabileceği şekilde üzerini kirletebilir, bunu engellemek için büyük peçeteler kullanın.
- Kabızlığı engellemek için bol lifli diyet uygulayın (sebze), gün boyunca yeterince sıvı almasını sağlayın, en azından yürümek gibi fiziksel bir egzersiz için teşvik edin.
- Hasta rahat ve mümkün olduğu kadar masaya yakın oturtulmalıdır. Yemeklerin çukur tabaklarda servis edilmesi büyük kolaylık olacaktır. Az miktarda ama sık beslenerek, öğün sayısının fazla olması sağlanmalıdır.
- Ağız ve diş sağlığı için yemeklerden sonra diş fırçalamaya teşvik etmeliyiz.
- Eğer görmekte güçlük çekiyorsa cam eşya ve desenli tabakları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Diş fırçalama sırasında yutma güçlüğünün belirtisi olabilecek tekrarlayan öksürmeler ve boğaz temizleme seslerini takip edin ve buna göre fırçalama yöntemini değiştirin.

- Yeme güçlüğü denge bozukluğu, kuvvet ve dayanıklılıktaki azalmaya da bağlı olabilir. Bu yüzden hastanın oturduğu yerin rahat olmasını sağlayın.
- Gaytanın kıvamından hastanın yeterince sıvı alıp almadığını takip edebilirsiniz.
- Açık saman rengi idrar hastanın iyi sıvı aldığını, sarı idrar ise iyi sıvı almadığını gösterir.
- Bunamalı hasta, ağzında sıvı veya katı yiyecek olduğunun bile farkında olmayabilir.
- Hastanın yeme içme alışkanlıklarını takip etmek için kilosunu izleyebilirsiniz. Bir ayda %5'ten fazla veya 6 ayda %10'dan fazla kilo kaybı durumunda bir diyetisyene başvurmalsınız.
- Yutma güçlüğü çeken hastalar bir konuşma terapistinden yardım alabilirler.
- Bunamalı hasta yediğini unutup tekrar tekrar yiyorsa, yemek aralarında gıdaya erişimini kısıtlamak, belli bir yemek düzeni uygulamak, küçük porsiyonlar vermek gibi çareler denenebilir.
- Yeme ve içmeyi arttırabilmek için ise atıştırma- lıkların her zaman göz önünde ve erişilebilir ol- masını sağlayabilirsiniz.

ARABA KULLANMAK KONUSUNDA

- Araba kullanma doğru değerlendirmeler yapılma- sını, hızlı tepkiler verilmesini ve saniyeler içinde kararlar alınmasını gerektirir.
- Bunama teşhisi almış bir kişi belli bir süre için araba kullanmaya devam edebilir. Kişinin buna- ması ilerledikçe, daha fazla güvenli bir şekilde

araba kullanamayacakları ve durmaları gereken bir noktaya ulaşacaklardır.

- Hasta hâlâ araba kullanabiliyorsa, kaybolduğunda yardımcı olabilmek için bir GPS navigasyon ve araç takip sistemi kullanılabilir.
- Konuyu irdelerken anlayışlı olmaya çalışın. Pek çok kişi bu durumu kabullenmekte zorlanır.
- Araç kullanma sorumluluğunu başkalarına aktarın. Hastaya bundan sonra arabayı sizin kullanacağınızı, bir taksi veya şoför ayarlayacağınızı söyleyin.
- Hastanın araba kullanma gereksinimi azaltın; yemeklerinin, alışverişinin, ilaçlarının evine gelmesini sağlayın.
- Başkalarından yardım isteyin. Hastayı kendiniz ikna etmeye çalışmak yerine konuyu doktorun yanında tartışın, hatta doktorun bir rapor düzenlemesini isteyin. Bu raporu, hastaya, varılan kararı hatırlatmak için kullanabilirsiniz.
- Ailedeki bir otorite figürünü veya avukatınızı konuyu vurgulamak için kullanabilirsiniz.
- Hastayı araba kullanmaktan vazgeçirmek için değişik yollar deneyin. Mesela güzergahın değiştiğini, trafik koşullarının artık çok tehlikeli olduğunu veya arkada oturup rahat etme ve manzaranın tadını çıkarma zamanının geldiğini söyleyebilirsiniz.
- Siz arabayı kullanırken, bir yakınınızın arkada hastayla beraber oturup onu meşgul etmesini sağlayabilirsiniz. Özellikle hasta sinirli ve saldırgan ise, hastayla tek başınıza iken araba kullanmayın.

- Eğer hastanın tek başına gezinme alışkanlığı varsa, arabayla da gezinip kaybolabilir.
- Hastalığın ileri dönemlerinde, hasta artık tek başına karar verme yetisini kaybettiğinde; ehliyetini fotoğraflı başka bir kimlik kartı ile değiştirebilirsiniz. Ancak ehliyetini elinden almakla kişiyi araba kullanmaktan menedebileceğinizi sanmayın. Hasta ehliyeti olmadığının, hatta araba kullanabilmek için bir ehliyet sahibi olması gerektiğinin farkında olmayabilir.
- Araba anahtarlarına ulaşımını engelleyin. Arabayla sorumlu bir kişi seçin ve anahtarlar sadece onda olsun.
- Arabayı göz önünden kaldırın.
- Arabayı kullanılmaz hale getirmek için distribütör kapağını, akü başını sökebilirsiniz. Servisinizden arabayı kullanılmaz hale getirecek gizli bir düğme yapmasını isteyebilirsiniz. Veya hastaya araba anahtarına benzeyen, ama arabayı çalıştırmayan bir başka araba anahtarı verebilirsiniz.
- Arabayı satma ihtimalini de değerlendirin. Bu şekilde sigorta, benzin ve bakım masraflarından kurtulup, bu parayı taksi gibi toplu taşıma araçları için kullanabilirsiniz.
- Şu durumlar hastanın artık araba kullanmaması gerektiğini gösterir:
 - Tanıdık yerleri bulmakta zorluk
 - Trafik işaretlerini gözden kaçırma
 - Yavaş hareket etme ve yanlış kararlar alma
 - Uygun olmayan hızlarda araba kullanma
 - Araba kullanırken sinirlilik veya şaşkınlık hali
 - Kaldırım taşlarına çarpma

- Şeritlere uymakta güçlük
- Kavşaklarda hata yapma
- Gaz ve fren pedallarını karıştırma
- Araba yolculuğundan normalden daha geç dönme

SEYAHATLER KONUSUNDA

Tatile çıkmak, yeni deneyimler kazandırdığı ve günlük rutinden bir süreliğine uzaklaştırdığından bunaması olan kişi ve sevdikleri için eğlenceli olabilir. Bunamalı insan da tabii ki seyahatlere çıkacaktır, sadece iyi planlanması koşuluyla. Aşağıdaki ipuçlarına dikkat edilirse eğlenceli ve güvenli seyahatler yapılabilir:

- Hastanın ihtiyaç, yetenek, tercih ve güvenliğine en uygun seyahat aracı seçilmelidir. Sürücü dışında bir refakatçiye ihtiyaç duyulabilir.
- Bir doktor randevusuna gidilirken, ofisin en tenha olduğu ve de hastanın günlük rutinini en az bozacak bir zaman aralığını seçmek gerekir.
- Varış noktasındaki insanları, hastanın bunama durumu hakkında bilgilendirmek gerekir.
- Bunama sürecinden önce iyi bilinen ve günlük rutinde küçük değişikliklerin yeterli olabileceği yerlere gitmeyi tercih edin.
- Yolculuğu mümkün olduğunca basit ve başa çıkılabilir şekilde planlayın, kısa yolculuklar planlayın, çok mola vermeyin.
- İstirahat için yeterince zaman ayırın, programa çok yüklenmeyin.
- Hastayla dışarı çıkılacağını, randevuları ve planı önceden konuşup, sorularına zaman ayırın.

- Hastaya seyahat hakkında çok fazla bilgi yüklemeyin.
- Çok hızlı hareket etmeyin ve aceleci davranmayın.
- Hedefinize de yeterli zaman ayırın. Park, hastanın taşınması, check-in ve evrak işlerinin de zaman alacağını öngörün.
- Gezinme ihtimaline karşı hastanın hep yanında olun, yanında olamayacağınız zaman aralıkları için bir eşlikçi ayarlayın.
- Hastaya yanında olamayacağınız zaman aralığını bildirin ve bunu anladığından emin olun.
- Hasta için en uygun zamanda seyahate çıkın, örneğin akşam üzerleri huzursuz oluyorsa o zaman aralığında yola çıkmayın.
- Özellikle hasta yorgun olduğunda, kalabalık ve gürültülü yerlerden kaçının.
- Hastanın ilaçları, suyu, atıştırmalıkları ve etkinlik eşyalarının olduğu bir çanta hazırlayın. Kendini rahat hissedebileceği resimlerini, battaniyesini vs yanınıza alın.
- Hastanın zaman zaman farklı yerlerde misafir kalması gerekiyorsa, kullanmaya alışkın olduğu bazı eşyalarını da beraberinde götürmesini sağlayın.
- Havaalanlarında dolaşmanın özellikle odaklanma ve dikkat gerektireceğini ve hareketliliğin korkutucu ve anlaşılmaz gelebileceğini unutmayın. Uçak seyahatlerinde ise şunlara dikkat etmelisiniz:
 - Zaman yönünden dar uçuş bağlantılarını tercih etmeyin.

- Hastanın, yürüyebilir durumda olsa bile tekerlekli sandalye ile taşınmasını isteyin. Böylece yanında hep bir eşlikçi olacaktır. Bunun rezervasyonunu en az 48 saat önce ayarlayın.
- Güvenlik kontrollerinde yaşayabileceğiniz sıkıntılar ve olası kolaylıklar için alan güvenliğini en az 72 saat önce arayın.
- Alan ve kabin görevlilerinden yardım istemeye çekinmeyin.
- Hasta tuvaleti kullanmak isterse, mutlaka yanında durabileceğiniz özürlü tuvaletlerini tercih edin.
- Hastayı asla yalnız bırakmayın.
- Havayolları şirketine ne tür şeylere ihtiyacınız olabileceğini ve uçuşunuzu erkene almanız veya ertelemeniz gerekebileceğini söylemeniz önemlidir.
- Havayolları şirketleri genellikle 'kalıcı ya da değişmez duruma' sahip kişilerin yolculuk ederken tıbbi muayene belgesine ihtiyaç duymadığını söyleyecektir, fakat bilet alırken ne tür tıbbi bilgilere ihtiyaç duyulduğundan emin olmanız ve kontrol etmeniz iyi olur.

ACIL DURUMLARDA

İnsanın her gün karşısına büyük veya küçük acil durumlar çıkabilir. Zaten kafası karışık ve korkmuş durumda olan bir bunama hastasının depresyon, yangın gibi acil durumlara tepkisi aşırı ve uygunsuz olabilir. İyi iletişim becerileri hastanın zarar görmeyip güvenliğe olmasını sağlayacak en önemli araçtır. Aile bireylerinin, su geçirmez ve kolay erişilebilir bir yerde tutulan bir

acil çantası hazırlaması gerekir. İçinde şunlar bulundu-
rulabilir:

- Birkaç çift kolay giyilip çıkarılabilen giysi
- İlaçlar ya da ilaçların dozlarının da yazılı olduğu bir liste
- Bir çift ayakkabı ve terlik
- Bir gözlük
- Alt bezleri
- Bunamalı hastanın yeni bir fotoğrafı
- El losyonu gibi rahatlatıcı ürünler
- Şişe suyu, sevdiği sıvı ve katı gıdalar
- Sevdiği oyuncak, battaniye gibi bir eşya
- Acil bir durumda sakın olun. Bunamalı insanlar zaten kaostan zarar görmeye ve duygusal travmaya eğilimli olacaklardır, sizin duygusal tepkilerinize göre davranacaklardır.
- Hasta için özel ayarlamalar yapmanız gerekebilir, örneğin koltuk değneği veya tekerlekli sandalyesini ayarlamak gerekecektir.
- Hasta bir kurumda yaşıyorsa, onların acil durum planını ve hastanızdan kimin sorumlu olacağını öğrenin.
- Acil bir durumda elinizin altında bazı dokümanların bulunması gerekebilir, bunları da acil çantasına koymalısınız:
 - Kimlik belgeleri
 - Vasiyet vs gibi yasal dokümanlar
 - Hastanın durumunu belirtir tıbbi dokümanlar
 - Sigortaların kopyaları ve Sosyal Güvenlik numarası

- Doktorunun ismi, adresi ve telefon numarası (cep dahil)
- Polis, hastane, itfaiye, zehirlenme merkezi telefon numaraları
- Hastanın gıda ve ilaç alerjilerinin listesi
- Acil bir durumda erişilecek yakın ve arkadaşların iletişim bilgileri
- Bu dokümanların hastaya birincil olarak bakan kişiden bir başkasında da olmasını sağlayın.

İLAÇLAR, AŞILAR KONUSUNDA

- İlaçlar konusunda şu noktalara özellikle dikkat edilmelidir:
- Hasta ilaçlarını kendi kullanabiliyor mu?
- Kullanamıyorsa ona kim yardımcı oluyor?
- İlaçları veren hekim hastanın bakıcılarına yardımcı olabilecek bir tablo hazırlıyor mu?
- İlaçlarda yapılması gereken değişiklikleri kim takip ediyor?
- Eczane ilaçları eve gönderiyor mu?
- Hastanın ilaç masrafları sosyal güvence kapsamında mı?
- Anti psikotik ilaçların bunama hastalarında ölüm riski oluşturduğunu unutmamak gerekir.
- Bunamanın erken evrelerinde hastaya bir ilaç tablosu ve günlere/öğünlere bölünmüş bir ilaç kutusu ile yardımcı olunabilir. Bu liste ve kutunun yakından takibi de ihmal edilmemelidir.
- Hekime gitmeden tüm vitaminler, bitkisel ilaçlar, ilaçlar ve dozları liste haline getirilmelidir.
- Bazı ilaçların alkol-tütün ve başka ilaçlarla karıştırılmasının tehlikeleri hastanın bakıcısına mutlaka hatırlatılmalıdır.

- Yatalak hastanın derin ven trombozu açısından elastik çoraplar kullanması ve pıhtılaşma önleyici tedavi alması gerekebilir.
- Hastanıza şu aşıların yapılmasını sağlayın:
Grip
Pnömonokok
Zona

Bunama Hastasına Bir Bakım Kurumu Seçerken Nelere Dikkat Edilmeli?

Bir kurum hakkında referans alırken tanıdıklarınıza; tekrar aynı tesisi seçerler miydi, bir şikayetleri olduğunda ne gibi çözümlerle karşılaştılar, yaşlı oda arkadaşları nasıl seçildi, herhangi bir eşyaları kayboldu mu mutlaka sorun. Tesisi ziyaret ettiğinizde hangi hizmetlerin ücrete dahil olduğunu öğrenin ve basılı fiyat listesi alın; akşam veya hafta sonu önceden haber vermeden gidin, farklı zamanlarda farklı kişilerden bilgi alın, sosyal hizmet elemanı ve doktorla tanışın. Yüksek ses ve telefon gürültüsü var mı, binada aşırı koku veya sigara kokusu var mı, yaşlılar temiz kokuyor mu inceleyin. Geceleri kaç çalışan olduğunu öğrenin, çalışanlar görünürdeler mi ve yaşlılara sevecen mi-zorlamalı mı davranılıyor bakın. Şirket içi eğitim programını ve bir çalışana kaç yaşlı düşüyor öğrenin. Çağrı sistemi veya zil var mı ve çağrılara hemen cevap veriliyor mu bakın.

Yaşlılarla beraber yemek yiyip hem yemekleri tadın, hem de temizliği görün. Yemek planını isteyin, içme suyunun nasıl temin edildiğini öğrenin. Yaşlılarla birlikte

olup bıkkın mı yoksa etkin mi olduklarını; giysilerinin temiz ve ütülü olup olmadığını; odalarının temiz, uygun ısıda, düzgün, iyi ışıklandırılmış, yeterli genişlikte olup olmadığını ve kişisel eşyaları olup olmadığını görün. Yaşlıların rahat ve mutlu olduklarından emin olun. Te-siste sedye asansörü ve temiz tekerlekli sandalyeler ol-duğundan, istediğiniz her yerin hemen gösterildiğinden ve her yere basamaksız ulaşılabilindiğinden emin olun. Rehabilitasyon ve etkinlik planını, egzersiz aletlerini gö-rün. Yeterli bahçe var mı bakın. Ziyaret saatlerinde kısıtlama var mı öğrenin.

Alzaymır Köyü?

Hollanda'da 2009 yılında kurulmuş bir köy ya da semt, kasaba denebilir. Bu yerin sakinlerinin tek ortak özellik-leri ise hepsinin alzaymır hastası olması. Fikir, bir ba-kımevinde yönetici seviyesinde çalışan bir kadının hasta babasını çalıştığı yere getirmek istememesinden doğ-muş. Kadın bu durumun ne kadar üzücü olduğunun farkına varmış ve kendisiyle aynı fikri paylaşan diğer arkadaşlarıyla böyle bir atılımda bulunmaya karar ver-miş.

Burada yaşayan herkes alzaymır hastası ve bütün fi-ziki yapı da buna göre yapılmış. Örneğin, tek bir giriş-çıkış kapısı var ve sürekli kilitli. Bütün kumaşlar, biblo-lar, mobilyalar, renkler, eşyaların yüksekliği, yapısı gibi aklınıza gelebilecek her türlü fiziksel şart alzaymır has-tası olan insanlara göre tasarlanmış. Mesela marketteki ürünlerde fiyat etiketi yok, oradan alışveriş yapanlarla

ilgilenmek için market görevlisi özel olarak eğitilmiş. Burada müzik sıkça kullanılan bir etkinlik ögesi, bir kaç kelime bile edemeyen hastalar şarkı söylemeye gelince bülbül gibi şakıyormuş. İlgi çeken diğer bir nokta ise asansör kullanımı. Hastaların veya köyün sakinlerinin, asansör çağırma tuşuna veya kat tuşuna basmalarına gerek yok. Asansörün üzerindeki sensor birinin yaklaştığını algılıyor, asansör o kata geliyor, kapılar açılıyor ve kişi içeri girdiği zaman asansör hareket ediyor. Her ne kadar bilimsel olmasa da, buraya gelen hastaların hayatta kalma sürelerinde bir artış gözlemlendiği söyleniyor. Köy yeni açıldığında ortalama yaşam süresi 2-2,5 sene iken bu sayı sonraları 3-3,5 yıla kadar artmış.

Bunama Hastasına Bir Bakıcı Seçerken Nelere Dikkat Edilmeli?

Bunama hastalarının özel bir bakıma ihtiyaç duymaları nedeni ile bakıcı olarak çalışan personelin titizlikle seçilmesi ve bu hastalıklar konusunda bilgili olması çok önemlidir. Bakıcının özellikleri:

- Sigara içmemesi gereklidir.
- Aile yaşantısının düzenli olması çok önemlidir.
- Sorumluluk sahibi ve pratik olması gerekir.
- Sevecen ve güler yüzlü olması, hoşgörölü ve sabırlı bir yapıya sahip olması; hijyen ve temizlik kurallarına harfiyen uyması gereklidir.
- Mutlaka referanslı olması gerekir.

- Dikkatli olmalı. Enerjik bir yapıya sahip olmalıdır.
- İnsanlarla aralarında oluşan ilişkiye özen göstermesini bilmeli, disiplinli bir yapıya sahip ve kararlı olmalıdır.
- Hasta, yaşlı ya da engelliye “sen” diye bir hitap şeklinde konuşmamalı; ırk, cinsiyet ve din ayrımı yapmaksızın her türlü bakımı yapmalıdır.
- Saygılı davranış ve temel görgü kurallarına uymalıdır.
- Olumlu iletişim ve empati yeteneği olmalıdır.
- Gereğinde mesafeli davranmayı bilmeli, çalışma kıyafeti varsa onları giymelidir.
- Hastanın ilaçları ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olması da gerekir.
- Meslek ahlakına sahip bir birey olmalıdır.
- Hastanın yeterli beslenmesine ve yeterli sıvı almasına dikkat etmeli, ilaçlarını zamanında ve tam olarak vermeli, hastayı sosyal ve fiziksel olarak aktif tutmalıdır.
- Hasta fiziksel ihtiyaçlarını gideremeyecek durumda ise gerekli destek ve hizmeti sağlamalıdır.

Bunama Hastasının Bakımında Ne Gibi Sosyal Destekler Alınabilir?

İlk çağlarda sosyal yardımlar kendini; akrabalık, aile ve kabile içi dayanışma, komşuluk ve dini hassasiyetler çerçevesinde göstermiştir. Daha sonraları yerleşik hayatta geçilmesiyle sivil halkın kendiliğinden geliştirdiği es-

naf ve sanatkar kuruluşları, loncalar, sandıklar, dini kurumlar, vakıflar tarafından toplanan aidat ve bağışlarla sosyal yardımlar yapılmıştır. Sosyal ve ekonomik koşulların belirli kişiler lehine gelişim göstermesinin; geniş halk kitlelerinin yoksullaşmasına yol açması sonucunda, devlet de giderek sosyal yardım sistemine müdahil olmuştur. Merkezileşme sürecinde 19. yüzyılda İngiltere, ABD, Almanya, Danimarka ve Yeni Zelanda'da kamusal sosyal yardımların artık her muhtaç insanın hakkı olduğu ilkesi etrafında önemli adımlar atılmıştır.

Ülkemizde de Osmanlı döneminde ortaya çıkan Darülaceze, Hilal-i Ahmer Cemiyeti, Darüşşafaka Cemiyeti gibi kuruluşlara eklenmek üzere TBMM Hükümetlerince oluşturulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Yardım Komisyonu, Çocuk Esirgeme Kurumu, Belediyeler, Korunmaya Muhtaç Çocukları Koruma Birlikleri, Sosyal Hizmetler Akademisi, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü gibi kurumlarla bir 'Sosyal Hukuk Devleti' olma yolunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. 1976'da ise '65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'la konumuz olan bunama hastalarına yönelik ilk adım atılmış ve günümüzde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın kurulmasıyla sosyal yardım yapan birçok kurum Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında toplanmışsa da; hali hazırda bu yardımlar birçok farklı kurum tarafından yapılmaktadır.

Bu bağlamda 'Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya oranı yüzde 1,4 olan 'Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun gıda, barınma ve yakacak yardımları, eşi vefat etmiş kadınlara yapılan nakdi yardımları yanı sıra; sağlık tedavi yardımları, yaşlılık aylığı, engelli aylığı, engel-

li yakını aylığı, bakım yardımı gibi etkinlikleri ise il ve ilçelerde bulunan ‘Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları yerine getirmektedir. Bunamalı olan kişiler ve onların bakımıyla ilgilenenler, pek çok sosyal hizmet avantajlarından yararlanmaya hak kazanabilirler. Bir avantajdan yararlanmaya hak kazanmak için ise, kişilerin avantajın türüne göre çeşitlilik gösteren belli bazı koşulları karşılamaları gerekmektedir.

Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi, ilgilinin katkısı bulunan sosyal güvenlik sistemi ve ilgilinin katkısı bulunmayan sosyal güvenlik sistemi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ilgilinin prim ödemek suretiyle yararlandığı başlıca sosyal güvenlik hizmetleri; yaşlılık sigortası, genel sağlık sigortası, malullük sigortası, ölüm sigortası ve işsizlik sigortasıdır. Ilgilinin katkısı bulunmayan (primsiz) sosyal güvenlik sistemi içine ise sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler girmektedir. Primsiz sosyal yardım ve hizmetler şu gruplara ayrılmaktadır:

- a) 65 yaşını dolduran muhtaç, kimsesiz ve kendisine nafaka bağlanmayan veya bağlanacak durumda olmayan; herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan geliri bulunmayan kimsesiz ve muhtaç yaşlı Türk vatandaşlarına bağlanan koruma karakteri taşıyan yardımlar
- b) 18 yaşını dolduran, sürekli olarak bir başkasının bakımına muhtaç olan, bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan özürünün aylık gelirinin belli bir rakamın altında olması durumunda aylık bağlanması suretiyle yapılan yardımlar
- c) Fakir ve muhtaç vatandaşlara ‘Sosyal yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’ndan yapılan yardımlar

d) Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu' gereğince yaşlı, çocuk veya özürlülere yapılan yardımlar

Ülkemizde yaşlılara verilen sosyal hizmetlere detaylı bir şekilde bakacak olursak:

- Anayasa ile korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç yaşlılar için devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması-kurdurması hükmedilmekte
- Büyükşehir Belediyeleri korunmaya muhtaç yaşlılara sahip çıkarak yatılı yaşlı evleri -aceze evleri- güçsüzler yurdu-düşkünler evi-huzurevi açıp, işletmekte, ücretsiz poliklinik- ambulans-ulaşımaşevi hizmeti vermekte, ilaç-gıda-yakacak ve nakdi yardım yapmakta, bazı sosyal etkinlikler düzenlemekte
- 60 yaş üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşları olan; 2015 ortası itibarıyla toplamda 27.606 kapasiteye sahip 354 adet "Huzurevi" (bunların 129 tanesi 'Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait olmak üzere toplam 152 adedi kamu kurum ve kuruluşlarına aittir) bulunmakta
- Yine 60 yaş üzerindeki yaşlı kişilerin, yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürebileceği, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonunun sağlandığı; tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına

alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşu olan ‘Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri’ bulunmakta

- Gönüllü kuruluşlar, azınlıklar ve gerçek kişiler de ‘Huzurevi ve Evde Bakım Merkezi’ işletmekte
- Gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerince ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarınca açılan bu Huzurevi ve Bakımevlerindeki hizmetlerin takibi-denetlenmesi yapılmakta
- “Yaşamını evde yalnız-ailesi ile birlikte sürdüren yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmesine yardımcı olmak, yaşam koşullarını iyileştirmek, günlük yaşam etkinliklerine yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi olanakları ile karşılamakta güçlük çektikleri konularda destek hizmeti vermek, sosyal ilişkilerini ve etkinliklerini artırmak ve bunama hastası yaşlıların evde tek başına kalmasından kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak güvenliğini sağlamak, çeşitli etkinliklerle aktif hale getirerek huzursuzluğunu azaltabilmek” amacıyla ‘Yaşlı Hizmet (Danışma) Merkezleri’nde, Gündüzlü Bakım Hizmeti verilmekte; buralarda hastalara bakım verenlerin işleri yoğun olduğunda veya değişiklik amacıyla kullanılan bir çeşit ‘Yaşlı Kreşi’ hizmeti verilmekte
- Yaşlı Hizmet Merkezlerinde, yine yaşamını evinde yaşam sürdüren yaşlılara boş zamanlarını çeşitli etkinliklerle değerlendirme, ev ortamını iyileştirme, sosyal ilişkilerini arttırma ve günlük yaşam etkinliklerini geliştirmelerini destekleyerek yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yardımcı olma ve hasta olan yaşlıların da sosyal, psikolojik

ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla yaşlı-yakınlarının talebi ve hizmet gereklerine göre gece-gündüz, hafta sonu ve tatil günleri gerektiğinde 24 saat kesintisiz ya da saptanan saatlerde, Evde Bakım Hizmeti verilmekte, yaşlı yakınlarını bilgilendirici eğitim programları düzenlenmekte ve bunun yanı sıra, yaşlıların özel, resmi ve hukuki sorunlarının üzümünde rehberlik ve danışmanlık yapılmakta

- Belirli bir süre çalıştıktan sonra emekli aylığı almağa hak kazanmış olanlara yönelik sosyal güvenlik hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca verilmekte
- SGK'ya bağlı Huzurevlerinden Kurumdan aylık alan 60 yaşını doldurmuş kişilerden istekli olup, talebi uygun görülenler yararlanmakta
- 'Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi'nden medeni haklarını kullanabilen, en az 10 yıl prim ödeyenler yararlanmakta
- Fakru zaruret içindeki muhtaç ve SGK'dan aylık almayan yaşlılara il/ile 'Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları'nca gıda, yakacak, barınma, sağlık vs yardımlar yapılmakta
- Temel ihtiyaçlarını karşılayamayan ve yaşamlarını en düşük düzeyde dahi sürdürmekte güçlük çeken korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlılara ve ailelerine ayni-nakdi yardım yapılmakta
- Üniversitelerde iki yıllık 'Yaşlı Hizmetleri Bakım Programı' ve 'Evde Bakım Hemşireliği Sertifika Programı' uygulanmakta, kamu ve gönüllü kuru-

luşlarca sertifikalı “Yaşlı Bakım Elemanı Yetiştirme” amaçlı eğitimler verilmekte

- Üniversite Tıp Fakültelerinde ayaklı ve yataklı hizmet veren Geriatri Birimleri ve Geriatri Araştırma Merkezleri bulunmakta
- Üniversitelerin değişik fakülte ve bölümlerinde (örn: Diş Hekimliği, Eczacılık, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Sosyal Hizmetler, Hemşirelik, Psikoloji, Mimarlık vs) yaşlılık alanına ilişkin çalışmalar yürütülmekte; çeşitli panel, sempozyum ve kongreler düzenlenmekte
- ‘Halk Eğitim Merkezleri’nce bazı huzurevlerinde yaşlılara kurslar, kitap okuma gibi sosyal etkinlikler düzenlenmekte
- ‘Ulaştırma Bakanlığı’, isteyen emeklilerin maaşını evlerine teslim etmekte
- Yurt içi yolcu taşımalarında yaşlılara indirimli ya da bedava sınırsız seyahat olanağı tanınmakta
- Engelli araçlarına park yerleri konusunda ayrıcalıklar tanınmakta
- Özel firmalar evlere yemek servisleri (catering) ve evde sağlık hizmetleri sunmakta
- Bazı belediyeler engelli veya 65 yaş üstü hastalara hastaneye nakil ve temizlik gibi ihtiyaçlarında ücretsiz hizmet sağlamaktalar.
- Bakıma muhtaç durumdaki engellilerin bakımının evde yapılması halinde, bakımı yapanlara devlet tarafından ‘evde bakım parası’ adı altında maddi yardım da yapılıyor. Bakıma muhtaç olduğunu yani yüzde 50 oranında engelli derecesine sahip olduğunu belirtir ve ağır engelli ibaresi

taşıyan Sağlık Kurulu Raporu bulunan engelli kişinin sosyal güvencesinin olup olmaması önemli değil. Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının üçte ikisinden daha az olan bakıma muhtaç özürllere, resmi veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında bakım hizmeti verilmesi devletçe bu maddi yardım yoluyla sağlanmaktadır. Bakıma muhtaç engellinin başvurusunda, bakıma muhtaç engelliden, ailesinden veya yasal temsilcisinden aşağıdaki belgeler istenir:

- 1- T.C. Kimlik numarası beyanı
 - a- Hane halkı için Nüfus Müdürlüğünden alınan yerleşim kaydı.
 - b- Evde yaşayan herkesin kimlik fotokopileri ve vergi dairesinden alınacak sicil yoklama belgesi
 - c- SGK'dan alınacak olan ve evde yaşayan herkes adına sicil yoklama belgesi
- 2- Mevzuata uygun alınmış Sağlık Kurulu Raporu, söz konusu sağlık raporunda; "Ağır Engelli" kısmında "Evet" yazmak zorundadır
- 3- Bakmakla yükümlü olunan bireyler kapsamındaki kişilerin gelir ve mal durumuna ilişkin yazılı beyanı ve taahhüdü ile beyanın içeriğine dair şu belgeler:
 - a- Evde yaşayan ve çalışan veya emekli olan herkesin maaş bordrosu
 - b- 2022 sayılı Kanundan yararlanılıyorsa maaş bordrosu

- c- Tapu Sicil Müdürlüğünden evde yaşayan herkesin gayrimenkulleri olup olmadığına dair belge
- d- Tarla, bağ ve bahçeden dolayı tarımsal geliri olup olmadığına dair Tarım İl-İlçe Müdürlüğünden belge
- e- Vergi dairesinde sicil kaydı çıkanlar için muhasebecilerinden işletme hesap özeti ve vergi levhası fotokopisi
- 4- İki adet vesikalık fotoğraf
- 5- Varsa öğrenim durumunu gösterir belge veya sureti
- 6- Engellinin vasisi var ise, vesayete ve vasi atanmasına ilişkin mahkeme kararı
- 7- İkametgâh belgesi (engelli ve bakan kişi)

Bakıma muhtaç özörlölere verilecek evde bakım ücreti kişiye kim bakıyorsa ona verilmektedir. Ancak engelli olan ve engelliye bakmakla yükümlü olan kişi arasında kan bağı olması yanı sıra engelli ve ona bakan kişinin aynı evde ikamet etmesi zorunludur. Bakıma muhtaç özörlünün akrabasının veya akrabası yok ise vasisinin aynı adreste ikamet etmesi şarttır. Ancak bakıma muhtaç özörlüye bakacak kişinin bulunmaması halinde, ‘bakım hizmetleri değerlendirme heyeti’nin de olumlu görüşünün alınması şartıyla bakım hizmeti her gün rahatlıkla gelinip gidilebilecek yakınlıktaki farklı adreste ki bir akraba tarafından da verilebilir. Bu durumda, bakıma muhtaç özörlünün 24 saat içindeki tüm ihtiyaçlarının giderilmesi ve fiilen en az 8 saat bakıma muhtaç özörlü ile birlikte olunması gerekmektedir. ‘İl-İlçe Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne gerekli belgelerle yapılacak başvurunun ardından, görevliler gelerek bakımın yapılacağı konutu ve aileyi incelemektedir. Yapılan inceleme

sonucunda yapılacak yardım miktarı belirlenmektedir. Eğer uygun olduğuna karar verilirse bakım yardımının miktarı, yatılı bakım merkezlerinde günde 24 saat süreyle bakım hizmeti alan muhtaç engelliler için iki aylık net asgari ücret; gündüz bakım merkezlerinde, günde 8 saat süreyle tam gün hizmet alan muhtaç engelliler için bir aylık net asgari ücret ve akrabaları tarafından günde 24 saat süreyle bakılan muhtaç engelli için ise bir aylık net asgari ücret kadardır.

- Ayrıca %40 ve üzeri engelli olan muhtaçlara, sosyal güvencesi olmaması, herhangi bir gelir veya aylığı bulunmaması, mahkeme kararı veya kanunla bakım altına alınmamış olması, gelir getirici taşınır ve taşınmaz malı mevcut olmaması veya olup da bunlardan elde edeceği aylık ortalama gelirinin yönetmelikle belirlenen muhtaç aylığı miktarını geçmemesi durumlarında, Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından da ‘muhtaç aylığı’ bağlanmaktadır.
- SGK’nın kapsamını genişlettiği ‘malulen emeklilik’ düzenlemesinde ise MS, Parkinson, Alzaymır, Demans (bunama) da kapsama alındı. Yardım olmaksızın yürüyemeyen sigortalı, malul sayıldı. Düzenlemeden faydalanmak isteyenlerin sağlık kurulu raporu alarak başvuruda bulunması gerekiyor. Başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malul olan sigortalılar için sigortalılık süresi aranmaksızın 1800 gün sigorta primi bildirilmiş olması yeterli olacak. Ancak sevkte belirtilen sağlık kurulu, %60 çalışma kaybı olduğuna dair rapor düzenlemeli.

Sözünü ettiğim konulardaki mevzuata, yaşadığınız çevredeki bakım kurumlarının iletişim bilgilerine, vergi avantajlarına ve buna benzer daha detaylı bilgilere ise TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 0 312 705 7000 numaralı telefonundan veya eyh.aile.gov.tr adresli web sitesinden erişebilirsiniz.

Bunama Hastasının Son Dönem Bakımı Nasıl Olmalı?

Bunama hastalığının sonu yaklaştıkça, hastaya verilmesi gereken bakımın düzeyi artar. Hastanın ölümünden önceki bir yıl içinde, hastaya bakım veren yakınları %59 oranında bu bakımın 24 saatlik bir bakım olduğunu bildirmişlerdir. Hasta öldüğünde bakım veren yakınlarının %72'sinde bir rahatlama olduğu da bilinmektedir. Hastalar ise bir yandan sevdiklerine yük olmak istemezken, bir yandan da terk edilmekten korkarlar. Aslında kulağa rahatsız edici gelse de, bunama hastalığının yavaş seyri; hastaya ve yakınlarına kaçınılmaz sona hazırlanma şansı vermektedir. Bu dönemde yaşamın uzunluğundan çok, yaşam kalitesi ön plana alınmalıdır. Son dönem hastasının yapılması önerilen zorlu tıbbi tetkikler veya tedavilerden ne kadar süre ile yarar görebileceği de sorgulanmalıdır.

Bunama nihai bir hastalıktır. Bunama tanısı konar konmaz hastadan pek çok konudaki kararını öğrenin, özellikle de hastalığının son dönemi hakkındakileri. Tabii ki bu dönemin haftalar, aylar, hatta yıllar sürebilece-

ğini de belirtin. Tüm bu kararları tüm aile fertlerinin varlığında öğrenin ve hastanın kararlarına saygı duyun. Tüm aile fertlerini, hatta çocukları bile bu sürece mümkün olduğunca dahil edin. Gerekirse hukuki ve ekonomik uzman desteği de alın.

Hastanın yakınlarının anlaşmazlığa düştüğü veya bir yakınının olmadığı durumlarda bazı önemli tıbbi vs kararları verecek bir vasi tabii ki mahkeme tarafından da atanabilir. Ancak en iyisi vasi-vekil olacak, yani kararları onun adına alacak olan bu kişinin hasta ve yakınları tarafından zamanında belirlenmesi ve hatta hastanın yerleştirildiği kurumda imza altına alınmasıdır. Bu kişi bir akraba olabileceği gibi, bir arkadaş da olabilir.

Bunama ilerlemeden, son döneminde almak istediği veya istemediği tıbbi destekleri (hastalıklarına yönelik verilen ilaçlar, damardan besleme, hastaneye yatırma, yoğun bakıma yatırma, ameliyat-endoskopi-diyaliz-mamografi gibi girişimsel ve-veya eziyetli işlemler, antibiyotik kullanımı, yaşam destek ve canlandırma girişimleri vs) detaylandırın. Sön dönem hastasına verilen yeme ve içme desteği de, hastanın daha önce belirtmiş olduğu isteğine göre kısıtlanabilir. Doktorları bu istekleri arasından, tıbben ve hukuken uygun olanları yapacaklardır.

Hastanın evde mi, huzurevinde mi yoksa hastanede mi ölmek istediğini de öğrenin. Evde ölmek istediğini belirten hastaların ancak yarısının evde ölebildiğini de unutmayın. Evi tercih ediyorsa evde ne gibi sağlık hizmetleri alabileceğinizi, evin bir hastane yatağına veya tekerlekli sandalyeye uygunluğunu, sizin gücünüzün ne gibi bir bakıma yeteceğini iyi değerlendirin. Son döneminde nasıl bir dini destek istediğini (dua-dini tören vs.) de öğrenin.

Hastayı yerleştirdiğiniz kurumda; son dönemde hangi tıbbi destekleri verebildikleri, hangi durumlarda sizden ekstra bir tıbbi yardımcı istedikleri, hangi durumlarda hastanızı bir hastaneye g t rmenizi istedikleri, aile fertleri arasında bir anlaşmazlık olduğunda hangi tıbbi uygulamaların yapılacağına karar verecek bir etik kurulu olup olmadığı, hasta ölmek üzereyken yakınlarını yanına alıp almadıkları, böyle bir durumda aileden ilk kime haber verildiği, hastanızla ilgilenen personele her an ulaşabilme yetkinizin olup olmadığı, morgları olup olmadığı vs gibi bilgileri de yazılı olarak detaylandırın.

HASTANIN YAşAMININ SONUNA GELDİĞİNİ, ÖLMEKTE OLDUĞUNU GÖSTEREN BELİRTİLER NELERDİR?

- Davranışlarda ve zihinsel işlevlerde ani değişiklik
- Bağırıp  ağırma, inleme (ağrı anlamına gelmeyebilir)
- Huzursuzluk, diş gıcırdatma, ağız şapırdatma
- Vücutta, kol ve bacaklarda belli bir pozisyonda kasılma
- Zorlu ve hırıltılı nefes alıp verme, arada 10-30 saniyelik apne denen duraklamalar olması
- Yeme isteğinin bitmesi
- Aşırı huzursuz rüyalar
- Aşırı susama
- Saçını solunu çekiştirme
- Aşırı terleme
- Çevreyle ilgilenmeme hali
- Ciltte renk ve ısı değişiklikleri olması: Kol ve bacaklar soğuyup mavi renge dönebilir, el ve ayak-

ların iç yüzünde kırmızı-mavi noktalar belirebilir, vücudun yatağa bakan yüzünde renk koyulaşabilir. Bunlar hastanın üşümüş olduğunu değil, kan dolaşımının bozulduğunu gösterir.

- Görsel, işitsel, dokunsal sanrılar
- Aşırı uyuma hali
- Yutkunamama, ağız kuruluğu
- Aşırı ağız sulanması
- Büyük abdestini kaçırma
- Böbrekler yavaşladığı için idrar miktarının azalması
- Gözden, burundan, ciğerlerden aşırı sıvı gelmesi
- Dikkatini toplamakta güçlük, dikkat süresinin kısalması
- Ateşin yükselmesi

YAŞAMININ SONUNA GELMİŞ, ÖLMEKTE OLAN BİR HASTA NASIL RAHATLATILIR?

- Bir vantilatörü alçak hızda yüzüne doğrultun
- Ağzını nemlendirin
- Elini tutun
- Kabızsa lavman yapın
- Ağrısını dindirin, tam dinmese bile dayanılabilir hale getirin
- Bulantısını kesin
- Hastayla üzüntünüzü, korkunuzu ve acınızı paylaşmayın
- Hastanın ölüm korkusunu anlatmasına izin verin, sözünü kesmeyin, tartışmayın
- Son dileklerinin yerine getirileceğine dair güven-
ce verin

- Yalnız kalmak istiyorsa buna da saygı duyun
- Sevdığı ev hayvanına dokunmasına izin verin
- Bu durumdaki hastanın şırınga ile beslenmeye çalışılması tehlikelidir!
- Bazı durumlarda morfin türü ilaçlar hastanın solunumunu veya ağrısını rahatlatmak için kullanılabilir.

Bunama Hastasının Yakın Çevresindekilerin Ne Gibi Sorunları Olabilir?

Bunama hastalarında, verilen bakımın süresi normal yaşlılara verilen bakım süresinden daha uzun olmaktadır. Bunama hastalarında 1 ila 4 yıllık bir bakım gereksinimi %43 hastada söz konusu iken bu oran normal yaşlılarda %33'tür. Süre 5 yıldan uzunsa oranlar %32'ye %28 olmaktadır. Bu süre boyunca bunama bulgularını tedavi eden ilaçların kullanımının yararını ise en çok hastaya bakım verenler görmektedir. Hastanın bakımından sorumlu olanlar, birincil bakım veya ikincil bakım veriyor olabilirler. Birincil bakım hastanın 1/2 oranında yatıp kalkma ve 1/3 oranında giyinme, kişisel hijyen, beslenme, tuvalet, psikolojik davranış sorunlarıyla uğraşma gibi günlük yaşam etkinliklerine yardım etme gibi destekler iken; ikincil bakım hastanın bağımsız yaşayabilmesi için daha önemli olan ev işleri, ilaçlarının temini, alışverişi, ekonomik durumunun desteklenmesi ve transportu gibi yardımlar yanı sıra hasta bir bakım kurumu-

na yerleştirilmiş ise oradaki bakımının ayaılanması-takibi-duygusal desteği olarak tanımlanabilir.

Hastanın bakımdan sorumlu olan söz konusu kişilerin %80 oranında hastanın çocuk-torun gibi akrabaları olduğu ve bunların çoğunun da kızlar (%62 oranında) olduğu bilinmektedir. Dahası, bu kişilerin %23'ünün kendisinin 65 yaş üstünde olduğu, %60'ının halihazırda çalışmakta olduğu, %70'inin evli olduğu; %30'unun ise 18 yaş altında çocuğu olduğu yani iki kuşaa bakım veren "sandviç bakıcı" olduğunu da unutmamak gerekir. Hastaların ikincil bakımına yardımcı olan yakınlarının %72'sinin uzakta yaşamakta oldukları ve haftada yaklaşık 3 saatlerini bu bakımı ayarlamak, 4 saatlerini de bu bakımın kontrolü için harcadıkları bilinmektedir. Ayrıca ikincil bakıma yardımcı olan yakınların %20 ila 40'ının hastanın birincil bakımına da yardımcı oldukları bilinmektedir.

Hastanın bakımından sorumlu olan kişilerin yaşadığı "uzaklık" kavramını tanımlamak zor olmakla birlikte, 1-2 saatlik bir uzaklıkta yaşamayı ölçüt olarak alabiliriz. Bu kişilerin hastadan olan coğrafi uzaklığı; daha yüksek eğitim düzeyine ve evli olmalarına bağlı olarak artmakta, akraba sayısının artmasına bağlı olarak ise azalmaktadır. 80 yaşının üstündeki hastalara bakım verenler için bu mesafe daha yakinken, ekonomik durumu daha iyi olan yakınlar daha uzakta yaşamaktadırlar. Daha geniş bir çekirdek aileye sahip olan çocuk-torunlar daha uzakta yaşamakta iken, kentlerde yaşayanlar hastalarına daha yakındırlar. Coğrafi hareketliliği göç ve benzeri nedenlerle daha yüksek olan ailelerde ise bu mesafenin daha uzak olduğu da bilinmektedir.

Sonuçta, uzakta yaşayan yakınların ayda ortalama 22 saatlerini hastanın ikincil bakımına, 12 saatlerini ise birincil bakımına harcadıklarını söyleyebiliriz. Web hizmetlerinin gelişmesi sayesinde pek çok kablolu on-line ve telefon-bilgisayar destekli programlar, veri tabanları, biyoalgılayıcı ve hareket algılayıcı güvenlik sistemleri, evde kişisel yardımcı olarak kullanılabilen yapay zeka sistemleri ve ara yüzler; yaşlıların bağımsız yaşamasını ve izlenmesini sağlayarak, uzaktan bakım verenlerin işini kolaylaştırmak amacıyla hizmete sunulmuştur ve neredeyse her gün yeni bir sistem geliştirilmektedir.

Söz konusu edilen uzaktan sağlanan bakımların, kentlerde yaşamayan hastalar için çok daha zor olduğunu da vurgulamak gerekir. Pek çok uzakta yaşayan bakım sağlayıcı, hastanın ihtiyaçlarını abarttığını ve kendisine verilen hizmeti küçümsediğini düşünmektedir. Ayrıca lokal bakıcılardan ve hastanın komşularından bilgi almanın zorluğunu; özellikle acil durumlarda hastayı sağlık hizmetlerine ulaştırmanın güçlüğüne de vurgularlar. Dahası, uzakta yaşayanların sağladığı bakım; yakında yaşayan bakım verenler ve diğer aile fertleri tarafından da yetersiz bulunur ve hatta küçümsenir. Uzakta yaşayan bakım vericiler, hastanın sağlığı konusundaki bir takım kararlardan dışlandıklarını da düşünürler. Üstelik yakında yaşayanlara göre yaklaşık 2 kat kadar daha yüksek masrafları olmakta (seyahat, telefon ve bakım hizmeti kiralama gibi giderler nedeniyle), daha çok zorlukla karşılaşmakta ve üstelik hem aile içi sorunlar yaşamakta ve hem de psikolojik durumları daha kötü olmaktadır.

Tüm bu bilgilerin doğrultusunda, “Kendisine yararı olmayanın çevresine yararı olmaz!” sözünden hareketle;

bunama hastasına bakım veren yakınlarının ne zaman kendilerini geriye çekip sorumluluklarını bir başkasına devredeceklerini bilmeleri gerekir. Bir bunama hastasına bakım verenlerin karşılaşabilecekleri fiziksel ve ruhsal yıpranmayı göz ardı etmemek gerekir. Bir hastalığınız veya acil durumunuz söz konusu olduğunda yerinizi dolduracak bir arkadaş veya yakınınızı önceden ayarlamış olmanız gerekir. Ayrıca sorunlarınızı paylaşabileceğiniz bir dostunuzun da hazırda bekliyor olması gerekir. Hatta sorunlarınızı kağıda dökmeniz bile sizi rahatlatabilir.

Hastanın yaşam kalitesinde elde ettiğiniz düzelmeyi daima göz önünde tutun ve “başarı” kriterlerinizi, hastanın durumu kötüleştikçe yeniden gözden geçirin. Üzüntünüzden gurur duyun. Hangi sorunlar sizin kontrolünüzün dışındadır, yetenekleriniz nedir ve neyi ne kadar yapabilirsiniz; gerçekçi bir şekilde düşünün. Her şeyi kendiniz yapmaya çalışmayın. Şayet aile üyelerinizin size yeteri kadar yardımcı olmadığını düşünüyorsanız, onlarla samimi ve açık bir şekilde konuşun. Zor ve yorucu her bir problemle başa çıktığınızda, yeniden enerji kazanmak için bir süre hastanızdan uzak kalın.

Doktorunuza gitmeyi ihmal etmeyin, düzenli sağlık kontrollerinizi yaptırın, vücudunuzun size vermeye çalıştığı mesajların farkında olun. Kimi zaman aile bütünlüğünü korumanın ve başkalarına yardımcı olmanın hazını yaşayabilirsiniz. Ancak ağır fiziksel yük (%43 oranında görülür), kendi sağlığınızla yeterince ilgileneme duygusu (%75 oranında görülür), tükenme belirtileri, duygusal stres (%61 oranında görülür), uykusuzluk, iştah ve davranış değişiklikleri, depresyon (%39 oranın-

da görülür), bağışıklık sisteminde zayıflama, yara iyileşmesinde gecikme, hipertansiyon yanı sıra; işe geç gitme (%65 oranında görülür) veya izin alma (%20 oranında görülür) gibi nedenlerle işinizin aksamasına bağlı gelir azalması, ekonomik durumunuzun bozulması (%56 oranında görülür) ve aile ilişkilerinizin bozulması (%53 oranında görülür) gibi olasılıklar hakkında tetikte olun. Bu bulguları ihmal etmek, fiziksel ve ruhsal sağlık seviyenizin düşmesine yol açabilir. Normal yaşlılara bakım verirken %2 oranında ortaya çıkabilen sağlık problemleri, bunama hastalarına bakım verirken %7 oranında ortaya çıkar.

Kendinize “hiç bir şey yapmayacağınız” zamanlar ayırın. Egzersiz, kitap okuma, sinemaya gitme, spor, meditasyon gibi uğraşlara da zaman ayırın. Mizah duygunuzu geliştirin, kahkahalarınız hem ruhunuzu ve hem de vücudunuzu yenileyecektir. Hastanın çevresindekilerin gerçek ötesi beklentilerine set koymayı bilin ki ‘tükenmişlik sendromu’na yakalanmayın. Telefon numaranızı ve iletişim bilgilerinizi herkesle paylaşmayın. Sorumluluk tanımınızın dışına çıktığınızda, bu fedakarlığınızın hastanızın yakınlarının gözünde giderek göreviniz haline dönüşeceğini unutmayın. Daha beteri, bunu hastaya yardımcı olan herkesten bekleyeceklerdir. Sorumluluklarınız kendinizle ilgilenmenize engel oluyorsa, kişisel ihtiyaçlarınızı karşılayamıyor ve duygusal yönden tükenmekteyseniz; profesyonel yardım alın. Hasta için yaptıklarınızın sizin de hakkınız olduğunu unutmayın. Kendinize bakarsanız, hastanıza da bakabilirsiniz.

Şu bulgular varsa geriliminiz artmış demektir:

Hastalığın ve hastadaki etkilerinin inkarı
Hiç bir tedavinin işe yaramadığı ve hiç kimsenin sizi anlamadığı için hastaya ve çevrenize duyduğunuz kızgınlık
Bir zamanlar keyif alınan arkadaşlar ve etkinliklerden el-etek çekmek
Bir sonraki gün ve gelecek hakkında endişeler
Moralinizi bozan ve dayanma gücünüzü düşüren depresyon
Günlük olarak yapılması gereken görevleri yapmayı imkansız hale getiren tükenmişlik
Sorunları düşünmekten uyuyamamak
Olumsuz cevap ve tepkilere yol açan sinirlilik, aşırı hassasiyet
Bilinen görevleri yapmayı güçleştiren odaklanma zorluğu
Zihinsel veya fiziksel olarak biriken sağlık problemleri

Söz konusu bulguların erkenden farkına varın. Çünkü fiziksel olarak iyi durumda olan bir insandaki davranış değişikliklerine, bir takım açıklamalar getirmek kolaydır. Bunun yerine hekimlerden yardım isteyin, bazı sorunlar zamanında müdahale ile düzeltilebilir. Ayrıca ne gibi sosyal hizmetlerden yararlanabileceğinizi de öğrenin. Ailenizden, arkadaşlarınızdan ve sosyal hizmet sunucularından yardım alın, her şeyi tek başınıza yapmaya çalışmak sizi çabuk tüketecektir. Diyetinizi ve istirahatinizi aksatmayın. Stres ile başa çıkmayı öğrenin, yoksa bulanık görme-midede yanma-yüksek tansiyon gibi fiziksel ve sinirlilik-odaklanma güçlüğü-iştah bozukluğu gibi ruhsal sorunlarınız ortaya çıkacaktır.

Hastanın ihtiyaçlarındaki değişimi zaman içinde gözden kaçırmayın çünkü artık karşılayamayacağınız ihtiyaçlar ortaya çıkmış olabilir. İleriye yönelik ekonomik kestirimler yapın, gerekirse yasal danışmanlık desteği alın; bu planlara hem hastayı hem de ailesini dahil edin. Kendinizle vnn, sağladığınız desteğin fark oluşturduğunu ve elinizden gelenin en iyisi yaptığınızı fark edin-ettirin. Daha fazlasının elinizden gelmediğine üzülmeyin. Unutmayın ki bunamalı bir hastanın bakımı bir hedef değil, bir yolculuktur...

Ailelerin %77'sinin hastalarını bir bakım kurumuna yerleştirme kararının doğru mu yoksa yanlış alınmış bir karar mı olduğu konusunda kararsız olduğu bilinmekle birlikte; yakınınızı bir bakım kurumuna yerleştirdikten sonra duygusal ve psikolojik durumunuzun ve stresinizin azaldığını gösteren çalışmalar olduğu gibi, durumun değişmediğini gösteren çalışmalar da vardır. Örneğin hastanın eş ve çocuklarında 1 yıla kadar varan srelerde hiçbir değişiklik olmadığı bilinmektedir. Bu değişiklik daha çok hastanın ve bakım verenin kişiliği ile, hasta ve bakım veren arasındaki ilişkiye bağlıdır.

Çocuklarınız sizi daha fazla zeceğini düşündükleri için, endişelerinden bahsetmekten veya duygularını göstermekten korkabilirler. Nazike yreklendirilmeye ihtiyaç duyabilirler. Çocukları soru sormaları için yreklendirin ve söyleyeceklerini dinleyin, böylece onları neyin endişelendirdiğini anlayabilirsiniz. Küçük ocuklar yakınlarının neden bu kadar garip davrandığının onlara hatırlatılmasına ihtiyaç duyarlar. Yeni problemler ortaya çıktıkça bütün çocuklar kendi duyguları hakkında konuşmaya ihtiyaç duyabilirler. Küçük ocuklar hastalığın onlara da bulaşacağından korkabilir veya hastalığın yap-

tıkları bir hataya bağlı olduğunu düşünebilirler. Gençler ise artan sorumluklarından ötürü tepkili olabilir veya hastanın halinden utanabilirler. Hastalığın yol açtığı değişiklikleri onlarla açık açık konuşun. Okuldaki öğretmen ve danışmanlarını durumdan haberdar edin. Hastanın duygu, düşünce ve öğütlerini kaydedin; çocuklar büyüdüklerinde bunun değerini daha çok anlayacaklar.

Çocukların tartışmak istedikleri zorluklar şunlar olabilir:

- Sevdikleri kişiye olanlar yüzünden duydukları üzüntü ve kişinin geleceği için hissettikleri kaygı
- Yakınlarının davranışları yüzünden duydukları korku, can sıkıntısı, rahatsızlık veya utanç ve belki de; böyle hissettikleri için duydukları suçluluk
- Kendilerinden sorumlu olmuş bu kişiye karşı sorumluluk duymaları gerektiğini varsaymaları
- İşlerin eskiden olduğu gibi olmaması veya yakınlarıyla artık iletişim kuramamaları yüzünden hissettikleri kaybetme duygusu
- Diğer aile üyelerinin stresli olması ve eskisinden çok daha az zamanları olması yüzünden duyulan kırgınlık.

Bunamalı kişinin bakımına ve ilgisini uyandırmaya çocuklarınızı da dahil edecek yollar bulmaya çalışın. Ancak onlara çok fazla sorumluluk yüklemeyin ve bu sorumlulukların zamanlarının çoğunu almasına izin vermeyin. Çocukları normal hayatlarına devam etmeleri için teşvik etmek de çok önemlidir. Kişiyle kısa zaman için bile birlikte olmalarının ve sevgi ve şefkat göster-

melerinin, yapabilecekleri en önemli şey olduğunu vurgulayın. Yakınlarıyla geçirdikleri zamanın zevkli olmasını sağlamaya çalışın - örneğin birlikte yürüyüşe çıkmak, oyun oynamak, eşyaları yerleştirmek veya bir hatıra albümü yapmak gibi. Yakınlarınızın eskiden nasıl olduğu hakkında konuşun ve çocuğunuza fotoğraflar gösterin. Hastalık sürecinde bile, geçirilen güzel zamanları hatırlatması için çocuğunuz ve yakınınızın birlikte fotoğraflarını çekin. Çocuklara, yakınınızın bunu anlayabilecek ve kendini ifade edebilecek olsa onunla ne kadar gurur duyacağını söyleyin. Bu konuda mutlu olduklarından ve durumla başa çıkabileceklerinden emin olduktan sonra, çocukları yalnız başına kısa süre için bile olsa görevlendirmeyin!

Arkadaşlarınız, işyerinizdekiler ve komşularınız da size neler olduğunu anlamayabilir. Bazıları mesafeli durup, bazıları da çok üstünüze düşebilirler. Ne diyeceklerini ve ne yapacaklarını bilemeyebilirler. Sizin onlara ulaşmanızı bekliyor olabilirler. Sosyal etkinliklerinize devam edin ve onlara rahat olduğunuzu gösterin. Yardıma ihtiyacınız olduğunu onlara söyleyin ve neler yapabileceklerini anlatın.

Yasal dokümanları dosyalayın, aralıklı olarak gözden geçirin ve yenileyin. İlerideki sağlık durumunu, bakım tercihlerini ve yaşamın son günleri hakkındaki tercihleri planlayıp; yazılı doküman haline getirin.

6

NE KADAR?

Bunama Ne Sıklıkta Görülüyor?

Tüm dünyada 36 milyon kişide bunama olduğu tahmin ediliyor. Bu sayının 2050 yılında 4 katına çıkması bekleniyor. Detaylandırarak olursak, 65-74 yaş arasındaki insanların %3'ünde, 75-84 yaş arasındaki kişilerin %19'unda ve 85 yaş üzerindeki kişilerin %50'sinde bunama görülüyor. Dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla, bunama görülme sıklığının da dramatik şekilde arttığı görülmüş ve önümüzdeki yıllarda da bu artışın katlanarak süreceği öngörüsünde bulunulmuştur. Huzurevlerinde yaşayan insanların da yarısından çoğunda bunama tablosu vardır ve bu hastaların pek çoğu söz konusu kurumda iken ölmektedir. Tüm dünyada 1990 yılında bunamaya bağlı ölümlerin sayısı 0.8 milyon iken, bu sayı 2013 yılında 1.7 milyona çıkmıştır. Ayrıca bunamanın global bazda yıllık 604 milyar Amerikan Doları toplamında bir ekonomik kayba neden olduğu da bilinmektedir.

Bu hastaların üçte ikisi düşük veya orta gelir grubundaki ülkelerde yaşamaktadır ve sayının hızla artması özellikle bu ülkelerde beklenmektedir. Günümüzde tüm dünyada (özellikle gelişmiş ülkelerde) en hızlı artan yaş grubunu 65 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. Türkiye'de günümüzde 500 bin civarında olan bunama hastası sayısı da ileride ne yazık ki artacaktır. Çünkü Türkiye'de 65 yaş üstü nüfus, her 5 yıl içinde yaklaşık ikiye katlanarak artmaktadır. Genç nüfusun giderek yaşlanacağı bir ülke olarak Türkiye'de de, 30-40 yıl sonra bu hastalığın en önemli sağlık sorunlarından biri olacağı bellidir.

Tüm toplumda her yüz bin kişi arasında 22 kişiden birinde, geriatrik yaş grubunda yani 65 yaş üzerinde her 80 kişiden birinde ve herhangi bir huzurevinde yerleşik her 7 kişiden birinde Adams Hakim tarzı bunama, yani ameliyatla düzeltilebilen bunama görülüyor. Ve yine ne yazık ki gelişmiş toplumlarda bile bu hastaların ancak %20'si tedaviye ulaşabiliyor.

Bunama Sosyal Bir Problem midir?

65 yaş üstü alzaymır hastalarının tanı konduktan sonra ortalama 4 ila 8 yıl yaşadığı bilinmekle birlikte, bazı hastaların 20 yıl yaşadığını da görüyoruz. Bu sürenin %40'ı ise hastalığın ileri evresinde ve huzurevlerinde geçirilmektedir. 80 yaş üstündeki normal insanların huzurevine yerleştirilme oranı %4 iken, bu oran alzaymır hastalarında %75'e ulaşmaktadır.

Pek çok önemli hastalığın (AIDS, inme, kalp hastalığı, prostat kanseri, meme kanseri gibi) yol açtığı ölümler azalmakta iken, alzaymır hastalığı en çok öldüren 10 hastalık arasındaki tek tedavi-önleme veya geciktirme yolu bilinmeyen hastalıktır. Bunama hastaların yarısına tanı konamadığı da göz önüne alarak, halihazırda buz dağının su üstündeki kısmını görmekte olduğumuzu söyleyebilirim.

Bundan 40 yıl önce bunama bugünkü kadar sık konuşulan bir konu değildi. Yaşam beklentisi her geçen gün arttıkça ve 'Baby Boomer' Kuşağı (1946-1964 arasında doğanlar) yaşlılığın eşiğine geldikçe, batılı ülkeler "bunama tsunamisi" olarak nitelendirilen bir sorunla

baş etmek zorunda kaldı. Hatta David Cameron, bunun İngiltere’de 800.000 kişiyi etkileyen bir “ulusal kriz” olduğunu ilan etti. Artık pek çok insanın emeklilik sürecini ya bunama hastası olarak, ya da bunama hastası bakıcısı olarak geçireceği öngörülüyor.

Son yıllarda bu sorun o kadar ciddi boyutlara ulaştı ki, dünyanın en zengin ülkelerinin oluşturduğu G8 grubu, bunama konusundaki araştırmalara öncelik tanınması ve işbirliği yapılmasını kararlaştırdı. Bunama yaygınlaştıkça kamu sağlığı hizmetleri üzerinde önemli bir yük oluşturan, ciddi bir sağlık sorunu haline geldi. Örneğin İngiltere’de bunama teşhisi konulmuş bir hastanın bakım maliyeti ortalama ücret gelirin üzerinde. Öte yandan bireysel açıdan da, böyle bir sonla karşılaşmak endişesi; insanlardaki uzun yaşama arzusunu neredeyse yok etti.

İngiltere’de ve ABD’nin bazı eyaletlerinde hiçbir yakını olmayan ve çevreleri için tehlikeli olabilecek bunama hastaları kolluk güçlerince muayene ve tedaviye zorlanabiliyorlar, araba kullanma ehliyetleri geri alınabiliyor. Ülkemizde de bunama şüphesi olan kişilerin zihinsel yetileri, sağlık kurullarınca değerlendirilip; kendilerine mahkeme tarafından vasi tayin edilebiliyor.

Bütün bu iç karartıcı tablo, tabii ki bunama artış hızının eskisi gibi devam edeceği varsayımına dayanıyor. Bunamaya yol açan en önemli risk faktörünün yaşlanma olduğu düşünülürse, bunun mantıklı bir çıkarım olduğu da söylenebilir. Ancak son yıllarda yaş ortalaması yükseldiği için, bunamadan etkilenen nüfusun toplam sayısı düşmemekle birlikte; bireysel bazda bunama riskinde ciddi bir düşüş var. İngiltere’de ve Danimarka’da yapılan iki araştırma, bunama artış hızında belirgin bir

düşüş olduğunu gösteriyor. Zenginliğin eskisine göre istikrarlı yükselişi, eğitim ve sağlıklı yaşam; bunamada gerilemeye yol açmış olabilir. Bütün bunlar beyni daha iyi durumda tutan sosyal girdilerdir.

Yine de şişmanlık ve şeker hastalığının artış gösterdiği bir dünyada, bunama artış hızının düşeceğini öngörmek aşırı iyimserlik olabilir. İnsan ömrünün 80'lere, 90'lara uzadığı günümüzde; 2030 yılında 65 yaş üstü grubun toplam nüfusun %20'sine ve 2050 yılında bugünkü oranın 3 katına ulaşacağı öngörülmektedir. Ulusal sağlık hizmetleri yetkilileri, bunamanın artış göstermesi tehlikesine karşı hazırlıklı olmak zorundalar. Ancak bunamayı engelleyici önlemlerin büyük kamu yatırımları gerektirmesi yöneticilerin belini büküyor.

7

KİMDE ?

Yaşlılıkta Hangi Unutkanlık Durumlarında Bunamadan Endişelenmeli?

Yaşlılıkta günlük yaşamı sürdürmeyi zorlaştıran ve ciddi sorun yaratan her türlü unutkanlık bir nörolog, psikiyatrist veya geriatristin görmesi ve takip etmesi gereken bir durumdur. Tabii bu değerlendirmede kişinin 5 veya 10 yıl önceki halini ve eğitim-beceri düzeyini de göz önünde bulundurmak gerekir. Durumun açıklıkla ortaya konması için belleği ve diğer beyin işlevlerini ayrıntılı değerlendiren “nöropsikolojik testler” yapılmalıdır.

Unutkanlığı süreklilik kazanan ve zaman içinde ağırlaşan; unutkanlık dışında günlük etkinliklerde bozulma olan; davranış bozukluğu ya da duygu durum dalgalanmaları gibi ilave bulguları olan; ailesinde bunama hastası olan; felç veya ciddi kaza geçirmiş kişilerde unutkanlık ciddiye alınmalıdır. Bilinen bir nörolojik hastalığı olan veya diğer tıbbi hastalıkları olan kişilerdeki unutkanlığın altında, mevcut hastalıklar yatabileceğinden daha da titiz bir inceleme gerekir.

Bunama Nasıl Anlaşılır?

Erken tanı; tedavi, destek ve gelecek planları için olası en iyi şansınızı kullanabilmeniz anlamına gelir. Eğer kendinizde veya sevdiğiniz bir yakınınızda aşağıdaki tehlike işaretlerinden herhangi birinin farkına vardı iseniz, bu tip sorunlarınızı bir kâğıda not edip; bununla hemen bir uzman hekime başvurun:

Günlük yaşamı kesintiye uğratan, yaşam kalitesini düşüren bellek kaybı: Unutkanlık giderek süreklilik kazanır ve ağırlaşır; yargılama, anlama, dikkati toplama işlevlerini de etkileyecek şekilde ilerleyebilir. Kişi öncelikle yeni öğrenilmiş bilgiler olmak üzere; önemli tarih ve olayları unuttur, hatırlatıcı notlara ve elektronik kayıtlara sık sık başvurur, kendi yapabildiği işler için aile fertlerinin yardımına ihtiyaç duyar. Çevredekiler “ne unutkanlığı, 30 yıl öncesini cin gibi hatırlıyorsun” diyerek yanlış bilgi verebilir ama önemli olan yakın döneme ait unutkanlığın olmasıdır. Kişi gözlüğünü bıraktığı ya da parasını koyduğu yeri veya arkadaşlarının adını hatırlamamaya başlar. Kişi tekrar tekrar aynı soruyu sorabilir veya aynı hikâyeyi, kelimesi kelimesine, tekrar tekrar anlatabilir. Yeni banyo yaptığını veya elbiselerinin temiz olduğunu iddia ederken, aslında çok uzun süredir banyo yapmamış olabilir ve aynı kirli elbiseleri tekrar tekrar giyebilir. Erkekler tıraş olmaz, kadınlar yemek yapmaz. Emekli kahvelerinde okey oynayan hasta unutkanlık nedeniyle başarısız olduğunda, yorgunluk veya ortamı beğenmeme bahaneleriyle o gruptan uzaklaşır. Başbakanın adını unutmasını ve hatırlayamamasını, gazete okumamasına bağlar. Torununun adını bilememesini, onun hiç ziyaretine gelmemesine bağlar. Evine giden yolu şaşırır. Tipik olan, isim ve randevuları unutup sonradan hatırlamaktır.

Plan yaparken ve problem çözerken sorun yaşamak: İnsan plan yapıp takip etme ve sayılarla işlem yapma yetisinde azalma yaşayabilir. Bildik bir yemek tarifini, veya aylık faturaları takip etmekte zorluk çekebilir. Odaklanma güclüğü çekildiği için, işin yapılma süresi eskisinden

uzun olabilir. Tipik olan, bir yapılacaklar listesinde sık sık hata yapmaktır.

Evde, işte veya tatilde bildik ve rutin işleri tamamlamakta güçlük çekmek, yüklendiği sorumlulukları yerine getirememek: Yemek yapma, tek başına seyahat etme, araba kullanma, alışveriş gibi günlük işleri yapmakta zorluk çekilmeye başlanır. Küçük kazalara sebep olur. Kişi gün boyunca yaşamını yönlendirmeleri için yakınlarına yönelir ve onların peşini bırakmayıp daima bir şeyler talep eder. Bu durum sıklıkta terk edilme korkusu nedeni ile ortaya çıkar. Zaman zaman herkes zihinsel dağınıklık yaşar ve yemeğe tuz koyup koymadığından emin olmayabilir. Ancak bunama hastası yapmayı iyi bildiği bir yemeği pişirirken, içine koyması gereken ana maddeleri bile eklemeyi unutabilir. Nasıl musluk tamiri yapılacağını, iskambil oynamayı yani önceden kolaylıkla ve sürekli olarak yaptığı işleri unutabilir. Fatura ödeme veya banka hesabını dengeleme gibi şeyleri beceremeyebilir. Çalıştığı işe ve hobilerine olan ilgişi azalabilir. Günlük yaşam etkinliklerinde zorluk çeker: Telefon, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır, ulaşım, ilaçlarını kullanma, para işleri gibi... Bunama başlangıcında insana günlük işleri tamamlamak zor gelir. Tipik olan, bir televizyon programını kaydetme veya mikrodalga aletinin ayarlarını yapma güçlüğüdür.

Yer ve zaman konusunda kafa karışıklığı: Bazen ayın kaç olduğunu unuttuğunuz olmuştur; ancak bir bunama hastası evinin yolunu bulamaz, bilindik yerlerde kaybolabilir ya da yabancı yerlerde dolaşma güçlüğü çekebilir; evde bile odaların yerini karıştırabilir. Kişi tarihlerin, mevsimlerin ve zamanın geçişini takip edemeyebilir. Bir şey hemen o anda olmazsa anlamakta zorlanabi-

lir. Nerede olduğunu ve oraya nasıl geldiğini unutabilir, çevresindekilerin kim olduğunu da bilemez. Tipik olan, haftanın hangi günü olduğunu hatırlayamamak ama sonradan anımsamaktır.

Görsel imgeleri ve uzamsal ilişkileri anlamakta güçlük: Bir bunama hastası sandalyeyi görünce tanıyabilir ancak sandalyenin oturmak için kullanılacağını düşünemez. Bazı insanlar için görme sorunları ön plandadır. Okumakta, uzaklıkları değerlendirmekte ve renklerle kontrastları anlamakta zorluk çekerler. Bir aynanın önünden geçerken, orada birisinin olduğunu düşünebilir, kendi yansımalarını tanımayabilirler. Tipik olan, katarakta bağlı olmayan görme değişiklikleridir.

Konuşma ve yazma sorunları: Kişi bir konuşmayı takip etmekte ve katılmakta zorluk yaşayabilir. Konuşmanın ortasında durakalıp, nasıl devam edeceğini bilemez ve söylediklerini tekrarlar. Kelimeleri bulmakta zorluk çekip yanlış ifadeler kullanabilir. Konuşmasının akıcılığı bozulmuştur. Kendisine söylenen uzun cümleleri ve okuduğunu anlayamaz. Tipik olan, bazen doğru kelimeyi bulamamaktır.

Bir şeyleri yanlış yere koymak ve adım adım izlemekte güçlük çekmek: Kişi eşyaları beklenmedik yerlere koyabilir. Bu şekilde kaybettiklerini bulmak için, zamanda geri giderek yapmış olduğu hareketlerin sırasını takip edemeyebilir. Anahtarlarını ya da güneş gözlüğünü nereye koyduğunu hatırlayamadığı zamanlar olabilir. Bir bunama hastası ise eşyaları uygunsuz yerlere koyabilir; mesela ütüyü buzdolabına, makası fırına... Tipik olan, gözlük veya uzaktan kumanda gibi eşyaları zaman zaman yanlış yere koymaktır.

Azalmış veya yetersiz karar verme: Kişi karar alır-ken veya bir hükme varırken süreçte değişiklikler olduğunu fark edebilir. Oldukça pasif hale gelir, daha önce kendinin verdiği kararları veya cevaplandırabildiği soruları başkasına bırakabilir; sürekli desteklenmeye ihtiyacı vardır. Parasını kullanırken yanlış kararlar verip, mesela televizyon alışverişlerine büyük meblağlar harcayabilir. Kişisel bakım ve temizliğine daha az özen gösteriyor olabilir. Hatta mevsimlere uygun giyinemez, bahar geldiğinde hâlâ kışlık kalın kıyafetlerini giymeyi sürdürebilir. Tipik olan, arada bir yanlış kararlar vermektir.

Mesleğinden ve sosyal etkinliklerden soğuma: Kişi kendini iş projelerinden, hobilerinden, spordan ve sosyal etkinliklerden uzak tutabilir. Favori takımını izlemekte veya en sevdiği hobisini tamamlamakta güçlük çekebilir. Bu değişikliklerin farkına vardığı için de sosyalleşmekten uzak durur. Tipik olan; bazen işten, aileden ve sosyal sorumluluklardan yorulmaktır.

Moral ve kişilik değişiklikleri yaşanabilir: Herkes zaman zaman üzgün olabilir. Bunama hastasının duygularındaki dalgalanmalar ise dikkat çekicidir, nedensiz öfkelenme ya da ağlamalar sıktır. Davranış bozuklukları başlar. Kişinin kafasında bir tuhafılık olabilir; depresyonda, şüpheli, korkak, endişeli, saldırgan, alıngan, cimri, sinirli olabilir. Eşyalarını koyduğu yeri unutup onları bulamayınca en yakınındakileri bile hırsızlıkla suçlar. Kendilerine yardımcı olan aile bireylerine de kötü davranabilir. Evde, işte veya arkadaşlar arasında ya da tanımadığı yerlerde kolaylıkla altüst olabilir. Her ne kadar mantık yürütülüp, ikna edilmeye çalışılsa da değiştirelemeyen ve düzeltilemeyen yanlış inançları yani takıntıları vardır. Hatta şüphecilik ve güvensizlik hali artıp, bi-

rinin kendini izlediği ya da öldürmek istediği gibi saplantılar haline de dönüşebilir. Eğer kişinin hafif sinirli hali yakınları tarafından fark edilmezse; duygular öfke ve saldırganlığa doğru tırmanır, hasta kendisine ve çevresine zarar verebilir. Neşesizlik, huzursuzluk, içine kapanma gelişebilir. Ayrıca motivasyon eksikliği, oturup boş boş bakınma ve dünyadan kopma durumu vardır; sık ağlama nöbetleri olup bu tablo depresyona kadar ilerleyebilir. Tipik olan, bir işi gerçekleştirmek için kendine özgü yollar geliştirmek ve rutini bozulduğu zaman rahatsız olmaktır.

Bir şeyleri tekrar tekrar söylemek veya sormak: Kişi randevuları, aile toplantılarını, tatilleri hatırlamakta güçlük çekebilir. Faturaları ödemekte, bütçe yapmakta, senetleri ödemekte güçlük yaşayabilir. Tek başına mutfak veya giysi alışverişi yapamaz. İlaçlarını aksatabilir veya reçeteye uygun kullanmayabilir. Tipik olan, yürürken veya araba kullanırken bildik mekanlarda kaybolmaktır.

Uyku bozukluğu: Kişi aşırı uyuduğu gibi günlerce uykusuz da kalabilir. Uykusuzluk, belleğin daha da zayıflamasına ve sinirliliğe yol açar.

Cinsel ihtiyaçlar, yaşamının doğal bir parçasıdır ve cinsel istek, bunama hastasında da devam edebilir. Üstelik kişinin kendini engelleme duygusu zayıfladığı için ilk zamanlarda cinsel ağırlıklı konuşma, karşı cinse yapılan müstehcen imalar varken; hastalığın ilerleyen dönemlerinde toplum içinde soyunma, cinsel organını elleme gibi belirtiler görülebilir.

Yıllar içinde durmaksızın ilerleyen entelektüel yıkım sonucunda; kişi tuvalet ihtiyacını, yeme içme gereksinimini, kişisel temizlik yapabilme yeteneğini kaybedip yakınlarına bağımlı yaşar hale gelir. İleri dönem-

lerde ise konuşmakta, yürümekte, yemek yemede güçlük çeker. Sonunda yatağa bağımlı hale gelir.

Peki ne zaman **endişelenmelisiniz**:

Unutkanlık süreklilik kazanmış ve zaman içinde ağırlaşmaktaysa...

Bellek sorunu ve yetilerdeki kayıp günlük yaşamı sürdürmeyi engelliyor ve ciddi sorun yaratır hale gelmişse !!!

8

NASIL BİR AMELİYAT ?

İnsanın Beyni Sulanabilir mi?

Böyle bir deyim var dilimize yerleşmiş olan, “Onun artık beyni sulanmış!” diyorlar. Aslında oldukça doğru bir yaklaşım, çünkü yaşlanan bazı insanların beyinde ortaya çıkan küçülme sonucu, beynin içindeki boşlukları doldurup çevresini kaplayan beyin omurilik sıvısının arttığını biliyoruz. Zaten yaşlıların beyin omurilik sıvısı dinamiklerinde de bozukluklar olduğu bilinmekte ve bu durum “bunama” tablosu ile ilişkilendirilmektedir. Hatta “Normal Basınçlı Hidrosefali” yanlış tanısı ile şant tedavisi uygulanmış alzheimer hastalarında, klinik düzelme görüldüğü de rapor edilmiştir.

Varlığı 1936 yılından beri bilinmekle birlikte; bunama yakınması ile karşımıza çıkan her 7 kişiden birinin beyinde bu sıvı artışının aşırı düzeyde olduğu bir hastalık, 1965 yılında Hakim ve Adams tarafından tanımlanmıştır. Ama tabii ki dilimizdeki söz konusu deyimın ortaya çıktığı devirlerde, kimsenin sözünü ettiğim hastalıktan haberinin olduğunu sanmıyorum.

“Adams Hakim” hastalığı, bunamaya yol açan nedenler arasında tümüyle tedavi edilebilen; yani hastanın durumunun tamamen geri döndürülebildiği, hatta tedaviden sonra yaşamına eskiden olduğu gibi normal bir insan olarak devam edebildiği tek hastalık.

Bunama yakınması olan kişiler arasında her 7 kişiden birinde bu hastalığın olduğu çok iyi bilinen bir gerçek. Demek ki bunama her 7 hastadan birinde geri çevrilebiliyor. Ancak vakaların %80’inin gözden kaçırılmakta olduğunu bildiğimden, tedavi için en uygun zaman penceresinin tanı konduktan sonraki ilk yıl oldu-

ğunu belirtmeden geçemeyeceğim. Yani erken tanı hemen her hastalıkta olduğu gibi bu konuda da önemlidir. “Vakit nakittir!” derler ya, ben de “**Vakit beyindir!**” diyorum.

Adams Hakim Hastalığının Diğer Bunama Tiplerinden Ne Farkı Var?

Adams Hakim hastalığı aynı zamanda “normal basınçlı hidrosefali” ve “okkült hidrosefali” olarak da adlandırılmaktadır. Bu hastalık, beynin sıvı dolu boşluklarının genişlemiş olması ve fakat bu sıvının basıncının normal olmasına eşlik eden; yürüyüş bozukluğu, yakın bellek kaybı, idrar kaçırma üçlü bulgusu ile karakterize bir klinik hastalıktır.

Bu tablo beyin kanaması, tümör, enfeksiyon, kafaya alınan darbe, Paget hastalığı, akondroplazi gibi başka kafaiçi sorunlarla beraber olabildiği gibi; kendiliğinden (idiopatik olarak) de ortaya çıkabilir. Tabii bu hastalık bunamaya yol açan diğer hastalıklarla birlikte de görülebiliyor. Örneğin her 5 Parkinson hastasının birinde bu durum da hastalığa eşlik ediyor, yani yine etkili bir tedavi şansı var.

Yürüyüş bozukluğu genellikle ilk ortaya çıkan bozukluktur. Tipik yürüyüş yavaş, yerden ayağı kaldırmadan sürüklenme tarzında atılan küçük adımlar şeklindedir. Hasta dönüşlerde zorlanır, ancak dengesizlik görülmez. Buradaki yürüme bozukluğunda, Parkinson’da olduğunun aksine hasta kollarını sallayarak yürür.

Zihinsel değişiklikler ise yakın hatırlamada zorluk şeklinde bir bellek kaybı, azalmış dikkat ve düşüncede genel bir yavaşlama şeklindedir. Alzaymır ile karşılaştırıldığında daha az ciddi ve daha yavaş seyirlidir. Hastada genellikle konuşamama, beceriksizlik, tanımama benzeri başka nörolojik kayıplar yoktur. Baş ağrısı pek görülmez ancak; saldırgan davranışlar, epilepsi ve Parkinson benzeri bulgular görülebilir.

İdrar kaçırma yakınmasına gelince, hastalar ilk başta tuvalete yetişemediklerinden söz ederler. Ancak çoğu hastada, idrar yapması gerektiğinin farkına varılamaması söz konusudur.

Normal Basınçlı Hidrosefali Tanısı Nasıl Konur?

Tabii ki önce hastanızın dikkatli bir şekilde dinlenmesi, detaylı bir şekilde muayene edilmesi, zihinsel ve fiziksel kapasitelerinin bir takım testlerle tam olarak ölçülmesi ve ardından çağdaş görüntüleme yöntemleriyle incelenmesi gerekiyor. Normal basınçlı hidrosefalide yakınmalar günden güne değişiklik gösterir. Hastanın iyi olarak tanımlandığı bir süreç görülebilir. Tek saptanan bulgunun yürüyüş bozukluğu olduğu durumlarda; zihinsel işlevlerin değerlendirmesi için uygulanan Mini Mental Test bile normal olabilir.

Nörolojik muayene sonrası çekilen beyin MR'ı sonrası beyinde sıvı toplanması belirlendiğinde, gerek duyulursa hastanın şant işleminden yarar görüp göreme-

yeceğini kontrol amaçlı olarak belden ‘Lombar Ponksiyon’ ile yani ince bir iğne ile sıvı alınarak 24-48 saat beklenmektedir. Bu yolla sıvı basıncını ölçmek ve alınan örnekten tahliller yapmak da mümkün olabilmektedir. Bu süre içinde hastada bir farklılık ve durumunda bir düzelme göze çarptığında, hastanın işleminden yarar göreceği kesinlik kazanmış olur. Tanının doğru bir biçimde konulması ve tedavinin uygun hastaya yapılması, başarıyı da getirmektedir.

Ameliyata Nasıl Karar Verilir?

Tekrarlayan lombar ponksiyon uygulamaları ile veya 3 günlüğüne takılan bir kateter yardımı ile boşaltılan veya bu sırada çevre dokuya sızarak azalan beyin omurilik sıvısı nedeniyle hastada klinik düzelme saptanır. En önemlisi de, bu sonucun şant takılması sonrası sağlanacak klinik düzelme için en iyi gösterge olmasıdır. Normal basınçlı hidrosefalinin tedavisi ameliyattır. Eğer tipik yakınmalar üçlüsü mevcutsa ve neden belirsizse, lombar ponksiyon yapmadan bile ameliyat iyi bir seçimdir.

Nasıl Bir Ameliyat Yapılır?

Tedavi beyindeki bir çay bardağı miktarındaki sıvının, basit bir cerrahi işlem ile boşaltılması için yapılıyor. Peki bu ameliyat nasıl bir girişimdir, bu ameliyatı kim ya-

par: 30-45 dakika arasında süren bu işlem, genel anestezi altında yapılmakta ve hastanın beynindeki fazla sıvının boşaltılmasını sağlayacak bir silikon boru (şant) cilt altına takılmaktadır. Bu ameliyatlara beyin cerrahları yapar. Hasta 2-3 günlük yatış süresinin ardından taburcu edilmektedir.

Genel anestezi altında gerçekleştirilen şant takma işleminde, hastanın kafatasına küçük bir delik açılarak, şantın ucu beyin içindeki beyin omurilik sıvısının bulunduğu odacığa yerleştirilmektedir. Daha sonra; baş, boyun ve karın cildinin altından geçen bir tünel açılarak, şantın diğer ucu bu sıvının rahatlıkla emilebileceği karın içi boşluğa yönlendirilmektedir.

Yerleştirilmesi kolay olan ve oldukça az ciddi komplikasyonları görülen bu şant sistemleri, beyin omurilik sıvısını karın boşluğuna kontrollü bir şekilde boşaltan pompa ve boru sistemleridir. Tabii ki bunlar ileri teknoloji ürünü cihazlardır. Hastanın günlük aktif yaşamı sırasında karşılaştığı tüm fiziksel değişikliklere anında cevap verip bu boşaltmanın sabit bir hızda olmasını sağlarlar.

İşlem sırasında kullanılan söz konusu şant sistemleri vücut ile uyumludur ve ameliyat sonrası oluşabilecek herhangi bir problem durumunda; küçük bir mıknatıs yardımı ile bozulan mekanizmanın ayarı değiştirilerek, herhangi bir müdahale yapılmadan sorun dışarıdan rahatlıkla giderilebilir.

Peki bu cihaz daha sonra çıkartılıyor mu: Bunlar silikondan ve titanyumdan yapıldığı için ömür boyu vücut içinde bırakılabiliyor. Zaten tedaviyi sağlayan bu cihaz olduğu için, tedavinin bitip cihazın çıkarılması gibi bir durum söz konusu olmuyor. Ancak cihaz işlevini

kaybederse, yani bozulursa çıkarılıp değiştirilmesi gerekebiliyor. Cihazın işe yaramadığı düşünüldüğünde ise çıkarılması gerekmez, güvenle yerinde bırakılabilir.

Ameliyatın Başarı Şansı Nedir?

Şantın başarısını etkileyen çeşitli etkenler vardır. Bunlardan biri yürüyüş bozukluğu yakınmalarının belirgin özelliklere sahip olmasıdır. Aynı zamanda beyin görüntüleme tetkiklerinde saptadığımız bazı bulgular da önemlidir. Yakınmaların ortaya çıkış süresi de başarıyı etkiler, şöyle ki: Şant takılması sonrası iyileşme saptanan hastalarda; yakınmaların ortaya çıkış süresinin şanttan yarar görmeyen hastalara göre daha kısa (genellikle 6 aydan kısa) olduğu bilinmektedir. Bu da erken tanı konmasının ve tedavi kararının bir an önce alınmasının ne kadar önemli olduğunu bir kere daha hatırlatmaktadır.

Tabii ki beyninde su toplanması nedeniyle 20 yıldır sıkıntı yaşayan bir hastanın, işlem sonrası hemen düzelmesi beklenemez. Bunun için en az 3 aylık bir sürenin geçmesi gerekir. Beyinde toplanan sıvının boşaltılması bu hastalarda unutkanlık ile birlikte var olan sorunların giderilmesinde de etkilidir. Hastanın idrar kaçırma sorunu ve yürüyüş bozukluğu gibi sorunları da düzeltilmektedir. Daha önce idrar kaçıran, unutkanlık sorunu bulunan, devamlı uyku halinde olan, bakıma muhtaç ve bir başkasının yardımı olmadan günlük işlerini yapamayan hastalar; şant takılma işlemi sonrası gözlerini açarak konuşmasından hareketlerine kadar her şeyi ile normal ve sağlıklı bir insan haline gelebilmektedir.

Ameliyat sonucunu iyi yönde etkileyen bazı etkenleri şöyle sıralayabilirim:

- Yürüyüş bozukluğunun zihinsel bozulmadan önce ortaya çıkması,
- Zihinsel bozulma öyküsünün kısa süredir olması,
- Sadece hafif veya orta derecede zihinsel bozulma olması,
- Nedeni bilinen bir hidrosefali (beyin kanaması, enfeksiyon, tümör vs) olması,
- MR'da özel bir takım bulgular görülmesi,
- Tekrarlayan şekilde belden iğne ile (lombar ponksiyon) veya kateterle beyin omurilik sıvısı boşaltılması sonrası belirgin klinik iyileşme olması,
- Beyin omurilik sıvısı basınç ölçümlerinde özel birtakım bulgular görülmesi.

Hasta işlem sonrası yaşam kalitesini düşüren çok önemli olumsuzluklardan kurtularak sosyal yaşamına geri dönebiliyor. Sonuçta net sayılarla belirtecek olursak; tedavinin başarılı olma şansı, cerrahiden 3 ila 6 ay sonra %65 - %95 arasında değişiyor. Genellikle şant takılması sonrası ilk aylarda görülen belirgin iyileşme sonrası, yakınmalar sabit bir hal alırlar. Ancak bir grup hastada ise yavaş ve durağan bir iyileşme görülebilmektedir. Özetleyecek olursam, ortalama %60 hastada şant takılması sonrası hemen iyileşme saptanırken, uzun dönemde belirgin iyileşme saptanan hasta oranı ise %30'dur.

Son olarak da yine belirtmeliyim ki, hastaların bu tedavi yöntemini denemekle kaybedecekleri pek bir şey de yoktur.

9

NE TIP?

Alzaymır ile Bunama Aynı Hastalık mıdır?

Alzaymır hastalığı, bunama türlerinden biridir. Her bunama alzaymır hastalığı değildir, ama her alzaymır hastalığı bunamadır. Bunama ile alzaymır hastalığı arasındaki bu karışıklığın nedeni, bir insan hayatta iken alzaymır hastalığı tanısının %100 doğrulukla konamamasıdır. Alzaymır hastalığı tanısı, ancak kişi öldükten sonra çıkarılan beyin dokusunun ‘nöropatolog’ adı verilen özel bir patoloji uzmanı tarafından incelenmesi ile konabilir. Bu yüzden hasta hayatta iken ancak ‘muhtemel alzaymır hastalığı’ tanısı konabilir. Söz konusu tanı ile kastedilen hastanın muayene ve test bulguları ile hastalığının seyrinin alzaymır hastalığına benzediği, ama kesin tanının ancak hasta öldükten sonra beyninin incelenmesi ile konabileceğidir.

Bunamaların yarısından fazlasını, yani %60-80 kadarını alzaymır tipi bunama oluşturur. Bu hastalıktan sonraki sıraları %10-25 sıklıkla beyni besleyen damarların daralması ve tıkanması sonucu, beynin yeterince beslenememesine bağlı gelişen ‘beyin damar hastalıklarına bağlı bunama’; %15 oranında beynin su dolu bölümlerinin genişlemesine bağlı ‘Normal Basıncılı Hidrosefali’ yani ‘Adams Hakim Hastalığı’na bağlı bunama ve %15-20 oranında ‘Lewy cisimcikli bunama’ alır. Daha nadir olarak da %5 oranında görülen ‘Parkinson hastalığına bağlı bunama’nın yanı sıra, ‘frontotemporal bunama’, ‘Pick tipi bunama’ gibi farklı hastalıklar da bunamaya neden olabilir. Yeri gelmişken hastaların %10’un-

da birden çok bunama tipinin bir arada görülebildiğini de vurgulamak istiyorum.

Bunun yanı sıra **nadiren** de olsa tiroid bezi hastalıkları, niacin ve B12 vitamini yetersizliği, kronik böbrek ve karaciğer hastalıkları, kansızlık ve kandaki elektrolitlerin dengesiz dağılımı gibi metabolik nedenlerle bunama gelişebileceği gibi; alkol ve bazı ilaçların sürekli kullanımı veya ağır metallerle olan zehirlenmelerle de bunama gelişebilir. Bunların ötesinde AIDS, frengi, Creutzfeld-Jakob, Lyme hastalığı ve menenjit gibi enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak veya kafa darbelerine, beyin tümörleri ve diğer kanserlerin beyine atlamasına (metastaz) bağlı olarak da bunama görülebilmektedir. Ayrıca bazı genetik hastalıklar nöron hücrelerinin hasar görmesine bağlı bunama yapabilirler. Bunlara SCA17, adrenolökodistrofi, Gaucher tip 3, Nieman Pick hastalığı tip C, Tay Sachs hastalığı, Wilson hastalığı örnek olarak gösterilebilir. Bunlar arasında en önemlisi Wilson hastalığıdır çünkü bu hastalarda tedavi ile bunama geri döner.

MS'in (Multiple Skleroz) yanı sıra şizofreni- depresyon gibi süreklilik kazanmış ruhsal hastalıkların da bunamaya yol açabildiği bilinmektedir. Üstelik bunların çoğu geri dönüşü olan (iyileşebilen) hastalıklardır, yani zamanında yapılan uygun tedavilerle bunama geriye döndürülebilir. Ayrıca Behçet hastalığı, sarkoidoz, sistemik lupus eritematozis gibi kronik iltihabi hastalıkların da zihinsel işlevleri bozabildiği bilinmektedir. Birçok ailevi metabolik hastalık da diğer bulguları yanı sıra, benzer şekilde bunamaya yol açabilmektedir.

Alzaymır Hastalığı Nedir?

Alzaymır hastalarının beyinlerinde, sinir hücrelerinin içlerinde ve çevrelerinde pıhtıyı andıran protein kümelerine rastlandığı geçen yüzyılda fark edilmişti. Araştırmacılar, yaşla biriken bu kümelerin hem sinir hücrelerinin içindeki moleküllerin ve hem de sinaps adı verilen hücreler arası devrelerin normal işlevlerini engellediğini ve sonuçta hücrelerin ölümüne yol açtığını tahmin etmekteydiler. İleri dönemdeki alzaymır hastalarının beyninin hem hücre ölümlerine ve hem de ölmüş hücre artıklarına bağlı olarak belirgin şekilde küçüldüğü bilinmekteydi. Ancak bu birikimin nasıl gerçekleştiği ve protein kümelerinin beyinde nasıl yayıldığı bir soru işaretiydi. Günümüzde söz konusu bu protein kümelerinin kaynaklarından birinin hücrelerin dışında biriken beta-amiloid, diğerinin ise hücrelerin içinde biriken tau isimli proteinler olduğu artık bilinmektedir.

Normalde hücre iskeletinde görev alan tau, yapısı hasara uğrayıp bozulduğunda arapsaçına dönmüş kümeler oluşturur. Hasarlı proteinleri temizleyebilen hücre mekanizmaları ise tau kümelerine karşı etkisizdir. Bunlar hücre içinde biriktikçe sorun yaratmaya başlarlar. Bozuk tau'nun önce beynin entorinal korteks isimli bir bölgesinde birikmeye başladığı, diğer bölgelerde sonradan görüldüğü fark edilmişti. Entorinal korteksin bellek ve navigasyonda (yöngüdüm) işlevleri olduğu biliniyor. Bunlar da alzaymırlı bireylerde hızla zayıflayan işlevler arasında. Ancak bozuk tau'nun bu bölgeden çıkıp diğer bölgelere mi yayıldığı, yoksa beynin diğer kı-

sımlarında bağımsız olarak mı ortaya çıktığı da cevaplanmamış bir soru idi.

Araştırmacılar bozuk tau proteinlerinin entorinal korteksle bağlantılı diğer beyin bölgelerine, sinirler arasındaki sinaps denilen bağlantıları kullanarak yayıldığını buldular. “Deli dana” diye bilinen hastalığın sebebi olan prionlar bunun iyi bilinen bir örneği. Ancak bu tür bir bozuk protein yayılmasının alzaymır hastalığındaki rolü yeni anlaşılmış oldu. Elbette söz konusu bozuk proteinin başka bireylere bulaşması gibi bir risk yok.

Alzaymır hastalığında beynin dış kabuk bölgesindeki hücrelerde sözü edilen değişiklikler meydana gelir ve bu hücreler işlev göremez duruma gelirler, bunun sonucunda da beyin sinyallerinin uygun biçimde iletilmesi zorlaşır. En başlarda alzaymır belirtilerinin saptanması zor olabilir çünkü sinir hücrelerinin ölümü programlanandan daha erken ve daha hızlı şekilde (yaşla beraber herkeste beyin hücre ölümü olmaktadır) ama yıllar içinde gerçekleşir.

Bu sinir hücresi harabiyeti, öncelikle bellek sisteminin merkezi olarak vazife gören şakak loblarının iç kısmında bulunan hipokampusta başlar. Hipokampus, kendisine gelen bilgileri düzenler, gruplandırır ve beynin değişik yerlerindeki uygun depo ağlarıyla birleştirir. Bundan dolayı, hastalığın en önemli belirtisi bellek kaybıdır. Sonra sırasıyla amigdal ve limbik sistem adı verilen, duygu ve düşünceye etki edici rol oynayan bölümler ve alın ve şakak lobundaki beyin kabuğu da (korteks) etkilenir. Beyindeki hasarın derecesi, kişiden kişiye değişmekle birlikte sürekli ilerleyici vasıftadır. Hücre ölümüyle birlikte beyin de yavaş yavaş büzüşmeye başlar ve küçülür.

Alzaymır hastalığının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte; tek bir nedene bağlı olmayıp, genetik ve çevresel faktörlerin bir aradaki etkisi ile geliştiği düşünülmektedir. Aile hikâyesinde birinci derece akrabalar da hastalık olması, riski dört kat artırmaktadır. Nitekim alzaymır hastalarının yaklaşık %30'unda ailede bunama öyküsü vardır. Bununla birlikte genetik risk faktörleri tek başına yeterli değildir. Bir çok alzaymır hastasının ailesinde de hastalığın olmadığı bilinmektedir. Beyin dokusundaki iltihabi olaylar, beyin hücrelerinin enerji gereksiniminin sağlanamaması gibi mekanizmaların da üzerinde durulmaktadır.

“Hastalık yoktur hasta vardır” kaidesi gereği, alzaymır hastalığı her insanda farklı belirtilerle ortaya çıkar ve her hastada farklı hızlarda ilerler. Hastalığın ilerleyişi kısa (2-3 yıl) veya uzun (20 yıla kadar) olabilir. Ama sonunda, alzaymır hastası tam bir bakıma ihtiyaç duycaktır ve başka ciddi bir hastalığı olmasa bile, beyin işlevlerinin kaybı ölmesine neden olacaktır.

Bu hastalıkta en sık ve en erken görülen bulgu yeni bilgilerin öğrenilmesinde zorluk şeklinde bir bellek kaybıdır. Çünkü beyinde ölen hücreler daha çok yeni bilgilerin belleğe kaydedilmesi ile ilgili beyin bölgelerindedir; ancak beynin diğer bölgelerinde de hücre kayıpları gelişmeye başladıkça, başka bulgular da ortaya çıkmaya başlar. Yani hastada konuşma bozuklukları, karmaşık işlerin yapılmasında güçlük, zaman ve mekan algısında bozulma, cisimleri ve yüzleri tanıma yetisinde kayıp, yol-yön tayininde güçlük, depresyon, kişilik ve davranış değişiklikleri görülmeye başlar.

Alzaymır hastalığı tanısını koyduran tek bir test olmayıp, bir dizi testler ve değerlendirmeler yardımıyla

diğer bunama yapan nedenlerin dışlanması ile tanısı konulabilmektedir. Bu nedenle hastanın sağlık durumunu değerlendirerek bunamaya yol açabilecek diğer hastalıkların varlığını araştırmak önem taşımaktadır.

Zihinsel durum değerlendirmeleri; bellek, mantık, akıl yürütme yeteneği, problem çözme, dil yeteneklerinin değerlendirilmesini sağlayan bir dizi testi içermektedir. Bunun yanı sıra kas hareketlerinin uyumu ve genel beceri durumu nörolojik muayene ile test edilmektedir. Psikiyatrik değerlendirme ise muayenenin bir başka yönü olup, kişinin depresyonu olup olmadığını; genel bir davranış, duyum ve algı bozukluğu gibi tabloların varlığını araştırır. Henüz alzaymırı kesin olarak teşhis eden bir test ne yazık ki bulunmamaktadır.

Bilinen üç alzaymır türü vardır:

Erken başlayan alzaymır: Alzaymırın nadir bir formudur, 65 yaşından önce başlar. Alzaymır hastalarının %10'unda görülür. Erken yaşlandıklarından Down sendromu olanlar erken başlayan alzaymır riski altındadır, genellikle kırklı yaşların sonunda ilk semptomlar görülür. Erken başlayan alzaymırın kromozomlardaki bir genetik hatayla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Miyoklonus (bir kas veya bir grup kasın seğirmesi veya spazmı) da erken başlayan alzaymır hastalarında daha yaygın görülür.

Geç başlayan alzaymır: Alzaymır hastalarının %90'a yakınında görülür, 65 yaşından sonra başlar. Kalıtsal olabilir de olmayabilir de. Geç başlayan bunamaya sporadik alzaymır hastalığı da denir.

Ailesel alzaymır hastalığı: Bu alzaymırın tamamen genetik olan bir formudur. En azından ailenin iki kuşa-

ğında vardır. Çok nadirdir, alzaymır hastalarının %1'inde görülür ve çok erken başlar (kırklı yaşlarda).

Uzun yıllardır alzaymır hastalığının tedavi edilemeyeceği düşünülüyordu. Aile tabanlı eğitim ve yardım hâlen tedavinin önemli bir parçası olmaya devam etmekle birlikte; 1990'larda hastalıkta yararlı olabilen özgün tedavilerin ortaya çıkmasına bağlı olarak, tedavi seçenekleri biraz genişlemiştir. Bunlarla klinik olarak çok belirgin bir düzelme olmasa bile, hastalığın ilerlemesi yavaşlatılabilmekte veya süreç geciktirilebilmektedir. Alzaymır hastalığında, özellikle de erken tanı konan hastalarda; hastalık belirtilerini geciktiren, unutkanlık sürecini yavaşlatan ilaçlar kullanılmaktadır. Bu tedavilerin etki mekanizması özellikle zihinsel işlevlerde rol alan beyin hücrelerinin ölümünü yavaşlatmak üzerine kurulmuştur.

Alzaymır Hastalığındaki Risk Faktörleri Nelerdir?

Genetik faktörlerin dışında, hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştıran faktörler aslında diğer bunama tiplerinden farklı değildir. Ayrıca araştırmalar, alzaymır hastalarının beyinlerinde bariz bir iltihaplanma olduğunu da göstermiştir. İltihaplanma, beyin destek hücreleri olan mikrogliya hücrelerinin, hasar görmüş sinir hücrelerini bölgeden uzaklaştırmaya çalışmasından kaynaklanıyor olabilir. Bunun ötesinde depresyonun da olumsuz etkileri bilinmektedir.

Yaş

Hastaların çoğu 65 yaş üstünde olmakla birlikte daha genç hastalar da nadiren (alzaymır hastalarının %4'ü) görülebilir. 65 yaştan sonra hastalığın görülme sıklığı her 5 yılda iki kat artmaktadır. 65 yaşındaki risk %11 (her 9 kişiden biri) iken, 85 yaş sonrası risk %32'dir. Yıllık görülme sıklığı 65-74 yaş arası 1000 kişide 53 yeni vaka iken, bu değer 75-84 yaş arasında 170 ve 85 üstünde 231'dir. Bazı çalışmalarda 90 yaş sonrası riskin azaldığı belirtilmektedir. Alzaymır hastalığının yaşlanmanın doğal bir parçası olmadığı, fakat yaşlanmanın etkilerinin alzaymır hastalığı gelişimini arttırdığı görüşü yaygın kabul görmektedir.

Eğitim Düzeyi

Yüksek eğitim düzeyinin alzaymır hastalığına karşı koruyucu olabileceği yönünde görüşler vardır. Uzun eğitim yıllarının beyindeki sinir hücreleri arasındaki sinaps adı verilen devreleri artırarak zihinde bir yedek kapasite oluşturduğu ve bu sayede bunama bulgularının telafi edilmesi yoluyla hastalığın daha geç ortaya çıktığı düşünülmektedir. Düşük eğitim düzeyinde hastalığın görülme sıklığındaki artışın, sosyoekonomik nedenlere bağlı olduğu da ileri sürülmektedir.

Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda kadınlarda, erkeklere oranla alzaymır hastalığına yakalanma sıklığı daha yüksek bulunmaktadır. Her 3 hastanın 2'si kadındır. Alzaymır has-

talığının 71 yaş üstünde kadınlardaki sıklığı %16 iken, bu sıklık erkeklerde %11'dir. Ancak bu bulgu, kadının yaşam sürelerinin erkeklere oranla daha uzun olmasıyla da ilişkilendirilebilir.

Aile Hikayesi

Aile hikayesi de önemli bir risk faktörüdür. Bir ebevey-ni, kardeşi veya çocuğu alzheimer hastası olanların bu hastalığa yakalanma şansı daha yüksektir. Birden fazla aile bireyinde hastalık olması bu riski daha da yükseltir. Hastalık tüm aileyi etkiliyorsa, genetik ve/veya çevresel faktörler rol oynuyor olabilir. Aile hikayesi ile ilişkili riskin, bireyin APOE-e4 geni taşıması ile bir ilgisi yoktur.

Genetik (Kalıtım)

Genetik alanındaki çalışmalarda alzheimer hastalığı ile ilgili dört kromozom anormallığı belirlenmiştir: Erken başlangıçlı ailevi alzheimer hastalığında, kromozom 1 (presenilin 1 geni), kromozom 14 (presenilin 2 geni), kromozom 21 (amiloid prekürsör protein geni); geç başlangıçlı alzheimer hastalığında ise kromozom 19 (APOE geni)'daki mutasyonların rolü vardır. Amiloid prekürsör protein geninin 21. kromozomda olması sebebiyle, 50'li yaşlara kadar yaşayabilen Down sendrom-lu kişilerde alzheimer hastalığı da ortaya çıkabilir.

Alzheimer hastalığı ile ilgili iki tür gen var; risk gen-leri ve belirleyici genler. Alzheimer hastalığında bu her iki türden de genler bulunmuştur. Risk genleri bir has-talığın gelişme şansını artırırılar ama kesinlikle ortaya

çıkacağını göstermezler. En güçlü etkisi olan genin adı apolipoprotein E-e4 (APOE-e4)'tür Bu genin alzaymır hastalarının %20-25'inde etkili olduğu düşünülmektedir. APOE geni kan akımındaki kolesterolü taşıyan bir proteini kodlar. APOE-e4 sık rastlanan üç APOE gen formundan biridir. Diğerleri ise APOE-e2 (%10-20 sıklıkta rastlanır) ve APOE-e3'tür (%60 sıklıkta rastlanır).

İnsan her bir ebeveyninden bir APOE formunu alır. APOE-e4'ü bir ebeveyninden alan kişinin (%20-30 sıklıkta rastlanır) alzaymır hastalığına yakalanma riski yüksektir, aynı geni iki ebeveyninden de alan kişinin (%2 sıklıkta rastlanır) riski daha da yüksektir ama yine de kesin değildir. Alzaymır hastalarının %40-65'inin APOE-e4'ün bir veya iki kopyasını taşıdığı ve bunun yanı sıra APOE-e2 formunun riski azalttığı bilinmektedir. Bu genin riski nasıl etkilediği bilinmemekle birlikte, alzaymır hastalığı bulgularının beklenenden daha erken ortaya çıkmasına da yol açabildiği düşünülüyor.

Belirleyici genler ise direkt olarak hastalığa yol açarlar, yani bu genleri kalıtsal olarak edinenlerin hastalığa yakalanacağı kesindir. Bilim adamları alzaymır hastalarının %1'inden azında 3 proteini kodlayan genlerde bu tip farklılıklar tespit etmişlerdir: Amiloid precursor protein, presenilin-1 ve presenilin-2. Bu tip belirleyici farklılıklar sonucunda ortaya çıkan hastalığa 'otozomal dominant alzaymır hastalığı' veya 'ailevi alzaymır hastalığı' denir. Bu durumda aile fertlerinin pek çoğu etkilenir ve bulgular hemen daima 60 yaşından önce, hatta kimi zaman da 30'lu 40'lı yaşlarda ortaya çıkar. Gerçek 'ailevi alzaymır hastalığı' tüm olguların %5'inden azını oluşturur ve sözü edilen belirleyici genler dünyada şimdiye kadar ancak birkaç yüz ailede belirlenebilmiştir.

Geç başlayan (65 yaş üstünde) alzheimer hastalığına sebep olduğu bilinen genetik mutasyonların ortak özelliği beta-amiloid öncü proteinin anormal bir şekilde işlenmesine ve parçalanmasına yol açmalarıdır. Bu hastalarda beyin omurilik sıvısında (beyin ve omuriliğin çevresindeki sıvı) beta-amiloid düzeyleri azalmakta ve tau proteini artmaktadır.

Alzheimer hastalığında görülen asıl sorun, nöronlarda beta-amiloid plakları ile nörofibril yumaklarının birikimidir. Hastalığın belirtilerinin şiddeti ile nörofibril yumaklarının birikimi arasında bir orantı vardır. Nörofibril yumakları, sinir hücresi içindeki tau proteini aracılığıyla oluşur. Bu protein, aslında sinir hücresinin iskelet yapısını ayakta tutmaya yardımcı olan bir proteindir. Hücre iskeletini ayakta tutan mikrotübüllerin, tau proteinlerinden ayrılmasıyla; hücre içinde nörofibril yumakları oluşur ve neticede hücre iskeleti çökerek nöronun ölümüne yol açar. Hastalık ilerledikçe beyin esas yakıtı olan glukozu kullanma yetisi de azalır. Glukoz metabolizmasındaki bu azalma ise önce kısa dönem belleğini bozmakta ve ardından diğer zihinsel yetilerde düşme olmaktadır.

Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Risk Faktörleri

Kan basıncı, kan yağları yüksekliği, şeker hastalığı gibi atherosklerotik (damar sertliği) risk faktörlerinin alzheimer hastalığı riskini artırabileceği düşünülmektedir. Beyin vücuttaki en zengin damar ağına sahip organdır. Sağlıklı bir kalp, yeterince oksijen ve enerji sağlayan moleküllerce zengin kanın pompalanabilmesi için; sağlıklı damarlar ise bu kanın beyne ulaşabilmesi için ön

koşuludur. Kalp damar hastalıklarını artıran risk faktörlerinin tümü bunama için de geçerlidir: Sigara kullanımı, şeker hastalığı, aşırı kilo ve hipertansiyon. Bu bulgulardan hareketle, bir “metabolik sendrom” varlığında; yani hipertansiyon, orta yaşta göbek çevresinde toplanan aşırı kilo, yüksek kan şekeri ve anormal kolesterol düzeyi bulgularından en az 3’ünün varlığı durumunda bunama riskinin arttığını söyleyebilirim. Bunun tersi de doğrudur; yani kalbi koruyan faktörler olan fiziksel etkinlik, doymuş yağlardan fakir ve sebze kökenli yağlardan zengin bir diyetin ise bunamaya karşı koruyucu etkisi vardır.

Sosyal ve Zihinsel Uyarıya Bağlı Risk Faktörleri

Zihinsel olarak ve sosyal yönden etkin durumda olmanın, beyin sağlığını desteklediği ve söz konusu etkinliklerin, beyindeki sinir hücreleri arasındaki sinaps adı verilen devreleri artırarak zihinde bir yedek kapasite oluşturduğu ve bu sayede de bunama bulgularının telafi edilmesi yoluyla bunama riskini azalttığı bilinmektedir.

Travmatik Beyin Hasarı

Ciddi kafa travmalarının da alzaymır hastalığı için bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Kafa travması ile kastettiğim, beyin işlevlerinin kafaya gelen ani bir darbe veya sarsıntı sonrasında bozulması ya da kafatasına yabancı bir cismin girmesidir. Tabii ki kafaya gelen tüm ani darbe veya sarsıntılar beyin işlevlerini etkilemez. Ciddi kafa travması, darbe sonrasında bilinç kaybı ve/veya en az 30 dakika süren bellek kaybına yol açar.

Bu iki durum 24 saatten fazla sürerse de, ağır kafa travması söz konusudur. Tüm bu travmaların yarısından çoğunun nedeni trafik kazalarıdır.

Ciddi kafa travmaları alzaymır hastalığına yakınma riskini 2 kat, ağır travmalar ise 4.5 kat artırır. Kafayı dolaba, kapıya çarpma gibi hafif kafa travmalarının etkileri üzerine bir çalışma henüz yapılmamıştır. Ancak boksör, futbolcu ve yakın dövüş teknikleriyle uğraşanlarda riskin daha yüksek olduğunu biliyoruz. Hatta boksörlerde bu tabloya “vasiyet bunaması” denmektedir. Bu travmaların beyinde hasara yol açtığı kesindir, bu hasarlar da alzaymır hastalığı bulgularından ancak beyin biyopsileri ile ayırt edilebilir.

Son yıllarda cerrahi aletlerle alzaymır hastalığının bulaşabildiğine dair bir takım iddialar da ileri sürülmektedir.

Beyin Damar Hastalıklarına Bağlı Bunama Nedir?

Beyin damar hastalıkları sonucu ortaya çıkan beyin kanlanmasındaki bozulmanın unutkanlığa neden olabileceği bilinmektedir. Beynin önemli zihinsel işlevleri üstlenmiş olan bölgelerinde ortaya çıkan damar tıkanıklıkları ve bu tıkanmaların sayısındaki artış, ileri yaşlarda -ilk sırada olmasa bile- sık görülen bunama nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Beynin büyük damarlarının tıkanıklığı dışında, kalpten beyine pıhtı atması; küçük damarların kontrol edilmemiş atherosklerozu sonucu ortaya çıkan, yineleyici ve sessiz dahi geli-

şebilen küçük damar tıkanıklıkları; beyin kanamaları; damar iltihapları; kalp cerrahisi veya kalp durması sonucu gelişen beyindeki kanlanma bozuklukları da zihinsel işlevlerde gerilemeye neden olabilmektedir.

Alzaymır hastalığından farklı olarak bu hastalarda ilk bulgu muhakeme yeteneğinde azalma ve plan yapmada yaşanan zorluktur. İlk atak ani ya da sinsi olabilir. Bundan sonra, daha fazla küçük damar tıkanıklıkları oldukça, etkilenen beyin bölgelerine bağlı olarak değişen zihinsel işlev kayıpları olur. Sonuçta, beyin damar tıkanıklıkları sonucu, beynin kanlanmasındaki bozukluğa ve inmeye bağlı ortaya çıkan bunama tablosu, bunamanın en sık ikinci nedenidir ve tüm bunama hastalıklarının %20'sini oluşturur. Zihinsel işlevler için önemli bir bölgenin tek seferde etkilenmesi ile ani olarak, ya da zaman içinde biriken damar etkilenmelerine bağlı olarak sinsi bir şekilde ortaya çıkabilir.

Bunama bulguları damarları etkilenen beyin bölgesine göre ve etkilenen beyin damarlarının çapına göre değişebilir. Mesela, küçük damarların tıkanıklıkları ile daha çok bütünsel bir zihinsel işlev kaybı olur. Beyin tomografilerinde beynin bir çok farklı bölgesinde inmeye rastlanabilir. Bu hastalar damar hastalıklarını artıran; sigara alışkanlığı, yüksek tansiyon, atrial fibrilasyon, yüksek kolesterol, şeker hastalığı, geçirilmiş kalp hastalığı gibi risk faktörlerine de sahiptirler. Eskiden, damar kökenli bunama bulgularının varlığı, alzaymır hastalığı olmadığının bir delili olarak kabul edilmekteyken; günümüzde bu iki tip bunamanın birlikte olabildiği bilinmekte ve bu hastalara 'karışık bunama' tanısı konmaktadır. Ayrıca ileri yaşta damar hastalığı daha çok

(CADASIL, MELAS, Binswanger hastalığı, moyamoya, homosistinüri gibi) genetik hastalıklara bağlıdır.

Parkinson Hastalığı Nedir? Bunamaya Yol Açar mı?

Parkinson, beynin derin kısımlarındaki gri cevher çekirdeklerinin bozukluğuna bağlı bir sinir sistemi hastalığıdır. Genellikle orta yaşta ortaya çıkan; sürekli, ilerleyici ve iyileşmeyen bir hastalıktır. Parkinson hastalığının sıklığı alzheimer hastalığının 10'da 1'i kadardır. Ellerde başlayıp bacak ve vücut yarısına ilerleyen titreme, hareketlerde tutukluk, sertlik ve hareketlerin yavaşlaması ile seyreder. Bel hafifçe öne eğilir, hızlı ve küçük adımlar atılır. Yazı yazarken büyük olarak başlanır, harfler gitgide küçülür ve okunması güçleşir. Konuşma monotondur, kelimelerin son hecesi tekrarlanır. Hareketlere başlamakta güçlük çekilir. Cilt yağlanır.

İlaç tedavisi ile ve cerrahi tedaviyle titreme genellikle düzelir. Alpha-synuclein çökeltileri, beynin substantia nigra adı verilen bir bölgesinde birikmeye başlar, bu çökeltilerin dopamin adı verilen beyin kimyasalını üreten hücreleri öldürdüğü düşünülmektedir. Parkinson hastalarının %40'ında bunama da görülür, bu bunama eşlik eden bir alzheimer hastalığına veya Lewy cisimcikli bunamaya bağlı olabilir. Tüm bunamaların %5'ini Parkinson hastalığına bağlı bunama oluşturur.

Lewy Cisimcikli Bunama Nedir?

Lewy cisimcikli bunama ise, uyku düzensizlikleri - görsel sanrılar ve Parkinson hastalığı bulguları ile ortaya çıkan bir bunama türüdür. Lewy cisimcikleri beynin yüzeysel bölgelerinde biriken alpha-synuclein protein kümeleridir. Parkinson hastalığı bulguları derken titreme, kaslarda sertlik ve ifadesiz bir yüz kastediliyor. Görsel sanrılar ise kişilerin ve/veya hayvanların çok canlı görüntülerinden oluşur ve genellikle ya uykuya dalarken veya uyanırken görülürler. Bunun yanı sıra dikkatte, organizasyon yeteneğinde, problem çözme ve planlama yetisi ile görsel-uzamsal işlevlerde bozukluk da görülebilir.

Görüntüleme tetkikleri ile bu tanıyı koymak oldukça zor olsa da, SPECT ile bir kanlanma azlığı veya PET ile beynin arka lobunda kanlanma azlığı görülür. Tüm bunamaların %15'ini Lewy cisimcikli bunama oluşturur. Lewy cisimcikli bunama, kendi başına bunamaya yol açabildiği gibi, alzaymır hastalığı ve/veya damar kökenli bunama ile birlikte de görülebilir. Bu duruma 'karışık bunama' adı verilir.

Frontotemporal Bunama Nedir?

Frontotemporal bunama ağır kişilik bozuklukları ve konuşma becerisi kayıplarıyla seyreden bir bunama türüdür. Bu hastalarda erken bir sosyal izolasyon ve kendi durumlarına karşı bir farkında olmama hali dikkat çe-

ker. Yoksa bellek sorunları ön planda değildir. Bu hastalığın 3 tipi vardır:

Birinci tipinde daha çok kişilik ve davranış bozuklukları ön plandadır, en sık görülen tipi de budur. Bu hastaların kişisel hijyeni bozulur, düşüncelerinde katı hale gelirler, bir sorun olduğunun farkında değildirler, sosyal olarak izole olurlar ve iştahları belirgin şekilde açılır. Hasta sosyal uyumsuzluk sorunu da yaşar, örneğin uygunsuz cinsel tekliflerde bulunabilir veya açık şekilde pornografi kullanmaya başlayabilir. En önemli bulgulardan biri de apati, yani hiçbir şeye aldırmama halidir.

İkinci tipinde dil problemi ön plandadır, buna 'semanantik bunama' da denir. Bu hastalarda kelimelerin anlamları kaybolmuştur, klinik tablo bir şeyleri isimlendirme zorluğu ile ortaya çıkabilir. Hastalık ilerledikçe kişi nesnelerin anlamını da kaybedebilir. Örneğin kuş, köpek veya uçak resimlerinin hepsi kişiye aynı gözükebilir. Mesela, bir piramit resminin altında bir palmye ağacı ve bir çam ağacı resmi gösterilip, bunların hangisinin piramide uygun olduğu sorulduğunda hasta cevap veremez.

Üçüncü tip ise ilerleyici ve akıcı olmayan söz yitimidir. Burada sorun, konuşmayı oluşturmaktadır. Doğru kelimeleri bulmakta zorlandıkları kadar, konuşma için gerekli kaslarını oynatmakta da zorluk çekerler. Sonunda hastanın konuşması sadece hecelerden ibaret kalıp, tamamen sesi de kesilebilir.

Bu son iki tipte davranış bozuklukları ilk tipe göre çok daha geç ortaya çıkarlar. Beyin görüntüleme tekniklerinde ise beyin küçülmesi özellikle alın ve şakak loblarında gözlenir. Belirleyici bir mikroskobik bulgu yoktur,

hastalığın beyindeki bulguları ile alzaymır hastalığı bulguları beraber de olabilir. Bu hastalık alzaymır hastalığına göre daha genç yaşlarda başlar ve hastalar daha kısa yaşar.

Normal Basınçlı Hidrosefali veya Adams-Hakim Sendromuna Bağlı Bunama Nedir?

Beyninde sıvı artışının aşırı düzeyde olduğu “normal basınçlı hidrosefali”ye bağlı bunama, tüm bunamaların %15’ini oluşturur ve tanımlamayı yapanlara atfen “Adams Hakim hastalığı” olarak da adlandırılmaktadır. Bu hastalık, beynin sıvı dolu boşluklarının genişlemiş olması ve fakat bu sıvının basıncının normal olmasına eşlik eden; yürüyüş bozukluğu, yakın bellek kaybı, idrar kaçırma üçlü bulgusu ile karakterize bir klinik hastalıktır.

Bu tablo beyin kanaması, tümör, enfeksiyon, kafaya alınan darbe, Paget hastalığı, akondroplazi gibi başka kafa içi sorunlarla beraber olabildiği gibi; kendiliğinden (idiopatik olarak) de ortaya çıkabilir. Tabii bu hastalık bunamaya yol açan diğer hastalıklarla birlikte de görülebiliyor.

Kortikobazal Hasar Nedir?

Kortikobazal hasar ise zaman içinde giderek ilerleyen çok değişik nörolojik problemlerle seyreden bir bunama

tipidir. Bu hastalıkta beyinin çok farklı yerleri, çok farklı hızlarla etkilenebilmektedir. En sık görülen yakınma sadece bir el veya ayağın kullanılamaması ile ilgilidir; hasta o elinin kendi eli olduğunun farkında değildir, hastaya sanki başkasının eliymiş, kendi kendine hareket ediyormuş gibi gelir. Hatta bu algılama bozukluğu vücudun tek yarısı için de olabilir; o yanındaki ağrıyı algılamaz, hatta kendi resmini çizmesi istendiğinde vücudunun o yarısını çizmez. Ayrıca kol ve bacaklarda asimmetrik ani atmalar şeklinde ve tekrarlayan garip hareketler görülebilir, ağız kaslarını uygun şekilde kullanamamaya bağlı konuşma güçlüğü de olabilir.

İlerleyici Supranükleer Felç Nedir?

İlerleyici supranükleer felç ise göz hareketlerinde bozukluklarla birlikte olan bunamadır. Hastalık gözleri yukarı-aşağı (dikey) ekseninde hareket ettirme güçlüğü ile başlar. Aslında yaşla birlikte gözleri yukarı kaldırmak zorlaştığından, burada ayırt edici olan gözleri aşağı doğru hareket ettirme güçlüğüdür. Ayrıca hastalarda geriye doğru düşme eğilimi, denge bozuklukları, hareketlerde yavaşlama, kaslarda sertlik, aldırılmazlık hali, sosyal izolasyon ve depresyon da görülebildiği gibi; bir kavrama refleksi ile saplantı-tutturma eğilimi de olabilir. Giderek yeme içme ve konuşma güçlüğü ortaya çıkar. Hareketlerdeki yavaşlama, durumun Parkinson hastalığı ile karıştırılmasına neden olabilir. Beyin görüntüleme tekniklerinde ise sadece beyin küçülmesi görülür.

Huntington Hastalığı Nedir?

Huntington hastalığı, kalıtsal ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın seyri kişiden kişiye değişir ve hastalığın herhangi bir aşamasında bunama ortaya çıkabilir. Kısa süreli bellek kaybı, planlama ve organizasyon yeteneğinin bozulması gibi bulgular aslında Huntington hastalığı ile bağlantılıdır.

Hızlı İlerleyen Bunamalar Hangileridir?

Prion denen yanlış katlanmış protein yapıların, virüs benzeri bir bulaşma ile beyindeki diğer proteinlerin de yanlış katlanmasına yol açması sonucu oluşan Creutzfeldt-Jakob hastalığı; haftalar, aylar içinde ilerleyip bellek bozuklukları ve koordinasyon güçlüğü ile davranış bozukluklarına neden olabilir. Creutzfeldt-Jakob hastalığının bir tipinin de deli dana hastalığına yakalanmış danaların etinin yenmesi ile ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Normalde yavaş ilerleme gösteren alzaymır hastalığı, Lewy cisimcikli bunama, kortikobazal hasar ve ilerleyici supranükleer felç gibi bunama tipleri de bazen hızlı ilerleyebilirler. Öte yandan, delirium ve ansefalopatiler de yavaş ilerleyip bunamayı taklit edebilirler. Muhtemel nedenler beyin enfeksiyonları (viral ansefalit, kriptokok menenjit, HIV, Lyme hastalığı, SSPE, frengi, Whipple hastalığı), iltihapları (limbik ansefalit, Hashimoto ansefaliti, serebral vaskülit), tümörleri (lenfoma, glioma), ilaç zehirlenmeleri (epilepsi ilaçları ile), kronik

beyin kanamaları ve metabolik hastalıklardır (karaciğer veya böbrek yetmezliği).

Alzaymır Hastalığı Hakkında Yanlış Bilinenler

Yanlış 1: Bellek kaybı normal yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.

Gerçek: İnsanlar yaşlandıkça, geçenlerde tanıştıkları birisinin ismini unutmak gibi bellek sorunlarını bazen yaşayabilirler. Ancak alzaymır hastalığı böyle sık görülen bir bellek kaybının çok ötesindedir. Beyin hücrelerinin işleyişini bozan ve sonunda onları öldüren bir hastalıktır. Bu durumda insan hayat boyu tanıdığı en iyi arkadaşlarının ismini veya yıllardır yaşadığı evinin yolunu unutur. Normal bellek sorunları ile ciddiye alınması gereken sorunları ayırt etmek güç olabilir. Bu durumda bir hekimden yardım alın. Çünkü bazen bu tip sorunlara ilaç yan etkileri, vitamin yetersizlikleri ve benzeri durumlar yol açıyor olabilir ve söz konusu bu durum kolaylıkla düzeltilebilir. Ayrıca bellek ve zihinsel sorunlara başka tip bunamalar da yol açıyor olabilir.

Yanlış 2: Alzaymır hastalığı ölümcül değildir.

Gerçek: Alzaymır hastalığını atlatıp hayatta kalan kimse yoktur. Beyin hücrelerini harap ederek, bellek bozukluklarına, hatalı davranışlara ve vücut işlevlerinde bozulmaya yol açar. Yavaşça ve acılı bir şekilde insanın kimliğini elinden alıp; başkalarıyla olan ilişkilerini, ye-

me, içme, konuşma, yürüme ve evinin yolunu bulma yetilerini yok eder.

Yanlış 3: Sadece yaşlı insanlar alzaymır hastalığına yakalanır.

Gerçek: Alzaymır hastalığı 30, 40 ve hatta 50 yaşındaki insanları etkileyebilir. Buna erken başlangıçlı alzaymır hastalığı adı verilir. 65 yaş üstündeki alzaymır hastaları yanı sıra bunların %0.4'ü oranında 65 yaş altı alzaymır hastası vardır.

Yanlış 4: Alüminyum kutulardan içmek ve alüminyum tencere-tava kullanmak alzaymır hastalığına yol açar.

Gerçek: 1960 ve 970'li yıllarda alüminyum bir etken olarak ortaya atılmıştı. Anca o tarihten sonra yapılan araştırmalar alüminyumun böyle bir etkisi olmadığını ortaya çıkardı.

Yanlış 5: Aspartam bellek bozukluğuna yol açar.

Gerçek: Nutrasweet ve benzeri markalar altında satılan bu suni tatlandırıcı 1996 yılından beri kullanılmaktadır ve güvenilirliği konusunda hiçbir bilimsel şüphe ortaya çıkmamıştır.

Yanlış 6: Grip aşıları alzaymır hastalığı riskini artırır.

Gerçek: Grip aşısı ve tetanos-çocuk felci ve difteri aşılarının yaşlı sağlığına yararlı olup, alzaymır hastalığı ve ölüm riskini azalttıkları bilinmektedir.

Yanlış 7: Gümüş diş dolguları alzaymır hastalığı riskini artırmaktadır.

Gerçek: Şu anki bilimsel bulgulara göre gümüş diş dolguları ile alzheimer hastalığı arasında hiçbir ilişki yoktur. Bu yanlış gümüş dolguların %50 civarında cıva içeren bir amalgam (karışım) olması ve cıvanın insan beyine toksik etkileri olması bilgilerine bağlı olarak ortaya atılmıştır. Ancak günümüzde amalgamın alzheimer hastalığı ile ilgili bir risk faktörü olmadığı bilinmektedir.

Yanlış 8: Alzheimer hastalığının ilerlemesini durduran tedaviler vardır.

Gerçek: Şu an itibarıyla alzheimer hastalığını iyileştiren, ilerlemesini durduran veya yavaşlatan hiçbir tedavi yoktur.

10

NEREDE ?

Nerede Bu Anlattıklarımın Bilimsel Kaynağı?

1. Abella HA (June, 2009). "Report from SNM: PET imaging of brain chemistry bolsters characterization of dementias". Diagnostic Imaging.
2. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel (2012). "American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults". Journal of the American Geriatrics Society 60 (4): 616-631. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x.
3. Association, American Psychiatric (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5th ed. ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association. pp. 591-603. ISBN 9780890425541.
4. Bains J, Birks JS, Denning TR (2002). Denning, Tom, ed. "The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia". Cochrane Database of Systematic Reviews (4): CD003944. doi: 10.1002/14651858.CD003944.
5. Berrios GE (1987). "Dementia during the seventeenth and eighteenth centuries: a conceptual history". Psychological Medicine 17 (4): 829-37. doi: 10.1017/S0033291700000623.
6. Bond, M; Rogers, G; Peters, J; Anderson, R; Hoyle, M; Miners, A; Moxham, T; Davis, S; Thokala, P; Wailoo, A; Jeffreys, M; Hyde, C (2012). "The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galan-

- tamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model.". *Health technology assessment* (Winchester, England) 16 (21): 1-470. doi: 10.3310/hta16210.
7. Brown, C. (2009). "Pain, aging and dementia: The crisis is looming, but are we ready?". *British Journal of Occupational Therapy* 72 (8): 371-75.
 8. Caplan, J.P., & Rabinowitz, T. (2010). "An approach to the patient with cognitive impairment: Delirium and dementia". *The Medical clinics of North America* 94 (6): 1103-16. doi: 10.1016/j.mcna.2010.08.004.
 9. Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA (2007). "A review of screening tests for cognitive impairment". *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 78 (8): 790-9. doi: 10.1136/jnnp.2006.095414.
 10. Commission de la transparence (June 2012). "Médicaments de la maladie d'Alzheimer: à éviter" [Drugs for Alzheimer's disease: best avoided. No therapeutic advantage]. *Prescrire Int* 21 (128): 150.
 11. Declercq, T.; Petrovic, M.; Azermi, M.; Vander Stichele, R.; De Sutter, A.I.; van Driel, M.L.; Christiaens, T. (28 March 2013). "Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia.". *The Cochrane database of systematic reviews* 3: CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub2.

12. "Dementia." *BMJ* (Clinical research ed.) 338: b75. doi: 10.1136/bmj.b75.
13. "Dementia diagnosis and assessment". pathways.nice.org.uk.
14. "Dementia Fact sheet N°362".who.int.
15. "Dementia overview". <http://pathways.nice.org.uk/>.
16. Forbes, D.; Thiessen, E.J.; Blake, C.M.; Forbes, S.C.; Forbes, S. (4 December 2013). "Exercise programs for people with dementia.". *The Cochrane database of systematic reviews*12: CD006489. doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub3.
17. Gauthier, Serge (2006). *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (3rd ed. ed.). Abingdon, Oxon: Informa Healthcare. pp. 53-54. ISBN 9780203931714.
18. GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). "Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.". *Lancet* 385 (9963): 117-71. doi: 10.1016/S0140-6736 (14) 61682-2.
19. Hadjistavropoulos, T; Herr, K; Turk, DC; Fine, PG; Dworkin, RH; Helme, R; Jackson, K et al. (2007). "An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons". *Clinical Journal of Pain* 23 (1 suppl): S1-43. doi: 10.1097/AJP.0b013e31802be869.
20. Jorm AF (2004). "The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review". *International Psychogeriatrics / IPA* 16 (3): 275-93. doi: 10.1017/S1041610204000390.

21. Langa KM, Levine DA (2014). "The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review". *JAMA* 312 (23): 2551-61. doi: 10.1001/jama.2014.13806.
22. Larson, EB; Yaffe, K; Langa, KM (12 December 2013). "New insights into the dementia epidemic.". *The New England Journal of Medicine* 369 (24): 2275-7. doi: 10.1056/nejmp1311405.
23. Lee AY (2011). "Vascular dementia". *Chonnam Med J* 47(2): 66-71. doi: 10.4068/cmj.2011.47.2.66.
24. Lin, J.S.; O'Connor, E.; Rossom, R.C.; Perdue, L.A.; Eckstrom, E. (22 October 2013). "Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force.". *Annals of internal medicine* 159 (9): 601-12. doi: 10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00730.
25. Maher, A. R.; Maglione, M.; Bagley, S.; Suttorp, M.; Hu, J. H.; Ewing, B.; Wang, Z.; Timmer, M.; Sultzer, D.; Shekelle, P. G. (2011). "Efficacy and Comparative Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications for Off-Label Uses in Adults". *JAMA* 306 (12): 1359-1369. doi: 10.1001/jama.2011.1360.
26. Malouf, Reem; Evans, John Grimley (8 October 2008). "Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people". *Cochrane database of systematic reviews* (Online) (4): CD004514. doi: 10.1002/14651858.CD004514.pub2.
27. McKee A et al. (2009). "Chronic Traumatic Encephalopathy in Athletes: Progressive Tauopathy following Repetitive Head Injury". *J Neuropathol Exp*

- Neurol 68 (7): 709-735. doi: 10.1097/NEN.0b013e3181a9d503.
28. Nasreddine, ZS; Phillips, NA; Bédirian, V; Charbonneau, S; Whitehead, V; Collin, I; Cummings, JL; Chertkow, H (Apr 2005). "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment.". *Journal of the American Geriatrics Society* 53 (4): 695-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
 29. "National Alzheimer and Dementia Plans Planned Policies and Activities (PDF)". London: Alzheimer's Disease International. April 2012.
 30. National Institute for Health and Clinical Excellence. "Low-dose antipsychotics in people with dementia". nice.org.uk.
 31. Neal, M; Briggs, M (2003). "Validation therapy for dementia.". *The Cochrane database of systematic reviews* (3): CD001394. doi: 10.1002/14651858.CD001394.
 32. Rolinski, M; Fox, C; Maidment, I; McShane, R (14 March 2012). "Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease.". *The Cochrane database of systematic reviews* 3: CD006504. doi: 10.1002/14651858.CD006504.pub2.
 33. Sampson, E.L.; Candy, B.; Jones, L. (15 April 2009). "Enteral tube feeding for older people with advanced dementia.". *Cochrane database of systematic reviews* (Online) (2): CD007209. doi: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.
 34. Shub, Denis; Kunik, Mark E (April 16, 2009). "Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia:

- Assessment and Treatment Strategies". *Psychiatric Times* 26 (4).
35. Solomon, Andrew E. Budson, Paul R. (2011). *Memory loss: a practical guide for clinicians*. [Edinburgh?]: Elsevier Saunders. ISBN 9781416035978.
 36. Teng EL, Chui HC (1987). "The Modified Mini-Mental State (3MS) examination". *The Journal of Clinical Psychiatry* 48 (8): 314-8.
 37. Thompson S, Herrmann N, Rapoport MJ, Lanctôt KL (2007). "Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: a metaanalysis" (PDF). *Canadian Journal of Psychiatry* 52 (4): 248-55.
 38. Thompson, S.B.N. "Testamentary capacity and cognitive rehabilitation: implications for head-injured and neurologically impaired individuals." *Journal of Cognitive Rehabilitation* 2009; 27(Fall): 11-13.
 39. Thorgrimsen, L; Spector, A; Wiles, A; Orrell, M; Wiles, Anne; Orrell, Martin (2003). "Aroma therapy for dementia". *The Cochrane database of systematic reviews* (3): CD003150. doi: 10.1002/14651858.CD003150.
 40. Umphred, Darcy (2012). *Neurological rehabilitation* (6th ed. ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby. p. 838.
 41. Van den Block L (2014). "The need for integrating palliative care in ageing and dementia policies". *Eur J Public Health* 24(5): 705-6. doi: 10.1093/eurpub/cku084.
 42. Vernooij-Dassen, M; Draskovic, I; McCleery, J; Downs, M (Nov 9, 2011). "Cognitive reframing for carers of people with dementia.". *The Cochrane da-*

- tabase of systematic reviews (11): CD005318. doi: 10.1002/14651858.CD005318.pub2.
43. Viggo Hansen, N; Jørgensen, T; Ørtenblad, L (Oct 18, 2006). "Massage and touch for dementia.". The Cochrane database of systematic reviews (4): CD004989. doi: 10.1002/14651858.CD004989.pub2.
 44. Vink, AC; Birks, JS; Bruinsma, MS; Scholten, RJ (2004). "Music therapy for people with dementia.". The Cochrane database of systematic reviews (3): CD003477. doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub2.
 45. Woods, B; Aguirre, E; Spector, AE; Orrell, M (Feb 15, 2012). "Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia.". The Cochrane database of systematic reviews 2: CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

Sonsöz

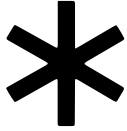
Bu kitaptan aklınızda kalması gereken en önemli nokta, bunamanın ameliyatla tedavi edilebildiği gerçeğidir. Diğer bir önemli nokta ise unutkanlık dikkatinizi çektiği zaman “yaşlılıktandır” demeyip hemen bir uzmana başvurmaktır. Özellikle de aşağıdaki sorulara “evet” cevabını veriyorsanız:

- Bellek ile ilgili sorununuzun herkesinkinden daha fazla olduğunu mu düşünüyorsunuz?
- Zihniniz eski berraklığında değil mi?
- Günlük uğraş ve ilgilerinizin büyük bölümünü terk ettiniz mi?
- Yeni tasarımlara başlamak size güç geliyor mu?
- Bir konu üzerinde yoğunlaşmakta güçlük çekiyor musunuz?
- Karar vermekte güçlük yaşıyor musunuz?
- İleri yaştaki tüm unutkanlık belirtileri bunamanın habercisi midir?

Bekir Onur

Gelişim Psikolojisi

Yetişkinlik - Yaşlılık - Ölüm



Gelişim psikolojisi, psikolojinin en önemli ve en geniş alanlarından biri. Önceleri yalnızca çocuk ve ergen psikolojisi dallarıyla bilinirken, bugün insan gelişimini bir bütün olarak ele alan geniş kapsamlı bir alanı içeriyor. Çağdaş gelişim psikolojisi, insanı doğum öncesinden başlayıp ölümüne kadar incelemeyi hedefliyor. Gelişimin yaşlılık dönemlerinin, ölümü de içine alacak biçimde gelişim psikolojisinin kapsamına girmesi yeni bir olgu.

Prof. Dr. Bekir Onur'un bu yapıtı, ülkemizde yetişkinlik, yaşlılık ve ölümü inceleyen ilk gelişim psikolojisi kitabıdır. İnsan gelişiminin bütünlüğü ve sürekliliği dikkate alınarak, kitapta çocukluk ve gençlik dönemlerinin gelişimine de yer verilmiştir.

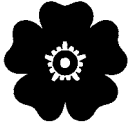
Gelişim Psikolojisi, insanın nasıl geliştiğini merak eden herkesin rahatlıkla okuyabileceği zengin içerikli bir kitaptır.

Editör: Ayten Zara

Yaşadıkça

Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları

Alev Çavdar • Ayla Yazıcı • Aylin Sezer • Ayşegül Kumanlı Güneş
Ayten Zara • Evrim Erten • Filiz Yurtseven • İrem Anlı
Özlem Özen • Sumru Bilge-Johnson • Yeşim Can



Bazen yaşarken ölüyor insan!

Ülkemizde maalesef, ruhsal sorunları olup da hiç işitilmeyen, yardım bulamayan ve tedavi edilmeyen insan sayısı tahmin edilenden daha kabarıktır. Bu durum yalnızca psikolojik yardım almanın çok pahalı olmasından ve yardımı veren profesyonellerin sınırlı olmasından değil, insanın yaşadığı sorunlara duyduğu yabancılıktan ve bununla nasıl baş edeceğini bilmemesinden de kaynaklanır.

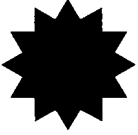
Birey olarak psikolojik dayanıklılık gösterebilme yetimiz yaşadığımız sorunlar konusunda bilinçlenme ve sorunlardan korunmayı öğrenmemize bağlıdır. Elinizdeki kitap, işte bu amaca hizmet etmek için tasarlanmış uzun soluklu bir çalışmanın ürünüdür. Bu kitap, kendimizi kimi zaman içinde bulduğumuz zorluklar ve sorunlar için bir umut ve çözüm olacaktır.

İlişki sorunları ve boşanma; hamilelikte ve doğum sonrasında depresyon; alkol ve madde kullanımı sorunları; çocuk ve ergenlerde kaygı; travma, kayıplar ve yas süreci gibi yaşadıkça karşılaştığımız sorunların çözümlerini, uzmanların kaleminden Yaşadıkça'da bulacaksınız...

Nuran Hortaçsu

Zamanda Aile

Ailede Zaman



Bu kitap zaman ve aile ilişkisine iki açıdan eğiliyor.

Birincisi; zaman ve kültüre göre aileye bakış açısı ve aile kurulmasıyla ilgili uygulamalardaki değişimler, ikincisi; ailenin kurulmasından ayrılma ve/veya ölümle sonuçlanması arasında geçen süreye içindeki değişimler.

Bu değişimler bağlamında aşk, evlilik, çatışma/uzlaşma, mutluluk/mutsuzluk, cinsiyet farkları ele alınıyor.

Kitap, yazarın otuz yılı aşkın akademik birikim ve gözlemlerini içeriyor, sık sık TV programlarına atıfta bulunuyor ve evlilikle ilgili gerçekçi beklentilere ve yapıcı yaklaşımlara değiniyor.

