

## **Konu 1-2: Yaşlılığa Bağlı Nörolojik Değişiklikler ve Yaşlılarda Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar**

### **1. Yaşlılığa Bağlı Nörolojik Değişiklikler**

### **2. Sinir Sistemi Hastalıklarında Kullanılan Tanı Yöntemleri**

#### **2.1. Bilincin Değerlendirilmesi**

##### **2.1.1. Öykü Alma**

##### **2.1.2. Fizik Muayene**

##### **2.1.2.1. Genel Görünümün Değerlendirilmesi**

##### **2.1.2.2. Mental Durum Değerlendirilmesi**

##### **2.1.2.3. Kafa Çiftlerinin Değerlendirilmesi**

##### **2.1.2.4. Motor Değerlendirme**

##### **2.1.2.5. Reflekslerin Değerlendirilmesi**

##### **2.1.2.6. Duyuların Değerlendirilmesi**

#### **2.1.3. Tanı Yöntemleri**

##### **2.1.3.1. Girişimsel Olmayan Tanı Testleri**

#### **Kafatası ve Spinal Kord Radyografisi:**

#### **Bilgisayarlı Tomografi (BT):**

- Saçlarının temiz olması ve saç tokası varsa çıkarılması konusunda bilgilendirmeli,
- Baş ve boyundaki takıları, metal cisimleri çıkarması konusunda bilgilendirmeli,
- Radyo opak madde verilecekse hastanın bu maddeye karşı alerjisinin olup olmadığını belirlemek için deri testi yapmalı,
- İşlem hakkında bilgilendirmelidir.

**Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG):** Teknolojik olarak MRG görüntüleri metal bulunmayan özel bir odada kuvvetli manyetik alan kullanılarak elde edilir. Diğer tanı testlerine göre beyin dokusu ile ilgili anomalileri saptamada daha etkili bir yöntemdir. Radyoopak madde kullanılmadan beyin damarlarının yapısı ile ilgili görüntüleme olasılığı sağlaması avantajlarındandır. Bu işlem hamilelere uygulanmaz. Hastanın takılarının, demir implantının, bakır ve ortopedik araçların, kalp pilinin ve insülin pompasının olmaması gerekir. İşlem öncesinde ve sonrasında herhangi bir diyet kısıtlaması bulunmamaktadır.

**Positron Emisyon Tomografi (PET):** Bilgisayar temelli bir görüntüleme yöntemidir ve organların işlevi hakkında bilgi verir. PET ile bölgesel serebral glukoz metabolizması değerlendirilebilir. PET, BT ve MRG'e göre daha sessiz bir yöntemdir. Hasta ve yakınlarına işlem öncesi bilgi vermeli ve hastaya işlemden dört saat önce aç kalması gerektiğini söylemelidir. Diabetes mellitusu olan hastaların kan şekerinin 150 g/dl'nin altında tutulması gereklidir.

**Elektroensefalografi (EEG):** Beynin elektriksel aktivitesini kaydeden bir yöntemdir. Elektrotlar denilen küçük diskler iletici jeli ile kafa derisi üzerine özel noktalara yerleştirilir. Hasta uyanıkken ya da uyuyorken uygulanabilir ve işlem ağrılı değildir. EEG ile merkezî sinir sistemi hastalıkları, metabolik hastalıklar, ilaç toksikasyonları ve beyin ölümü değerlendirmesi de yapılır.

İşlem öncesinde hemşire aşağıdaki hususlara dikkat etmelidir:

- Hasta ve yakınlarını işlem hakkında bilgilendirmelidir.
- Hastaya işlemden önce saçlarını uygun bir şampuanla yıkaması, yıkadıktan sonra elektronların yapışmasını engelleyebilecek krem, jöle, sprey kullanmaması gerektiği söylenmelidir.
- İşlemden 24-48 saat önce hastanın önceden kullandığı antidepresan, antikonvülzan ilaçlar kesilmeli, çay ve kahve gibi uyarıcı içeceklerin alınmaması gerektiği hastaya söylenmelidir.
- İşlemden önceki gece hastanın geç uyuyup sabah erken kalkması sağlanarak hastanın işlem sırasında uyuması kolaylaştırılmalıdır.
- İşlem için hasta bir yatağa yatırılır ya da oturtulur. İşlem yaklaşık 40-60 dk. sürebilir.

### 2.1.3.2. Girişimsel Tanı Testleri

**Lomber Ponksiyon (LP):** Beyin içindeki boşluklarda ve omurilik çevresinde dolaşan sıvının incelenebilmesi için uygulanan bir yöntemdir. Çeşitli hastalıkların (enfeksiyon, kanama, tümör, metabolik-dejeneratif, multipl skleroz vb.) belirtilerini görebilmek, kafa içi basıncını ölçebilmek veya tedavi uygulayabilmek amacıyla LP yapılması gerekebilir. Aseptik teknikle lomber subaraknoid aralığa içi boş mandrenli bir iğneyle girilerek yapılan bir inceleme yöntemidir. LP tanı ve tedavi amaçlı olarak kullanılır.

#### Lomber ponksiyon uygulaması

İşlem sonrası hasta 2-3 saat yan yatar pozisyonda tutulur. Daha sonra yatağında 6-24 saat sırtüstü pozisyonda yatırılarak baş ağrısı yönünden izlenir. Hasta nörolojik ve yaşamsal bulgular yönünden izlenerek sırt ağrısı, sırtın alt kısmında ağrı ve uylukta spazm, geçici kusma ve ateş gibi belirtiler yönünden izlenir.

### 2.2. Sinir Sistemi Hastalıklarında Genel Belirtiler

**Hemipleji:** Vücudun yarısının tutmadığı, hastanın kolunu ve bacağı oynatamadığı durumdur. Kuvvetsizlik tek bir kol veya bacakta ise buna monoparezi denir. Üç ekstremitedeki kuvvetsizlik triparezi, her iki kol ve bacakta kas zaafı kuadriparezi ya da tetraparezi diye adlandırılır.

**Hipotoni:** Hastalanan serebellar hemisferin (motor korteksin bağlantıları) aynı tarafındaki kol ve bacakta hipotoni görülür.

**Dissinerji:** Serebellum hastalıklarının önde gelen bir belirtisidir. İstemli bir hareketin yumuşak ve düzgün bir şekilde yapılabilmesi için hareketi sağlayan agonist kaslar kasılırken antagonist kasların gevşemesi gerekir. Serebellum hastalıklarında bu düzen kaybolmuştur. Bu nedenle hasta hemisfer tarafındaki ekstremiteler ardsıra hareketleri yapmakta güçlük çeker.

**Dizartri:** Ardsıra hareketleri yapmadaki güçlükte olduğu gibi konuşma işlevini sağlayan kaslar arasındaki sinerjinin bozulması ile ortaya çıkar. Serebellar dizartri kesik kesik, vurguların yanlış yerde yapıldığı, zaman zaman hecelerin patlayıcı şekilde telaffuz edildiği bir dizartridir ve sarhoş konuşmasına benzetilir.

**Dismetri:** Bir ekstremiteler örneğinin kol, karşıdaki bir objeyi almak için uzatıldığında hareket normalde serebellumun sürekli kontrolü altındadır. Böylece istemli hareketteki düzensizlikler düzeltilerek ölçülü ve amaca ulaşan bir hareket sağlanır. Serebellum hastalığında bu kontrol ortadan kalktığından ekstremiteler mesafeyi ayarlayamaz. Örneğinin hastanın kolunu yana açarak işaret parmağını burnuna değdirmesi istendiğinde lezyon tarafındaki parmak hedefi bulamaz ve hızla burna veya yanağa çarpar.

**Tremor:** Serebellum hastalıklarında tremor koordine bir hareketin yapılması sırasında ortaya çıkar. Parkinson hastalığında olduğu gibi statik değil kinektiktir. Özellikle hareket amacına yaklaşırken belirgin hâl alır. Bu tip tremora intansiyonel tremor adı verilir.

**Ataksi:** Yürüme sırasında hasta lezyon tarafına doğru sapar veya aynı tarafa doğru düşebilir. Bu durumda hastanın düşme eğiliminde olduğu taraf ekstremitelerinde dismetri ve disdiadokokinezi saptanır. Serebellar sistem hastalıklarında bu bulgular tek tek veya değişik oranlarda bir arada bulunabilir. Belirtiler ancak dikkatli bir muayeneye ortaya konabilecek kadar hafif olabilir. Bazen de günlük aktiviteyi engelleyecek boyutlara varabilir. Örneğinin hastanın ataksi nedeniyle ayakta duramadığı, dizartriden ötürü söylediğinin anlamadığı görülür. Dismetri, disdiadokokinezi ve intansiyonel tremor yüzünden yemeğini kendi başına yiyemediği gözlenir.

**Kore:** Amaçsız ve düzensiz ani ve hızlı hareketlerdir. Ellerde ayaklarda oranla daha sık görülür. Bazen de dil, dudak, yüz ve omuz hareketleri görünümündedir. Ağır şekillerinde hastanın yazı yazma, yemek yeme gibi günlük aktiviteleri etkilenebilir.

**Miyokloni:** Miyokloni veya miyoklonus bir kasın veya bir kas grubunun ani kasılmasıyla ortaya çıkan genellikle aritmik sıçrayıcı harekete verilen addır. Miyoklonus bazen çok küçük bir hareket şeklindedir. Bazen de hastanın elindekini düşürmesine veya yere yıkılmasına neden olacak bir hareket doğurur. Miyoklonusların bir bölümü ani ses, ışık, dokunma gibi uyaranlarla provoke edilebilir.

**Tik:** Sıklıkla yüzde, boyun ve omuzda görülen istemsiz hareketlerdir. Göz kırpma, alın kırıştırma, burun çekme, omuz silkme sık görülür. Çocukluk yaşlarında ve gerilimli durumlarda ortaya çıkar. Kompulsiv bir yönü vardır yani hasta tikini kontrol altında tutmak isterse gerilim artar, tiki ortaya çıkması ise geçici bir rahatlık sağlar. Bir dönem aynı tiki tekrarlayan çocuğun bir zaman sonra bunu terkedip yeni bir tiki başladığı da görülür.

### 3. Yaşlılarda Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar

#### 3.1. Epilepsi

Epilepsi, halk arasında sara hastalığı olarak bilinmektedir. Beyinde ani ve anormal elektrik deşarjına bağılı olarak duyu, hareket, algılama, bilinç ya da davranış değişikliklerine neden olan kronik, tekrarlayıcı nöbetler olarak tanımlanmaktadır.

##### 3.1.1. Epileptik Nöbetler

- Parsiyel Epileptik Nöbetler:**
- Basit parsiyel nöbetler:**
- Kompleks parsiyel nöbetler:**
- Jeneralize Nöbetler:**
- Myoklonik nöbetler:**
- Tonik nöbetler:**
- Klonik nöbetler:**
- Tonik-klonik nöbetler (grand mal):**
- Sınıflandırılmayan Nöbetler**

**Belirti ve Bulgular:** Epilepsinin belirti ve bulguların şekli değişiklik gösterir. Epilepside en önemli belirti ve bulgu, tekrarlayan nöbetlerdir. Bazı hastalarda gözlerin dalması, bir yere bakakalma gibi olan nöbetler, bazılarında çok şiddetli kasılmalarla havale geçirmeye kadar gidebilir. Bazı hastalar nöbetlerin geleceğini anlayabilirler. Bir koku, farklı bir duyu veya duygusal değişiklikler (aura) nöbetten önce kendini gösterebilir.

**Tanı:** Tanıda, hastadan ve hasta yakınlarından alınan anamnez önemlidir. Nöbetin nasıl başladığı, seyri ve tamamlanması, aşamaları değerlendirilir. İyi bir fizik ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Nöbetlere neden olabilecek hastalıklar yönünden laboratuvar incelemeleri yapılır. Epilepsilerde EEG, EMG tanı koymada çok önemlidir. Bilgisayarlı beyin tomografisi, manyetik rezonans, sintigrafi, anjiyografi tanıda kullanılan diğer yöntemlerdir.

##### 3.1.2. Epilepside Bakım

- Etkin solunum, siyanoz ve hava yolu açıklığının değerlendirilmesi amacıyla deri rengi, solunum hızı ve derinliği izlenir,
- Hastanın solunumuna ve nöbet sırasında dilinin ısırılmasını engellemek amacıyla çenesi kilitlenmemiş ise airway yerleştirilir,
- Epileptik nöbetin aurasını tanımak gerekmektedir. Aura tanınabiliyorsa hasta güvenli bir yere alınmalıdır.

- Nöbet esnasında kasılmalar başlamadan önce hastanın dişlerinin arasına rulo yerleştirilir. Bu işlem nöbet başladıktan sonra yapılmamalıdır. Yumuşak doku yaralanmalarına sebep olabilir,
- Nefes almasını kolaylaştırmak için hasta yere uzatılır ve sıkın giysileri varsa gevşetilir ve aspirasyon riskini önlemek için hastanın başı yan çevrilmelidir.

### **Epilepside hastanın baş pozisyonu**

- Yatakta nöbet geçiriyorsa hastanın etrafı yastıklarla desteklenmeli, başını yere vurması, yataktan düşmesi önlenmelidir.
- Nöbet anında hastanın neler yaptığı iyice gözlenmeli ve rapor edilmelidir.
- Hastalar, ilaçlarını düzenli kullanmaları ve birden kesmemeleri konusunda uyarılmalıdır.
- Postiktal evrede hasta uyandırılmamalıdır. Postiktal psikoza girebilir, kendisine ve çevresine zararlı olabilir.
- Nöbet esnasında hastaya oral hiçbir şey verilmemelidir.
- Nöbet esnasında hastanın ekstremiteleri açılmaya çalışılmamalıdır.
- Konstipasyon, aşırı yorgunluk, ateş, menstrasyon, stres ve ayrıca televizyon gibi ses ve ışık yayan araçların nöbetleri tetiklediği konusunda hasta bilgilendirilmelidir.
- Hasta su ile doldurulmuş küvette banyo yapmak yerine duş ile banyo yapmayı tercih etmelidir.
- Hasta normal aktivitelerini yapmaya teşvik edilmelidir. Aktivite epileptik atakları artırmayıp aksine azalmasını sağlar.
- Hasta dağcılık, paraşütle atlama vb. zorlayıcı aktivitelerden kaçınmalıdır.
- Denizde yalnız yüzmesi ve araba kullanmasının sakıncalı olabileceği hastaya söylenmelidir.
- Hasta kendisinin veya başkalarının yaralanmasına ve zarar görmesine neden olabilecek işlerde çalışmamalıdır.
- Epileptik hastaların sürücü belgesi alabilmesi her devletin yasalarına göre değişebilmekle birlikte en az 1-3 yıl hiç nöbet geçirmemiş olması şartı aranmaktadır.
- Epilepsili hastaların evlenmesinde bir sakınca yoktur.
- Epilepsili hastalar normal sosyal yaşantılarını sürdürebileceği bildirilmelidir.
- Epileptik hastalar yanlarında epilepsileri olduğunu belirten kart ya da künye taşımasının önemi vurgulanmalıdır.

### **3.2. Parkinson**

Parkinson hastalığı dopamin eksikliğinin neden olduğu dejeneratif nörolojik bir hastalıktır. Hastalık, beynin substantia nigra isimli siyah çekirdekteki dopaminerjik nöronları yıkıma uğratar. Substantia nigra, mezensefalonda (orta beyinde) bulunan bir çekirdektir. Buradaki hücrelerde üretilen dopamin, bilgilerin hücreler arası iletimini sağlayarak vücut hareketlerinin ve denge işlevinin düzgün yapılmasını sağlar. Parkinson ileri yaş hastalığıdır ve ilk belirtiler çoğunlukla 60'lı yaşlarda başlar. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre biraz daha fazladır.

**Tedavi:** Tedavide amaç, semptomları kontrol altına almaktır. Parkinson tedavisinde bazal ganglionlardaki dejenerasyonu geçici veya sürekli olarak durdurmak ve hastalığın bulgularını hafifletmek amacıyla ilaç tedavisinin yanı sıra, fizyoterapi, psiko-terapi, beslenme yönetimi, sıvı-elektrolit dengesi, konuşma terapisi, iş-uğraş terapisi, cerrahi tedavi uygulanır. Bazı olgularda cerrahi girişimle dejenerasyona uğrayan bölgelerin çıkartılması yoluna gidilir.

### 3.2.1. Parkinson Hastalığında Bakım

□ Hastanın hareket düzeyi değerlendirilir. Fiziksel hareketlerde yavaşlama olduğu için hastaya düzenli kas hareketleri yaptırılmalıdır. Bu hareketler kasları, eklemleri korur ve kontraktürlerin oluşmasını engeller. Bireyin yaşam kalitesi yükseltilir. Hastanın yürürken donmasını (akinezi) önlemek için bir çizgi üzerinde yürüyormuş gibi düşünmesi ve dönme hareketini bacaklarını kaldırarak hareket ettirmesi konusunda eğitim yapılmalıdır. Sinir ve gerginliği azaltmak için iletişime yeterli zaman ayrılmalı, diyafragmatik konuşma konusunda yardımcı olunmalı, konuşma terapistiyle iş birliği yapılmalıdır. Resimli parlak kart ve objeler kullanarak alternatif iletişim yöntemleri denenmeli, kas relaksasyonu sağlayarak konuşmayı kolaylaştırmak için yüz ve boyun masajı yapılmalıdır. Hastanın ayna karşısında yüz egzersizleri yapması (gülme, üfleme, göz hareketleri, boyun germe) sağlanmalıdır. Ayrıca hastanın konuşmasını geliştirmek için hastayı konuşurken cümleler arasında nefes almaya teşvik etmeli, konuşmadan önce cümleleri aklında toparlaması için zaman tanınmalı, şarkı söylemeye teşvik edilmeli, anlaşılmayan kelimeler tekrar söylenmeli ve sözsüz iletişim hareketleri izlenmeli, mümkün olduğunca gürültünün olmadığı yerde hastanın konuşması dinlenmelidir.

□ Zamanla ilerleyen hastalık, hastayı depresyona sokabileceğinden doktor tarafından antidepresan ilaçlar başlanabilir. Hastanın ilaçlarını düzenli alması sağlanmalıdır. Hasta ve ailesine hastalık, tedavi, diyet ve egzersiz yapmanın önemi hakkında eğitim yapılır. Parkinsonlu hastaların bakımı sabır ve hoşgörü gerektirir. Aileye destek olunmalıdır.

□ İyi bir postürün sağlanması için sert zemin üzerinde yatma, dik durma, otururken omurganın fleksiyonunu önlemek için sırtı yastıkla destekleme, sırt ve omuzlarını fleksiyonda tutmasının önemi açıklanmalıdır.

□ Tükürük salgısı (salivasyon) nedeniyle hastanın yanında mendil bulundurulmalıdır. Hastanın çiğneme ve yutma yeteneği değerlendirilir. Çiğneme ve yutmayı kolaylaştıracak egzersizler yaptırılmalı, az miktarda sık aralarla özel hazırlanmış gıdalarla beslenmeli, yumuşak ve soğuk diyet, aspirasyonu önlemek için dik oturur pozisyonda olmalıdır.

□ Parkinson hastalarında özel diyet verilir. Kalori ihtiyacı karşılanmalıdır. Vitaminli, sıvı içecek ve posa bırakan gıdalar verilmelidir. Diyet dengeli, yumuşak olmalı ve B6 vitamini fazlaca içeren besinlerden sakınılmalıdır.

□ Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.

Hastanın gereksinimleri doğrultusunda yapmak istediği boş zaman aktiviteleri belirlenip hastaya destek olunur. Bu hastanın sosyalizasyonunu sağlar. Yeni aktivitelere başlarken hastanın sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastanın gerginliğini azaltmak için incelik gerektiren işlerde yardımcı olunmalıdır. Hastaya psikolojik destek verilmelidir.

### **Hastaya psikolojik yönden destek olunmalıdır.**

Konjoktivite karşı kornea korunmalı (yapay gözyaşı), hastanın hareketliliği sağlanarak doku bütünlüğü sağlanmalıdır.

Terleme nedeniyle hastanın vücut salgılarında artış olur. Hastanın vücut hijyeni sağlanmalı, ağız bakımı yapılmalıdır.

Uykusuzluk sorunu ile karşılaşmamak için hasta gün içinde uyanık tutulmalı, şekerlemelerden kaçınmak için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu yüzden ilaçların erken saatlerde alınması önemlidir.

Uyku bölünmesini önlemek için hastaya sessiz ortam sağlanmalı, bradikineziye bağlı postür değişikliğinin güç olması nedeniyle rahat pozisyon verilmelidir.

## **2.3. Multipl Skleroz (MS)**

Multipl skleroz, beyin ve medulla spinaliste yaygın fibrotik dejenerasyonların geliştiği immünolojik bir hastalıktır. Beyin ve omuriliği tutan sinir sistemindeki sinir kılıflarının harabiyeti sonucu oluşur. Bağışıklık sistemi, sinir hücrelerinin çevresinde bulunan, elektriksel uyarıları ileten myelin kılıfını vücuda yabancı bir madde olarak algılamasıyla yok etmeye çalışır yani vücut kendi kendine zarar verir. Miyelin yok olduğunda veya hasar gördüğünde, sinirlerin beyine giden veya beyinden gelen elektrik uyarılarını iletebilme kapasiteleri kesintiye uğrar ve bu durum çeşitli MS belirtilerini ortaya çıkarır.

### **Belirti ve Bulgular:**

Motor fonksiyonlar (kas güçsüzlüğü, kasların şiddetli derecede kasılı kalması (spastisite), patolojik refleksler)

Duyusal fonksiyonlar (vibrasyon ve pozisyon hissinin bozukluğu, ağrı, ısı ve dokunma hissinin bozukluğu)

Serebellar fonksiyonlar (ataksi, tremor, nistagmus, dizartri)

Kranial sinir/beyin sapı (görme bozukluğu, oküler bozukluk, vertigo)

Otonomik fonksiyonlar (mesane fonksiyon bozukluğu, bağırsak fonksiyon bozukluğu, seksüel fonksiyon bozukluğu, terleme, vasküler anormallikler)

Psikiyatrik bozukluklar (depresyon, efori, kognitif bozukluk)

Diğer (yorgunluk)

### **3.3.1. Multipl Sklerozda Bakım**

MS’de bakım bireyin ve ailenin gereksinimlerine göre planlanır. Girişimler ise ataklara ve çıkan sorunlara göre planlanır. Bu amaçla MS’de bakım;

- Sıcak, atakları tetikleyip yorgunluğu artıracığından sıcak duş almaktan kaçınmayı,
- Stres, yorgunluk, enfeksiyon, hamilelik ve aşırı egzersizden kaçınmayı,
- Emboli riskini önlemek amacıyla hareketsiz kaldığı durumlarda antiembolik çorap giydirmek ve hekim istemine göre antikoagülan tedavi başlatmayı,
- Hastaya ve ailesine hastalık süreci hakkında bilgi vermeyi,
- Hastayı ilaçların yan etkilerini önleme yolları hakkında bilgilendirmeyi,
- Fleksiyon spazm riskini artıracığından prone pozisyonunda uyumasını sağlamayı,
- Görme bozukluğunu değerlendirmeyi (diplobi, bulanık görme, nistagmus ve görme kabı)
- Objeleri hastanın ulaşabileceği yere koymayı ve yerlerini hastaya söylemeden değiştirmemeyi,
- Yorgunluğu azaltmak için dinlenme periyotları planlamayı,

Üriner enfeksiyon belirtilerini gözlemlemeyi,

- İnkontinansı önlemek amacıyla hastayı mesane eğitimi programına almayı,
- Cilt bütünlüğünü korumak ve duyu değişikliği olan bölgeleri tespit etmeyi,
- Yara oluşumunu önlemek amacıyla basınç, sıcak ve çok soğuktan kaçınmayı ve sıklıkla pozisyon değiştirmeyi,
- Fiziksel fonksiyon yetersizliği ve hastalığın semptomlarını değerlendirmeyi,
- Hastanın davranış ve fonksiyon seviyesindeki değişiklikleri izlemeyi,
- Hastanın bakımla ilgili kararlarını tartışmayı, sürmekte olan bağımlılıkları konusunda hastayı desteklemeyi ve gerektiğinde psikiyatriste yönlendirmeyi,
- Yaşam kalitesini artırmak amacıyla destek grupları (MS Derneği gibi) hakkında bilgi vermeyi kapsamaktadır.

### **3.4. Alzheimer**

#### **3.4.1. Alzheimerda Bakım**

- Hastanın kendine bakım aktivitelerine katılımı desteklenir.
- Hastaya basit günlük aktiviteleri yapabilmesi için plan yapılır, aktivitelerin yapılabilmesi için sabırla yaklaşılır ve zaman tanınır, yapması gerekenler gerektiğinde tekrarlarla hatırlatılır. Hastanın iletişim düzeyine göre açık, net, anlaşılır, kısa, basit cümlelerle, alçak ses tonuyla ve aynı anda birkaç soru sorulmadan anlatılır. Hastaya ismiyle hitap edilir.
- Belleği güçlendirici girişimler ve güçlendirme aktivitelerine katılımı sağlanır.
- Günlük olaylar, geçmiş yaşamı anımsamaya yardımcı olacak fotoğraf albümü gibi hatırlatıcılar kullanılır.
- Günlük işlerde düzen sağlanarak bellek kaybı artışı engellenir ve anksiyete azaltılır.
- Saat, takvim, yön gösteren işaretler, renkli bantlar, yemek listesi, mevsim, hava durumu gibi bilgiler büyük harflerle yazılarak kolayca okunabilecek yerlere asılır.



- Stresten uzak çevresel uyaranların azaltılmış olduğu ortam sağlanır.
- Hastaların yastık, battaniye, saat gibi özel eşyalarını yanlarında getirmesi sağlanarak yabancılaşma yaşamaları engellenir.
- Sade, karışıklığa neden olmayacak, az sayıda eşya ve renk içeren, iyi bir şekilde aydınlatılmış ortam oluşturulmalıdır.
- Güvenli çevre sağlanmalıdır (Kaygan zemin, keskin objeler, sıcak su, toksik maddeler gibi hastaya zarar verebilecek ortamlardan uzak tutulur.).
- Hasta yangın alarmı, telefon, televizyon gibi ajitasyona neden olan gürültü kaynaklarından uzak tutulmalıdır.
- Merdiven ve çıkış kapısından uzak, hemşire deskinden kolayca gözlenebilecek bir odada olması sağlanır.
- Bulunduğu yerden izinsiz çıkmasını önleyici tanıtıcı kimlik kartı ya da künye sağlanmalı, bir fotoğrafı dosyada bulundurulmalıdır.
- Yatağa tespit etmek ajitasyonu artıracağından kaçınılmalıdır.
- Tuvalet alışkanlığı değerlendirilerek tuvalete götürülmesi ve gitmesinin hatırlatılması, sallanma, kıvrınma, elbisesini kaldırma gibi tuvalet gereksinimini gösteren davranışlar değerlendirilmelidir. Tuvaletin yönünü belirten renkli bantlar, dikkat çekici işaretler, iyi bir aydınlatma ve güvenliği sağlanmalıdır.
- Gece inkontinansını önlemek için akşam sıvı alımı kısıtlanmalıdır. Tuvalet gereksinimini karşılamayı güçleştirecek fermuar, düğme, dar giysiler kullanımından kaçınılmalıdır. İnkontinansı olan hastanın hijyenine dikkat edilmeli ve gerekmedikçe kateterizasyondan kaçınılmalıdır.
- Sessiz, sakin yemek ortamı sağlanmalı ve iştah açıcı sunum yapılmalıdır. Küçük lokmalarla beslenmeli, gerekirse sıvı diyeteye geçilmelidir. Çatal kaşık kullanamayan hastalara uygun yiyecekler verilerek elle yemesine izin verilmelidir.

### 3.6. Demans

**Demans;** ilerleyici ve ölümcül bir hastalıktır. Hafızada bozukluk, günlük yaşam aktivitelerinde ilerleyici gerileme, çeşitli psikiyatrik semptomlar ve davranış bozukluklarıyla karakterizedir. Alzheimer hastalığı demansın en sık nedenidir.

#### **Bakım Verenlere Düşen Görevler**

- Hastanın bakımı
- İlaçlarının verilmesi
- Destek tedavilerinin uygulanması
- Hastanın genel sağlığı ve hayat kalitesinin sağlanması
- Ev içinde güvenliliği sağlamak
- Maddî işlerde yardım
- Bakıcı tükenmişliği yaşamamak için sosyal dayanışma ve destek.