



SAĞLIK KURULUNDA DEMANS

- Dr. Ahmet Onur KESKİN • Dr. Armağan UYSAL • Prof. Dr. Aynur ÖZGE
- Prof. Dr. Görsev YENER • Prof. Dr. Dursun KIRBAŞ





SAĞLIK KURULUNDA DEMANS

- Dr. Ahmet Onur KESKİN • Dr. Armağan UYSAL • Prof. Dr. Aynur ÖZGE
- Prof. Dr. Görsev YENER • Prof. Dr. Dursun KIRBAŞ

Ekim 2019



TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ YAYINI

SAĞLIK KURULUNDA DEMANS

ISBN:

Basım Tarihi: Galenos Yayınevi, İstanbul, 2019

Kitabı hazırlayanlar ve yayıncı sarf malzeme, ilaç seçimi ve ilaç dozları dahil olmak üzere yapılan tüm tanı ve tedavi önerilerinin yayın tarihinde kabul edilen standartlara ve klinik uygulamaya uyumlu olmasına özen göstermiştir. Bununla birlikte yeni araştırma sonuçları ve yasal düzenlemeler klinik standartları sürekli olarak değiştirdiği için, ilaç prospektüslerinde yer alan doz önerileri, uyarılar ve kontrendikasyonların kontrol edilmesi gereklidir. Tüm tedaviler, taşıdığı riskler ve beklenen yarar ışığında, her bir hasta için bireysel olarak değerlendirilmelidir. Bu kitabın amacı güncel bilgilerin aktarılması olup, verilen bilgiler bireysel tanı ve tedavinin yerini tutmamaktadır. Öneri niteliğinde olan bilgiler, ilgili tüm tıbbi durumlar için geçerli değildir. Klinik pratikte uygulanacak olan işlemler, hastaların bireysel olarak değerlendirilmesi sonucunda belirlenmelidir. Yazıların içerik ve özgünlük ile ilgili sorumlulukları yazarlara aittir. Yayımlanan yazıların bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazıların içeriğinden ve kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Türk Nöroloji Derneği, editörler, yönetim kurulu ve yayımcı kitaptaki hatalardan veya bilgilerin kullanımından doğacak olan sonuçlardan dolayı sorumluluk kabul etmez. Tüm hakları saklıdır. Bu kitabın hiçbir bölümü Türk Nöroloji Derneği'nden yazılı izin alınmaksızın çoğaltılamaz, elektronik ortamda saklanamaz, elektronik ve fotografik olarak kopyalanamaz ve herhangi bir şekilde yayınlanamaz.

Yayınevi

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.
Molla Gürani Mh. Kaçamak Sk. No: 21, 34093 Fındıkzade, İstanbul
Tel.: +90 212 621 99 25 Faks: +90 212 621 99 27 Yayıncı Sertifika No: 14521
info@galenos.com.tr - www.galenos.com.tr

Baskı

Üniform Basım San. ve Turizm LTD. ŞTİ
Matbaacılar Sanayi Sitesi 1. Cad. No: 114
Bağcılar 34204 İstanbul SERTİFİKA NO: 42419
Tel.: +90 212 429 10 00

ÖNSÖZ

Elinizdeki kitap yoğun mesaisi içerisinde kısa zamanda hayati kararlara imza atması gereken nöroloji uzmanlarına demans hastaları konusunda yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır. Demansa ait güncel tanı ve tedavi bilgilerini de içeren bu kitapta demans tanısından yasal haklara kadar geniş bir çerçevede güncel bilgiler özet bir şekilde okuyucunun bilgisine sunulmuştur. Aynı zamanda demansın multidisipliner yönüne vurgu yapan bölümler heyetin çok disiplinli yapısında tereddütte kalınan noktalara ışık tutacak şekilde tasarlanmıştır. Demans konusundaki teorik bilgiler olabildiğince kısa tutulmuş, bununla birlikte güncel tanı ve tedavi bilgileri de hekimlerin günlük pratiklerine ışık tutacak düzeyde verilmiştir. Hukuki bilgiler de hekimlere yönelik hazırlanmış, alanında deneyimli hocalarımızın filtre ettiği bilgilerle sınırlanmış, teoriden uzak, olabildiğince pratik noktalara odaklanmıştır. Yazarlar sahada çalışan hekimler ve alanında uzman akademisyenlerden seçilmiştir.

Kitap aynı zamanda mevzuatta sık karşılaşılan sorunları kanun yapıcı ve uygulayıcıları ile çözerken bir rehber niteliğinde hazırlanmış olup sahadaki sorunlara bu yönüyle de destek olmayı hedeflemektedir.

Kitabın alandaki meslektaşlarımızın alacakları kararlarda yardımcı olması ve yüklerini bir nebze olsun hafifletmesi nihai hedefimizdir.

Kitabı bizi yetiştiren hocalarımıza ve sağlık alanında çeşitli vesilelerle hayatını kaybeden tüm meslektaşlarımıza adıyoruz.

Dr. Ahmet Onur Keskin

Dr. Armağan Uysal

Prof. Dr. Aynur Özge

Prof. Dr. Görsev Yener

Prof. Dr. Dursun Kırbaş

YAZAR İNDEKSİ

Dr. Ercan ALTINÖZ

*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye*

Dr. Nazlı Gamze BÜLBÜL

*Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye*

Dr. Murat ÇALIK

*Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji
Kliniği, Samsun, Türkiye*

Dr. Serkan DEMİR

*Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye*

Dr. Esra Acıman DEMİREL

*Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye*

Dr. Fatma Nazlı DURMAZ

*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye*

Doç. Dr. Ahmet EVLİCE

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Adana, Türkiye*

Dr. Ahmet Onur KESKİN

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Prof. Dr. Dursun KIRBAŞ

*Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, GOP
Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye*

Prof. Dr. Aynur ÖZGE

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye*

Dr. Turan POYRAZ

*Özel Medifema Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir,
Türkiye*

Dr. Selma TEKİN

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye*

Dr. Tuğba UYAR

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nöroloji Anabilim Dalı, Rize, Türkiye*

Dr. H. Armağan UYSAL

*Medical Park İzmir Hastanesi, Nöroloji Kliniği,
İzmir, Türkiye*

Dr. Didem UZ

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Prof. Dr. Görsev YENER

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

İÇİNDEKİLER

1. BÖLÜM

NÖROLOJİ UZMANLARININ SAĞLIK KURULLARINDAKİ GÖREVLERİ NELERDİR? NELERE DİKKAT ETMELİDİRLER?7

2. BÖLÜM

HUKUKİ AÇIDAN YETKİN OLMAK VE DEMANSA BAKIŞ..... 12

3. BÖLÜM

DEMAN TANISINI ERKENDEN KOYMAK MÜMKÜN MÜ? TERMİNOLOJİDE VE TANIDA NE DEĞİŞTİ?..... 17

4. BÖLÜM

ALZHEIMER HASTALIĞI KLİNİK GÖSTERGELERİ.....28

5. BÖLÜM

ALZHEIMER DIŞI DEMANSLARIN KLİNİK GÖSTERGELERİ37

6. BÖLÜM

SEKONDER DEMANSLARI AYIRT ETME47

7. BÖLÜM

DEMAN HASTASININ BİLİŞSEL YETİLERİNİ DEĞERLENDİRME53

8. BÖLÜM

DEMAN HASTASININ İŞLEVSEL YETİLERİNİ DEĞERLENDİRME57

9. BÖLÜM

DEMAN HASTASININ DAVRANIŞSAL YETİLERİNİ DEĞERLENDİRME64

10. BÖLÜM

DEMANSTA GLOBAL EVRELENDİRME ÖLÇEKLERİ.....68

11. BÖLÜM

GERİATRİK HASTALARDA PSİKİYATRİK VE GELİŞİMSEL BOZUKLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ73

12. BÖLÜM

DEMAN HASTASINI DEĞERLENDİRMEDE EĞİTİM FAKTÖRÜ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ...82

13. BÖLÜM

DEMANSTA HASTA YAKINI YÜKÜ VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....86

14. BÖLÜM

VEŞAYET, VAŞİLİK VE BUTLAN ÜZERİNE BİR NÖROLOĞUN BİLMESİ GEREKENLER.....93

15. BÖLÜM

SAĞLIK KURULUNDA SÜRÜCÜ ADAYLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ98

16. BÖLÜM

EKLER102

NÖROLOJİ UZMANLARININ SAĞLIK KURULLARINDAKİ GÖREVLERİ NELERDİR? NELERE DİKKAT ETMELİDİRLER?

1 BÖLÜM

Uzm. Dr. Murat Çalık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun, Türkiye

drmuratcalik@hotmail.com

Özet

Özellikle son yıllarda yapılan yeni düzenlemeler doğrultusunda kamu kuruluşlarında sağlık kurullarına başvuru sayısı ve beraberinde kurulların iş yükü de artmıştır. Kurulda görev alan hekimler, müracaat eden hastaları çok kısa sürelerde değerlendirerek tanılarını doğrulamak (bazen de yeniden tanı koymak), yeterli şekilde tedavi edilmediğini anlamak ve ilgili kurullar çerçevesinde hastalık şiddetini belirlemek durumunda kalmaktadırlar. Haliyle bütün bu görevleri yerine getirebilmek, öncelikle yeterli mesleki tecrübeye sahip ve ilgili mevzuata hakim olmayı gerektirmektedir. Bu durum çoğu zaman hasta ve yakınlarının anlattıklarına göre karar vermek zorunda kalınan, objektif kriterlere göre karar vermenin çoğu zaman zorlayıcı olabildiği nöroloji branşı için ayrı bir önem taşımaktadır. Diğer bir yandan kamuda çalışan hekimlerin bu görevleri yerine getirmeleri kanuni bir zorunluluk olup hekimlerin bu konuda görev almaktan kaçınmaları mümkün değildir. Bütün bunlarla tezat oluşturacak şekilde kurulda görev alan hekimlere, özellikle mezuniyet sonrası dönemde konu ile ilgili olarak yeterli bir eğitim verildiğini söyleyebilmek (en azından bizim bilgilerimiz doğrultusunda) mümkün değildir.

Anahtar Kelimeler: Erişkinler için Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik, demans, sağlık kurulu

Bu çalışma sağlık kurullarında görev alan nöroloji hekimlerine ilgili mevzuatın ışığı altında kendi tecrübelerimizden yola çıkarak bağlayıcılığı olmayan, tavsiye niteliğinde, günlük pratik uygulamalarda yol gösterici olması amacıyla hazırlanmıştır (1,2).

1. Kimlik tespiti

İlgili mevzuat, sağlık kuruluna başvuran hastaların kurul tarafından kimliklerinin gerçeğe uygun olup olmadığının tespiti konusunda kurulda çalışan tüm görevlilere sorumluluk yüklemektedir. Kurulda görev alan hekimler başvuran kişi ile ilgili evraklardaki kayıtlı kişinin aynı kişi olduğu konusuna dikkat etmeli bu konuda şüphe uyandıracak bir durum tespit ettiklerinde hastane idaresine bilgi vermelidirler.

2. Hastalık tanısı

Öncelikle şunu belirtmek gerekir; sağlık kurullarının amacı başvuran hastalara tanı koymak değildir. İlgili yönetmelikte engel durumuna göre fonksiyon kaybı oranları belirlenirken engel durumunda bir değişiklik olmayacağı kanaatine varılan kalıcı bozuklukların değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (1). Bu nedenle sağlık kurulunda değerlendirilen hastanın tanısının konulmuş olması ve özür lülüğünün kalıcı olup olmadığının bilinmesi gerekmektedir. Tedaviye rağmen hastanın özür lülüğünün kalıcı olacağı düşünülüyor ise kurulda özür lülük açısından değerlendirilebilir. Hastanın tanısı daha önce konulmuş ise tanı için ihtiyaç duyulan laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları, daha önceki epikriz, reçete, ilaç raporları gibi tıbbi belgeler değerlendirilip not edilir. Tanıya dayanak teşkil eden bu belgelerin bulunması ileride ortaya çıkması mümkün olan idari ya da hukuki bir durumda ilgili kurul kararının doğruluğunun ispatı için gerekli olacaktır. Bazı tıbbi durumlarda hastalığın teşhisi için herhangi bir laboratuvar yöntemi ya da objektif bir bulgu bulunmayabilir. Bu gibi durumlarda hekim daha önceki tanılarına ve klinik anamneze göre oluşan tıbbi kanaatine göre tanı koyabilir. Ancak bu durumu rapor aslında ya da hazırlık aşamasındaki rapor evraklarında açık bir şekilde belirtmelidir.

3. Özür lülük oranının süreklilik durumu

İlgili mevzuatın dördüncü bölüm 11. madde 1. fıkrasında “Rapor sürekli veya süreli olarak düzenlenir, raporda geçerlilik süresi mutlaka belirtilir.” denilmekte olup düzenlenen raporlarda hastalığa bağlı engellilik durumunun zaman içindeki değişme durumu dikkate alınarak bu konudaki karar raporda belirtilir (1). Bu durum 2. ve 3. fıkralarda açıklanmaktadır; 2. fıkarda “Bireyin engel durumunun ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve/veya rehabilitasyon uygulamaları ile zaman içinde azalma ihtimali olduğu ve hastalık bulgularının tam olarak görülemediği hallerde süreli rapor düzenlenir.”, 3. fıkarda ise “Bireyin engel durumunun sabit kalması veya artması söz konusu olan hastalıklar için sürekli rapor düzenlenir.” denilmektedir. Bu nedenle kişinin değerlendirilmesinde öncelikle var olan engel durumunun nedeninin kesin olarak belirlenip belirlenmediğinin, belirlendi ise tam ya da kısmi olarak düzelmesinin tıbbi olarak mümkün olup olmadığının kararı verilmelidir. Eğer düzelmesi bekleniyor ya da engelliliğe neden olan hastalık objektif bir şekilde tanımlanamadı ise uygun görülen tedavi/takip sonrası tekrar değerlendirilmesi için süreli olarak rapor verilmelidir. Burada değerlendirilen olguların iyileşmelerinin söz konusu olup olmadığı konusuna özellikle dikkat edilmelidir. Özet olarak var olan engellilik halinde düzelme ihtimali var ise süreli, düzelme ihtimali yok ya da kötüleşme ihtimali var ise süresiz rapor düzenlenir. Bu durumun ilgililer için geriye dönük idari ve maddi sorumluluk yüklemekte olduğu özellikle akılda tutulmalıdır.

4. Engelliliğin derecelendirilmesi

Mevzuat kurul raporlarında bağımlılık derecesinin belirtilmesini istemekte ve bağımlılık derecesini de **bağımsız**, **kısmi bağımlı** ve **tam bağımlı** olarak üç kategoriye ayırmaktadır (1). 20 Şubat 2019 gibi çok yeni bir tarihte yürürlüğe giren bu yönetmeliğin 4. maddesinin “ğ” ve “m” fıkralarının yönetmeliğini hazırlayanlar tarafından açığa kavuşturulması gerektiği kanaatindeyiz. İlgili yönetmeliği “ğ” fıkrasında kısmi bağımlı bireyin tanımı “Günlük yaşam aktivitelerini yardım alarak gerçekleştirebileceğine karar verilen birey” olarak yapılırken, tam

bağımlı bireyin tanımı da “Engel durumuna göre engel oranı %50 ve üzeri olduğu tespit edilenlerden doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısı bağlantılı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen kendi başına gerçekleştiremediğine karar verilen birey” şeklinde yapılmaktadır. Oysa başkasının yardımı ile yapmak kendi başına yapamadığı anlamını da taşımaktadır. Ancak bu konu netleştirilene kadar bu iki madde birlikte değerlendirildiğinde bizim kanaatimiz; bireyin günlük yaşam aktivitelerini yardımla normal bireyler gibi karşılayabilmesi (yardımla tualeti kullanabilmek, kıyafetlerini giyebilmek, gözlem altında yemeğini yiyecek vb.) durumunda kısmi bağımlı, ancak yardıma rağmen ihtiyaçlarını normal bir şekilde karşılayamaması, hiçbir şekilde ihtiyacını giderememesi durumunda ise tam bağımlı olduğu yönündedir. Yönetmelikte EK-2’de yer alan “Erişkinler için Engelli Sağlık Kurulu Raporları Engel Oranları Alan Kılavuzu” heyete başvuran bireylerin bağımlılık/bağımsızlık durumlarının değerlendirilmesinin “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği” yapılarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (EK-7). Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği esas olarak nörolojik sekin değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçeğe göre maksimum puan 125, minimum puan 18’dir. Motor alanda 13, bilişsel alanda 5 soru vardır. Kendine bakım, sfinkter kontrolü, transfer, yer değiştirme, iletişim ve sosyal algılama sorgulanır. Her bir soru başlığında 6 ve 7 puanlar başkasının yardımı olmadan kendi başına görevi yerine getirmeyi tanımlarken, 1 ve 2 puanlar sırasıyla görevin yerine getirilmesi için tam yardım ve maksimal yardım gereksinimini ifade eder. Beş puan sadece sözel yardım ve yönlendirme gereksinimini belirtirken 4 ve 3 puanlar sırasıyla minimal ve orta derece yardım gereksinimine karşılık gelirler. Yönetmeliğe göre fonksiyonel bağımsızlık ölçeğinin engellilik değerlendirilmesi istenen her bireye uygulanması istenmekle birlikte test için bir kesme değeri belirtilmemiştir. Görüşümüze göre pratikte fonksiyonel bağımsızlık ölçeği özellikle kısmi engelliliğin değerlendirilmesinde ve hastanın engellilik açısından takibinde faydalı olacaktır.

5. Sağlık kurullarında kararların alınması

Sağlık kurulları kararları oy birliği ile değil oy çokluğu ile alırlar. Oyların eşit olması durumunda kurul başkanının (kurumun baştabibi veya baştabibin görevlendireceği eğitim sorumlusu veya anabilim dalı başkanı) kullandığı oy yönünde karar alınır. Bu nedenle kurula giren ilgili dal uzmanları kararlarını yönetmelik doğrultusunda tıbbi özgür vicdanları ile vermelidirler. Verdikleri kararlar kendilerini bağlayıcı nitelikte olup kurul çoğunluğunun kararına katılmak zorunluluğu yoktur. Bu nedenle çoğunluğun verdiği karara katılmayan hekim bu durumu ilgili sağlık kurulu karar defterine karara katılmadığını gerekçeleri ile birlikte yazarak imzalar. Karar defterine kararın oy birliği ya da oy çokluğu ile alındığı yazılır ve üyeler tarafından imzalanır. Raporun aslı karara katılsın katılmasın tüm kurul üyeleri tarafından (karara katılmama gerekçesi yazılmaksızın) imzalanarak ilgili kişiye/kuruma verilir.

6. Kurula katılacak ilgili dalların belirlenmesi

İlgili mevzuatın ikinci bölüm 6. maddesine göre engelli sağlık kurulu; iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon (yoksa ortopedi), nöroloji ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşur. Değerlendirilecek özür bu uzmanlık alanlarının dışında ise gereklilik halinde ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması istenebilir.

Tek bir uzmanlık dalını ilgilendiren engel durumlarının tespitinde, ilgili uzmanlık dalından üç uzman hekimin katılımıyla kurul oluşturulabilir. Kurul üyeleri hiçbir şekilde bir başka hekimin yerine karar vermemeli, imza atmamalıdır.

7. İstirahat raporlarının değerlendirilmesi

Kurumlarda oluşturulan sağlık kurulları zaman zaman özür oranının belirlenmesi dışında istirahat raporlarının fenne uygun olup olmadığı konusunda da değerlendirme yapmak, karar vermek durumunda kalmaktadırlar. Bu raporlarda çoğu zaman kurula başvuru esnasında kişinin hastalığı düzelmiş ya da rapor süresi bitmiş olmaktadır. Böylece hastanın rapor anındaki tıbbi durumunu objektif bir şekilde tanıyabilme imkanı ortadan kalkmaktadır. Bu tip raporlarla karşılaşıldığında hastanın muayenesi ile durum tespit edilebiliyorsa ona göre karar verilmelidir. Eğer kişinin kuruldaki muayenesinin istirahat raporu alındığı andaki tıbbi durumunu göstermediği kanaati mevcut ise istirahat raporu veren kurumdan ve/veya raporu düzenleyen hekimden rapora dayanak oluşturan tıbbi belgelerin (muayene bulguları, şikayet, laboratuvar ve radyolojik tetkikler vb.) istenmesi ve bu belgelerin ışığı altında kişinin tekrar değerlendirilerek karar verilmesi daha objektif ve sağlıklı karar alınmasını sağlayacaktır.

8. Karar verilemediği durumlarda izlenmesi gereken yol

Sağlık kurullarında verilen kararlar her zaman bilimsel bilgilerin ışığı altında, ilgili mevzuata uygun ve mümkün olduğunca objektif olmalıdır. Kuruldaki hekimler bu amaca uygun olarak mesleki bilgi ve tecrübelerine göre karar vermelidirler. Ancak her şeye rağmen kurulda değerlendirilen olgu ile ilgili olarak ilgili hekim karar verme konusunda gerek tıbbi, gerekse teknik konularla ilgili tereddüt yaşıyor, karar için yeterli bir tıbbi kanaat oluşturamıyor ise olgu ile ilgili olarak konsültasyon isteyebilmeli veya olguyu bir başka merkeze sevk edebilmelidir.

9. Raporda belirtilmesi gereken diğer hususlar

İlgili yönetmeliğin 8. maddesinin “h” fıkrasında engellilik durumu dikkate alınarak bireyin çalıştırılmayacağı işlerinin niteliğinin raporda mutlaka belirtilmesi istenmektedir (1). Yine aynı şekilde 8. maddenin “ı” fıkrasında engellilik durumu sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedye kullanımını gerektirecek nitelikte olanlar ile sadece engelliliğine uygun hareket ettirici özel tertibatla taşıt kullanabilecek olanların durumu raporun açıklama kısmına yazılması istenmektedir. Raporun başvuru tarihinden en geç 30 gün içinde tamamlanması gerekmektedir.

Sonuç

Son olarak kurula giren her hekim kurul çalışmalarına temel oluşturan ve kurulda alınacak kararlar için kılavuz görevi gören konu ile ilgili olan “20 Şubat 2019 tarihli “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik” başta olmak üzere ilgili mevzuatı okumalı, kavramalı ve mevzuat doğrultusunda hareket etmelidir. Anlaşılmayan ya da tartışmalı olan konuların açığa kavuşturulması amacıyla konuyu yetkililere yazılı olarak bildirerek nasıl bir yol izleneceğinin netleştirilmesine katkı sağlamalıdır.

Kaynaklar

1. 20 Şubat 2019 erişkinler için engellilik değerlendirmesi hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>
2. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060620-4.htm>

HUKUKİ AÇIDAN YETKİN OLMAK VE DEMANS BAKIŞ

BÖLÜM 2

Prof. Dr. Dursun Kirbaş

Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel GOP Hastanesi, İstanbul

drkirbas@gmail.com

Özet

Daha önceleri hem nöroloji hem de psikiyatri uzmanlarınca değerlendirilip, raporlandırılabilen hukuki haklarını kullanabilme durumu (fiili ehliyet), bir dönem sadece psikiyatri uzmanlarınca raporlandı. Günümüzde ise bu yetki tüm hekimlere yeniden dağıtıldı. Yalnız bu durum hem hukuki bilgi hem de hastayı değerlendirmek için uzmanlık bilgisi gerektirmektedir.

Günümüzde 65 yaşın üzerindeki nüfus geçmişe göre artmıştır. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerin hukuki haklarını kullanabilmeleri için fiil ehliyet raporu gerekebilmektedir. Yaşlılıkta kognisyonun bozulduğu hemen herkesçe bilinmektedir. “Bu kognisyon bozukluğu hastalık düzeyinde midir, değil midir?” sorusuna cevap uzmanlık bilgisi gerektirmektedir.

“Her demans hastasında hukuki haklar kısıtlanmalı mı?” Hayır. Bu durum insan hakları aktivistleri tarafından sıkça eleştirilebilmektedir. Bu nedenle Avrupa’da bu konu titizlikle ele alınmakta ve Avrupa Demans Konsensus Ağı (European Dementia Consensus Network) kurulmuştur.

Yetkinlik ile ilgili multidisipliner bir yaklaşımla olgular ele alınmaktadır. Öncelikle hasta olan bir kişinin “iyiliği esas alınmalı, demans olan kişinin yetkin olmayacağı ile ilgili ön yargılı karar verilmemeli” denmektedir. Demansın evrelendirilmesi ve kişinin hukuki haklarını kullanıp, kullanamayacağı konusu bir bıçağın sırtı kadar sert ve keskindir. Uzmanlık ötesinde özel bilgi gerektirmektedir. Bu bilgileri bu kitabın bu bölümünde özetlemeye ve kullanılan testlere vurgu yapmaya çalıştık.

İlgili kanun maddelerinin altını çizdik. Fiil ehliyetinin üç temel ögesinin; ergin olmak, ayırt etme gücüne sahip olmak, kısıtlı olmamak olduğunu vurguladık. Özellikle ayırt etme gücünün bu bölümün nirengi noktası olduğunu tekrar vurgulamak isterim. Ayırt etme gücü ile iç görü arasında sıkı bir ilişki olduğunu belirtmek gerekir. İçgörü korunmuş ise genellikle ayırt etme gücü var demek mümkün olabilmektedir. Ama yine işaret edilen ölçekler, özellikle son zamanlarda geliştirilen Hukuki Ehliyet Değerlendirme Formu bu konuda rapor hazırlayıcılara çok yardımcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demans, fiil ehliyeti, hak ehliyeti, ayırt etme gücü, kısıtlılık, ergin olmak

Kavramlar

Fiil ehliyeti, hak ehliyeti, medeni ehliyet, hukuki ehliyet, tasarruf ehliyeti, yurttaşlık ehliyeti, mümeyyizlik, sezginlik, ayırt etme yeteneği, eylem yeterliliği.

Fiil ehliyeti ile hak ehliyetini birbirine karıştırmamak gerekir.

Fiil ehliyeti: Kişinin, kişilik haklarını kullanmasını sağlayan, aynı zamanda sorumluluklar kullanmasını gerektiren, temel yurttaşlık hak ve ödevlerinden ibarettir.

Özetle, fiil ehliyeti bireylerin devlet düzeni ve diğer bireylerle olan ilişkilerindeki sınırları, hakları, yetkileri ve sorumlulukları tarif eder (1).

Hak ehliyeti: Çocuk ana rahmine düştüğü andan itibaren haklar başlar. Burada sadece haklar söz konusudur. Yani anne karnında oluşan embriyonun kişilik hakları gözetilmeye başlanır ve canlı doğduğunda hak ehliyeti edinir (1).

Özetlenecek olursa; “Kişilik anne karnına düşünce, hak ehliyeti; doğduğunda, fiil ehliyeti ergin olunca kazanılır” demek yanlış olmaz (1).

Konuyla ilgili Türk Medeni Kanun’undaki (TMK) maddeler

TMK.410: Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiili ehliyeti vardır.

TMK.13: Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.

TMK.14: Hukuk açısından tam bir eylem yeterliliği için kişinin ayırt etme gücü (temyiz kudreti) bulunması, ergin (reşit) olması, kısıtlı olmaması gerekir.

TMK.11: Erginlik on sekiz yaşın doldurulması ile başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar.

TMK.12: On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızası ile mahkemece ergin kılınabilir.

TMK.404: Velayet altında bulunmayan her küçük vesayet altına alınabilir.

TMK.405: Akıl hastalığı veya zayıflığı sebebi ile işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

TMK.409: Kısıtlamaya ancak resmi sağlık kurulu raporu üzerine karar verilebilir, yargıç karar vermeden önce kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.

Giriş

İnsanın ana rahmine düştüğü andan itibaren var olan kişilik haklarının, doğumdan ölünceye kadar devam eden hukuki haklarının korunması, devam etmesi hem uluslar arası hukuk, hem de anayasal hukuk açısından koruma altına alınmıştır.

Medeni hukuk ve özellikle Türk Medeni Kanunu (TMK) bu konuda ilgili maddeleri ile bunu açıklamıştır. Bütün insanlar hukuk düzeni sınırları içinde, haklara ve yükümlülöklere ehil olmada eşittirler.

Yaşlı kişilerin hukuken yeterli olup olmadıklarının tespiti bazen güç olmakta, bu konudaki tanımlar, yetersiz ve belirsiz olabilmektedir. Bu nedenle kanunların uygulanabilirliği, yol göstericiliği ile ilgili tartışmalar sürmektedir. Bilirkişi rolünü üstlenen hekimler, etik açıdan kabul edilebilir bir hizmet seviyesinin standartlarını bulmak zorundadırlar (2).

Fiil ehliyeti kişinin kişilik haklarını ve hukuki haklarını kullanmasını sağlayan, aynı zamanda sorumluluk üstlenmesini gerektiren temel insan hakkıdır.

TMK'nin 9. maddesinde belirtildiği gibi kişinin, hukuka uygun fiiller yapabilme ve hukuka aykırı fiillerden sorumlu tutulabilme ehliyeti söz konusudur (3).

Hak ehliyeti ise haklara ve borçlara sahip olabilme ehliyetidir.

Fiil ehliyeti ölçülebilir mi?

Kişi ile cemiyet arasındaki karşılıklı hukuksal ilişkilerin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için, kişi açısından, kişinin tam bir açıklılıkla kendisi ve çevresi ile zamana ve etrafında olup biten olaylara karşı, şuurlu, serbest ifadeye sahip, menfaatlerini müdrik, telkinlere dirençli, iyi ile kötüyü birbirinden ayırt etme yeteneğinde, şuurlu istek ve arzuları doğrultusunda eylem ve işlemlere girebilme kabiliyetine sahip, yani hukuki ehliyete sahip olması gerekir (4).

Bu özelliklere sahip olup olmadığının ölçülebilmesi ulusal ve uluslararası boyutta çok tartışılmıştır. Bu konuda bazı ölçekler geliştirilmiştir, ya da başka tanı amaçlı geliştirilen ölçekler bu alanda kullanılmıştır.

Özellikle yaşlı popülasyonun en sık hastalığı olan demans bazında bu tartışma sürdürülmüş ve sürdürülmektedir.

Avrupa Demans Konsensus Ağı (European Demantia Consensus Network/EDCON) yetkinlik ile ilgili karar verme sürecinin multi-disipliner ve çok boyutlu olduğunu belirtmiş ve bu sebepten dolayı kolaylıkla karar verilebilecek bir durum olmadığı kanaatindedir.

EDCON, yetkinlik durumunu değerlendirirken, demans hastası olan kişinin **iyiliği esas alınmalı, demans hastası olan kişinin yetkin olmayacağı ile ilgili ön yargılı karar verilmemeli** der ve yetkinlik belirlenmiş bir amaç doğrultusunda değerlendirilmeli ve amaca göre belirli aralıklarla tekrar edilmelidir (5).

Konunun esasına yönelik ana kavramlar

1. Fiil ehliyetinin temel unsurları

a) Ergin olmak: TMK.11. maddesi "Erginlik on sekiz yaşın doldurulması ile başlar" der. Ancak hekim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını bitirmiş erkek ve kadının evlenmesine izin verebilir. Evlenme ile elde edilmiş ergenlik kesindir. Boşanma ile ya da ölüm sebebiyle kaybedilmez.

Yine TMK.12. maddesi, "On beş yaşını dolduran küçük kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir". Kanunda da görüldüğü gibi küçük istemeden ve velisinin izni olmadan bu durum gerçekleşemez.

b) Ayırt etme gücüne sahip olmak (temyiz kudreti, sezginlik, mümeyyizlik)

Kişinin akla uygun şekilde hareket edebilme, eylemlerinin neden ve sonuçlarını kavrayabilme (idrak edebilme) yetkisine ayırt etme gücü (temyiz kudreti, sezginlik gücü) denir.

Ayırt etme gücünün iki özelliği vardır.

1. İrade (isteme): İsteme ve istediğini yapabilme, istemediğini yapmama yetisidir.

2. Kavrayış (idrak): Kişinin eylemlerinin neden ve sonuçlarını değerlendirebilme yetkisidir (3).

Bilirkişi kanunundaki hekimlerden özellikle istenen, kişinin ayırt etme gücüne sahip olup olmadığıdır.

Bir kişide hukuki muameleyi yapacak ayırt etme gücü yoksa o kişi fiil ehliyetinden kesin olarak yoksundur. Ayırt etme gücüne sahip kimse, ergin (reşit) ise ve kısıtlama alanında değilse, hukuki muamele ehliyetine (fiil ehliyetine) tam olarak sahiptir.

c) Kısıtlı olmamak

TMK'nın 405-408. maddelerinde belirtilen maddelerden birinin varlığı halinde ergin bir kimsenin fiil ehliyetinin mahkeme kararı ile sınırlandırılması veya tamamen kaldırılması söz konusudur.

İlgili kanun maddelerinden biri yüzünden kanıtlanmış ve kendisine bir vasi atanmış olan kişiye **kısıtlı** denir.

Fiil ehliyeti (hukuki ehliyet) ile ilgili ölçekler

Yukarıda belirttiğimiz gibi burada kullanılan esas nokta **“ayırt etme gücü”**nün varlığı ya da yokluğudur.

Kaçınmamız gereken nokta ise demans varsa fiil ehliyeti yoktur anlayışıdır. Esas tartışılması gereken nokta demans tanısı almış bireyin hukuki haklarını kullanıp, kullanamayacağıdır. Hastanın istismarını da önlemek bir diğer amaçtır. Yani hukuki (fiili) ehliyeti olmayan kişinin fiili ehliyeti varmış gibi işlem görmesi de bir diğer konudur. Yani iki ucu keskin bir bıçağın üzerinde hareket ettiğimiz bilincinde olmamız gerekiyor.

Bu konuda ciddi bir adli psikiyatri geleneği olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birim'ini anmak gerekir. Dr. Zati Dokuz ve Dr. Kriton Dinçmen'le başlayan, Dr. Niyazi Uygur'la gelişen, Prof. Dr. Mustafa Sercan ve Dr. Hüseyin Soysal ve Dr. Latif Alpkan'la devam eden gelenek, Doç. Dr. Fatih Öncü, Doç. Dr. Ahmet Türkcan'la sürmektedir.

Demans tanısında kullanılan bütün testler Kısa Akıl Muayenesi (KAM) (EK-1), Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) (EK-2), daha çok psikiyatristlerin kullandığı “Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği” (KPDÖ) (EK-3) ve “Global Yıkım Ölçeği (EK-4)” bu konuda kullanılabilirle beraber, Dr. Niyazi Uygur önderliğinde Dr. Yeşim Can tarafından geliştirilen geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan “(HEDEF) (EK-5)” bize çok yardımcı olmaktadır.

HEDEF bir soru çizelgesi değil, bir görüşme çizelgesi olarak yazarı Yeşim Can tarafından sunulmuştur. Bundan dolayı görüşme sürecinin biçimi ile bilgi veren (muayene edilen) arasındaki karşılıklı konuşmalar olarak ifade edilmiştir.

HEDEF hukuki değerlendirmede herkes tarafından kabul edilebilir bir ölçek oluşturmak amacıyla yola çıkılmıştır. Kanımca önemli yol kat edilmiştir.

Yaşlılık nedeniyle hukuki ehliyet değerlendirilmesi istenilen olgularda HEDEF'nin uygulanabilirliğinin ölçülmesi amacıyla; Yılmaz ve ark. tarafından yapılan çalışmada Y.Can ve ark.'nın yaptığı 65 yaş ve üzeri kişilerde, KPDÖ, Bütünsel Gerileme Ölçeği (BGÖ), KAM ve HEDEF karşılaştırması yerine HEDEF ile KAM puanları karşılaştırılmış ve anlamlı ilişki bulunmuştur (6).

Bu çalışmada KAM 24 ve üzeri olgularda hukuki ehliyet olduğu belirlenmiştir.

HEDEF değerinin 12 ve üzeri olgularda hukuki ehliyetin varlığı ileri sürülmüştür.

Yine bu çalışmada yazarlar HEDEF testinin KAM'den daha güvenilir olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Türk Psikiyatri Derneği adına yaptığı sunumda Doç. Dr. Fatih Öncü;

HEDEF değerlendirme;

- On puan ve aşağısı: Fiil ehliyeti yok,
- On bir-on iki puan: Klinik kaniye göre değerlendirme,
- On iki puan ve üstü: Fiil ehliyeti var.

olarak değerlendirmiştir (3).

Yazarlar HEDEF testinin adli psikiyatrik uygulamada olan tüm hekimler tarafından uygulanabilir bir test olduğu, yaşlıların hukuki ehliyet değerlendirilmelerinde kullanılmasının standardizasyonu sağlayarak, yaşlı ekonomik istismarının önlenmesine katkı sağlayacağı sonucuna varıldığı bildirilmiştir (6).

Sonuç

Hukuki ehliyet muayenesi için getirilen hasta önce KAM ya da MoCA yapılmalı ve bu muayene sonrası HEDEF uygulanmalıdır. Arzu eden ve vakti olanlar KPDÖ, BGÖ de uygulayabilirler.

Sonuçta hekimin kendi kişisel kararıdır. Bütün bu ölçekler karar oluşturma sürecine katkı sağlarlar.

Kaynaklar

1. Dr. H. Soysal. Adli Psikiyatri. Özgür yay 2012.
2. Yeşim Can, Mustafa Sercan, Ömer Saatçioğlu, Hüseyin Soysal, Niyazi Uygur. Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF), Geçerlilik, Güvenilirlik ve Duyarlılığı. Klinik Psikiyatri. 2006;9:5-16.
3. Dr. Fatih Öncü. Medeni Hukuk ve Adli Psikiyatri "TPD derneği adına sunum" http://78.189.53.61/-/upk/5/5_f_uncu.pdf
4. Dr. Kriton Dinçmen. Adli Psikiyatri Kitabı. Brilik yayınları İstanbul 1984.
5. Prof. Dr. Dursun Kırbaş. Adli Nöropsikiyatri. Nobel Tıp Yayınevi İstanbul 2016.
6. Ali Yılmaz, Kenan Karbeyaz, Altan Eşsizoglu. Yaşlılık Nedeniyle Hukuki Ehliyet Değerlendirilmesi İstenen Olgularda Hukuki Ehliyet Değerlendirme Formu'nun (HEDEF) Uygulanabilirliğinin Ölçülmesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2018.

DEMANS TANISINI ERKENDEN KOYMAK MÜMKÜN MÜ? TERMİNOLOJİDE VE TANIDA NE DEĞİŞTİ?

3 BÖLÜM

Prof. Dr. Aynur Özge

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

aynurozge@gmail.com

Özet

Demans klinik göstergeleri ortaya çıktığında ortalama 5-15 yıllık süre öncesinde biyolojik değişikliklerin başladığı varsayıldığında erken tanı ve tedavinin önemi daha iyi anlaşılmıştır. Mekanizma odaklı tedavi arayışında karşılaşılan bu gerçek sağlık kurulu pratiği yapan hekimi de biyolojik olarak demans sürecinde olup klinik olarak sağlıklı görünen bir bireyde yasal hak ve ehliyetler açısından çelişkide bırakacak unsurlar taşımaktadır. Bu bölümde yoğun hasta pratiği içinde sınırlı zamanda anamnezden başlayarak demans tanı ve ayırıcı tanısı için ipuçları laboratuvar göstergeleri eşliğinde verilmiştir. Demans tanısında değişen paradigmlar sonrasında önemi giderek artan biyogöstergeler kısaca özetlenmiştir. Nöropsikolojik testler ayrı bir bölümde işlendiği için burada kısaca isimleri verilmiş, ayrıntıya girilmemiştir. Biyogöstergeler arasında BOS Aβ42, total tau, fosforiletau (ptau) düzeyleri, amiloid veya glukoz metabolizmasına ait serebral “pozitron emisyon tomografi” görüntülemesi ve manyetik rezonans gibi yapısal görüntüleme tetkiklerinde saptanan değişiklikler esas alınmıştır. Değişen paradigmların getirdiği prodromal, preklinik veya klinik demans tanıların yanı sıra subjektif kognitif kayıp da hekim tanılarında yer bulması gereken noktalardır. Bu çalışma ile birlikte yetkili makamlar ile biyogösterge destekli rasyonel demans tanısı için gerekliliklerin masaya yatırılması fırsatı da doğacaktır diye umut ediyorum.

Anahtar Kelimeler: Demans, erken tanı, biyogösterge, prodromal demans, preklinik demans, klinik demans

UNUTKANLIK NE ZAMAN DEMANS?

Her unutkanlık klinik anlam ifade etmese de yaşla gelen unutkanlık her zaman dikkat ve özen gerektirir. Hasta veya yakını size geldiğinde aşağıdaki ifadelerden bir veya birkaçı gündeme geldiyse Demans tanısı ve ayırıcı tanısı için çaba harcamanız gerekir.

- Unutuyor... Eskisinden daha çok ya da daha önce unutmadıklarını bile...
- Artık hiçbir şey yapmak istemiyor...

- Depresyonu atlatabilmedi...
- Hırçınlaştı...
- Akrabalarla sıkça tartışır oldu...
- Hiçbir şeye özen göstermiyor...
- Aklına geleni söylüyor, herkesi kırıyor...
- Bir anı bir anına uymuyor...
- Hiçbir şeyden memnun olmuyor...
- Paradan başka bir şeyi önemsemiyor...
- Sürekli yanında olmamı istiyor...
- Yeni eşyaya uyum sağlayamıyor...
- Dikkati çabuk dağılıyor, nasıl zaman geçirteceğimizi şaşırdık...
- Olayları kavrayıp tepki vermesi gecikti... (espri yapamaz olduk, hemen alınıyor).
- El becerisi zayıfladı...
- Evin içi ve çekmeceler içler acısı. Her şey her yerde...

Bu ve benzeri yakınmaların özellikle belirli bir yaş üstünde ortaya çıkıp, kendi içinde sıklaşması ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi demansiyel süreç açısından destekleyicidir. Burada akılda tutulması gereken nokta deliryum ve semptomatik kognitif kaybın dışlanmış olmasıdır. Keza sekonder demans nedenleri açısından hastanın fizik ve nörolojik muayenesi özenle yapılmalıdır (1).

Global Young Akademi'ye ait günlük sorgulanacak 5 soru erken demansiyel süreci normal yaşlanmadan ayırt etmede anlamlıdır.

- Alışveriş listesini hatırlama,
- Randevularını hatırlama,
- Ani gelişen olaylara çözüm bulabilme,
- Bütçeyi dengeleyebilme,
- Mektup ve faturaları düzenli tutabilme (2).

Anamneze göre ayırıcı tanı ipuçları:

- Ani başlangıç: Vasküler Demans, deliryum.
- Davranış sorunları ön planda: Frontotemporal Demans, Vasküler Demans.
- Apati ön planda: Frontotemporal Demans, Vasküler Demans.
- Yürüme bozukluğu ön planda: Vasküler Demans, Parkinson Demansı, normal basınçlı hidrosetali.
- Dalgali seyir ön planda: Deliryum, Lewy Cisimcikli Demans, epilepsi, metabolik bozukluklar.
- Halüsinasyon/delüzyonlar ön planda: Deliryum, Lewy Cisimcikli Demans.
- Sık düşme öyküsü: Lewy Cisimcikli Demans, Vasküler Demans, Parkinsoniyan sendromlar.

- REM uykusu bozuklukları: Lewy Cisimcikli Demans, Parkinson Demansı (1,2,3).

Öykü ve fizik muayene birlikte değerlendirildiğinde ayırıcı tanı için ipuçları:

- Hastalığa başından beri fokal nörolojik bulguların eşlik etmesi ve basamaklı bir seyir Vasküler Demans,
- Başlangıçta inkontinans normal basıncılı hidrosefali,
- Başlangıçta yürüme bozukluğu ve parkinsonizm, parkinsonizmle giden Demanslar (Parkinson Demansı, Lewy Cisimcikli Demans vb.) akla gelmelidir (1,2,3,4).

Erken evrede demans tanısı için kısa sürede yapılacak örnek nöropsikolojik değerlendirme;

- MMSE, MOCA, ACE-R, ADAS-Cog gibi testler tarama amacıyla kullanılabilir.
- Saat çizme testi.
- Sözel akıcılık testi.
- Biraz zaman veya deneyimli ekip varsa;
 - Boston isimlendirme testi,
 - Üç kelime 3 şekil testi,
 - İz sürme testi,
 - Kompleks şekil testleri gibi testler katkı sağlayabilir (1,5).

Nöropsikolojik özellikler

- Epizodik bellek bozukluğu, Alzheimer hastalığı,
- Verbal geri çağırma daha iyi Vasküler Demans,
- Verbal geç hatırlama ve tanıma korunmuş Parkinson Hastalığı ve Lewy Cisimcikli Demans,
- Objelerin kaydı multimodal olarak daha iyi yapılabilir ve geri çağırılabilir, Frontotemporal Demans (1,5).

Yardımcı tanı araçları:

Rutin laboratuvar incelemelerinde aşağıdaki testler gözden geçirilmelidir;

- Glukoz,
- Kan sayımı,
- B12 vitamin düzeyi,
- Tiroid fonksiyon testleri,
- Aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz,
- Laktat dehidrogenaz,
- Üre,
- Ürik asit,
- Sedimentasyon hızı,
- Sifilis serolojisi vb. (6,7,8).

İlaveten koşullara bağlı olarak;

- Serebral bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi yapısal görüntülemeler,
- Akciğer grafisi,
- Elektrokardiyogram,
- Elektroansefalo,
- Kan ilaç düzeyleri,
- İdrar tetkiki,
- İnsan immün yetmezliği virüsleri testi,
- İdrarda ağır metal aranması,
- Beyin-omurilik sıvısı (BOS) tetkiki,
- Pozitron emisyon tomografi (PET)/foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi vb. yapılabilir (6,7,8).

Tanı

- Genetik inceleme.
- PS1 ve PS2 mutasyonları.
- ApoE genotipi: 19q13.2'de lokalize bir genotiptir. e2, e3 ve e4 allellere bakılır (9,10).
- BOS incelemesi;
- Amiloid β 42 düzeyi.
- Amiloid β 42/40 oranı.
- Total veya forforile-tau düzeyi.
- T- τ ve A τ -42 birlikte %95 duyarlı, %83 özgül,
- T- τ ve A τ -42/P- τ birlikte %95 duyarlı, %87 özgüllüğe sahiptir (11,12).

ALZHEİMER HASTALIĞI İÇİN GENETİK DIŞI OLASI BİYOLOJİK İŞARETLEYİCİLER

Plazma:

- Trombosit APP düzey değişiklikleri yüksek risk,
- $\uparrow$ CRP ve IL-6 $\uparrow$ risk,
- $\uparrow$ Kolesterol, LDL ve $\downarrow$ HDL $\uparrow$ risk,
- $\uparrow$ Homosistein özellikle düşük eğitimlilerde etkilidir. Artmış "homosistein" düzeyi ile Alzheimer Hastalığı'nın davranışsal ve psikolojik semptomlarının orantılı olduğu bilinmektedir (8,9,10,11).

BOS biyomarker analizi;

BOS sabah erken saatlerde 10 mL kadar lateraldekubit pozisyonunda polypropylene tüplere 10 mL kadar konarak 20 °C'de 10 dk kadar 1,800 g'de işleme tabi tutulmalı ve 4 saatte kısa sürede -70 derecede saklanmalıdır. Total Tau (t-tau) veya fosfotau (p-tau), A β 42, A β 1-42, A β 42/A β 40 oranı bakılabilir. Sağlıklı bireylerde BOS A β 42 düzeyi $\leq$ 530 pg/mL, t-tau düzeyi $\geq$ 350 pg/mL, p-tau düzeyi $\geq$ 80 pg/mL olarak ölçülür. Bu değerleri aşan hastalar pozitif olarak kabul edilir.

- $\uparrow$ tau, $\downarrow$ A β 42 Alzheimer Hastalığı'nda var, normal yaşlıda yok,

- ↑tau, ↓total Ab, tau/Ab42 Alzheimer Hastalığı'nı normal yaşlanmadan ayırır.
- ↑fosforiletauThafif kognitif bozukluk (HKB) için Alzheimer Hastalığı'na dönüşüm riskini gösterir (10,11,12).

Not: Normal bireylerde kognitif kaybın ilk semptomun ortaya çıkışından 6,5-15 yıl öncesinde başladığı unutulmamalıdır. Bu durum hekimleri prelinik ve Prodromal Demans olguları açısından zan altında bırakmaktadır. ApoE4 pozitif bireylerde bu süre 2 katıdır. Daha erken nörodejenerasyon başlar ve daha hızlı seyredir. Burada BOS yerine kan tercih edilir ancak, BOS'ye göre daha geç aşamada sonuç verdiğini ve örnek alımının hassasiyet gerektirdiğini unutmamak gerekiyor.

Görüntüleme:

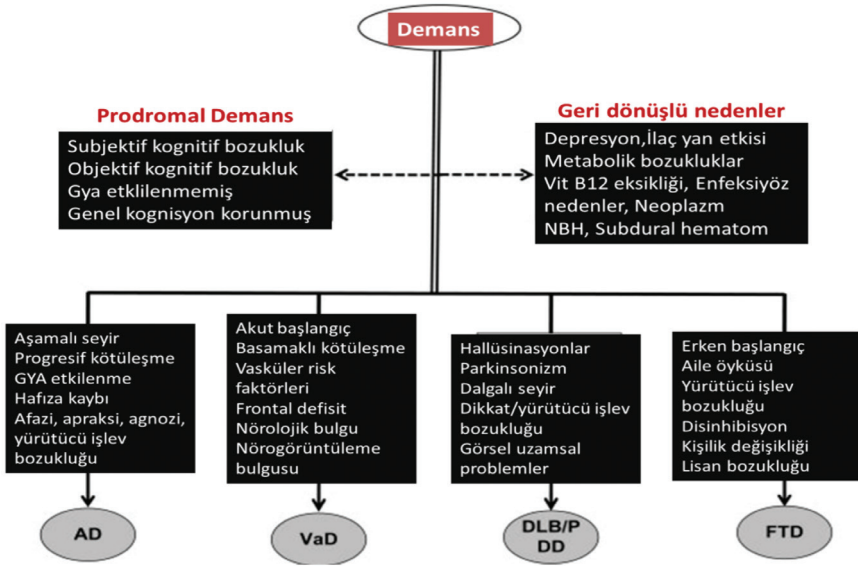
- Fluorodeoxyglucose (FDG)-PET in Alzheimer Hastalığı tanısında sensitivitesi %91, spesifitesi %86,
- Lewy Cisimcikli Demans tanısında sensitivitesi %99, spesifitesi %71,
- Frontotemporal Demans tanısında sensitivitesi %99 ve spesifitesi %65'tir.

PET inceleme özellikle ailevi erken başlangıçlı Alzheimer Hastalığı, demans alt tiplerinin ayırıcı tanısı, psikiyatrik veya yaygın gelişimsel bozukluk nedeniyle sağlıklı nöropsikolojik değerlendirme yapılamayan olgularda erken dönem demans tanısı açısından çok anlamlıdır. Üç hekim imzası ile gerekçe gösterilerek sosyal güvenlik sistemi tarafından finanse edilmektedir.

Amiloid PET veya tau-PET gibi özgül teknikler patolojik tanıya yakın olguların üçte biri dışında yüksek tanısal değere sahiptir ve tedavinin erken planlanması açısından anlamlı katkısı vardır (13,14,15,16). Farklı demans tiplerinin görüntüleme bulguları tabloda verilmiştir (Tablo 1).

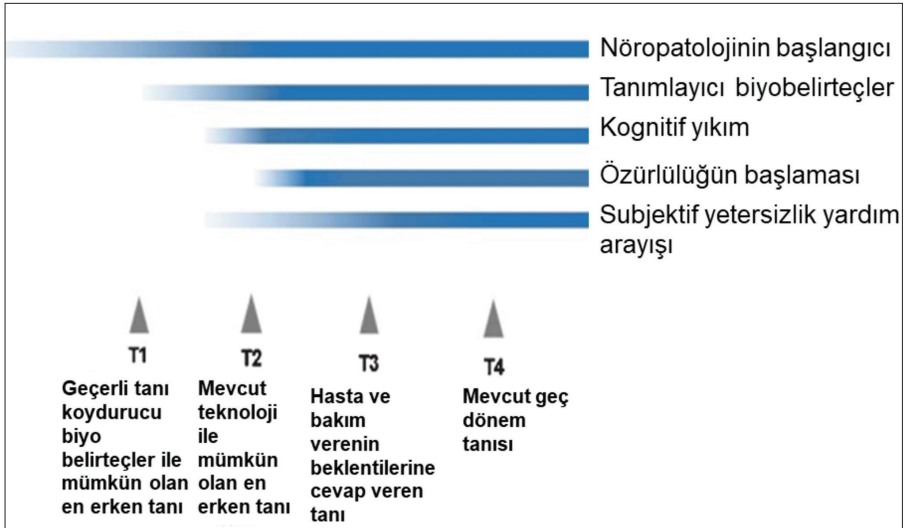
Tablo 1. Demans tiplerine göre görüntüleme bulguları (13,14,15,16)

Demans tipi	Yapısal görüntüleme	Fonksiyonel görüntüleme
Alzheimer Hastalığı	• Kalitatif ve kantitatif olarak desteklenmiş asimetrik hipokampusatrofisi • Yaygın kortikal ve subkortikalatrofi	Temporoparyetal korteks ve posteriorsingulat kortekste asimetrikte olabilen, zamanla frontal korteksin de etkilendiği hipometabolizma
Frontotemporal Demans	Anteriortemporal ve frontal bölgede asimetrik veya simetrik atrofi	Anteriortemporal ve frontal bölgede asimetrik veya simetrik hipometabolizma (özellikle depresyon ayırıcı tanısında önemli)
Lewy Cisimcikli Demans	Putaminalatrofi silik temporal ve globalatrofi	Primer görsel korteks ve görsel asosyasyon alanlarında belirgin oksipital ve oksipitoparyetal hipometabolizma
Vasküler Demans	İskemik vasküler olayın tabiatına göre büyük damar veya küçük damar alanlarına ait iskemik değişiklikler	Özgün bir patern olmaksızın iskemik alanlarda hipometabolizma görülebilir

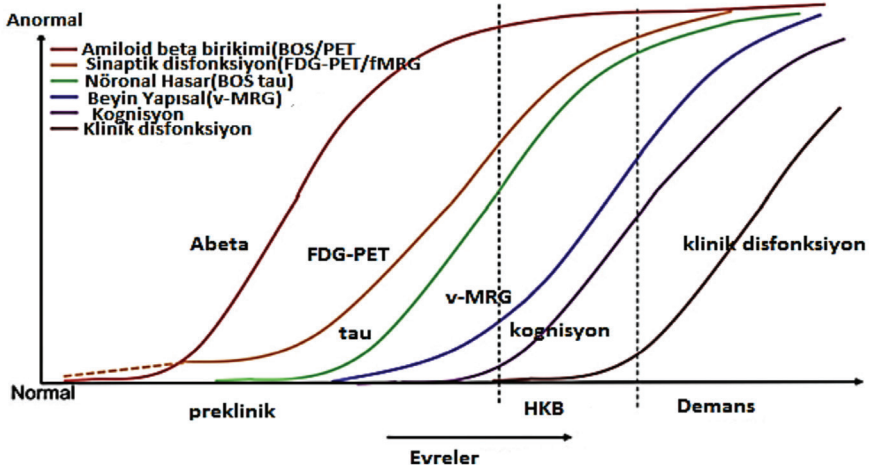


Şekil 1. Sık görülen demansların ayırıcı tanısı için pratik bir diyagram (4)

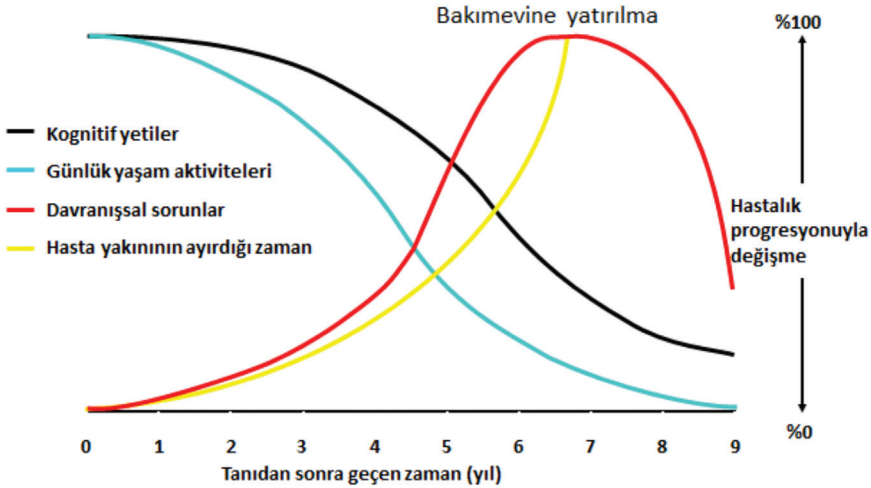
AD: Alzheimer Hastalığı, VaD: Vasküler Demans, DLB: Diffüz Lewy Cismicikli Demans, PDD: Parkinson Hastalığı Demansı, FTD: Frontotemporal Demans



Şekil 2. Hastalık süreci içerisinde Alzheimer Hastalığı Seyri ve tanı noktaları (17)



Şekil 3. Alzheimer hastalığının evreleri boyunca klinik ve laboratuvar göstergelerinin değişimi
 BOS: Beyin omurilik sıvısı, PET: Pozitron emisyon tomografisi, FDG: Fluorodeoksiglikoz, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, HKB: Hafif kognitif bozukluk



Şekil 4. Kognisyon ve günlük yaşam aktiviteleri kötüleştiğinde davranışta kötüleşir (22)

Alzheimer tipi demans (AH)NIA-AA terminolojisi (17)

- Preklinik Alzheimer: Klinik belirti yok, amiloidbiyo belirteç pozitifdir.
- Subjektif Kognitif Bozukluk: Klinik belirti yok, subjektif kognitif yakınma mevcut, amiloidbiyo belirteç pozitif ancak objektif kognitif kayıp yoktur.

- Prodromal Alzheimer (HKB): Semptomatik epizodik bellek bozukluğu ile birlikte amiloid görüntüleme ve diğer biyobelirteçler pozitifdir.
- Demans (Alzheimer Hastalığı-D): Bellek dışı en az bir kognitif alan bozulması, MRI ve diğer görüntüleme bulguları pozitifdir.

Not: Klinik kriterlerde boylamsal kognitif testte gerileme olması, biyobelirteçlerin pozitif olması ve genetik belirteçlerin pozitif olması klinik hiçbir belirti olmasa da hastada olası Alzheimer tanısı için destekler.

INTERNATIONAL WORKING GROUP 2 TANI ÖLÇÜTLERİNE GÖRE

Alzheimer kriteri (tanıda her aşamada biyobelirteç gerekli ve atipik formlar) (18)

Asemptomatik Alzheimer: Kognitif açıdan normal kişi CDR: score 0 + BOS A β 42 levels ≤ 530 pg/mL, patolojik BOS t-tauor p-tau (BOS t-tau düzeyi ≥ 350 pg/mL veya fosfotau düzeyleri ≥ 80 pg/mL).

A. Spesifik klinik fenotip (tipik Alzheimer)

- Epizodik bellek bozukluğu,
- Altı ay içinde hasta/yakınının belirttiği kademeli ve ilerleyici değişiklik,
- Hipokampal tipte amnestiksendrom kanıtı olan ve objektif olarak gösterilen epizodik bellek testi performansında anlamlı bozulma.

B. Alzheimer patolojisinin *in vivo* kanıtı (en az 1'i)

- BOS, FDG-PET, MR,
- PET'te artmış amiloid yükü,
- Mutasyon (PSEN1, PSEN2, veya APP).

Son dönemde yayınlanan 2018 NIAA kriterleri ATN'ye göre nöropatolojik sınıflaması

A/T/N sınıflaması tanıya yeni bir boyut kazandırmıştır (19);

A: Amiloid: BOS A β 42 düzeyi ≤ 530 pg/mL

T: Tau: BOS p-tau ≥ 80 pg/mL

N: Nörodejenerasyon göstergesi. BOS t-tau ≥ 350 pg/mL

Buna göre;

- Amiloid negatif* Tau negatif* Nörodej, Negatif=normal birey.
- Amiloid pozitif olup diğer kombinasyonların varlığı=Alzheimer Hastalığı spektrumu.
- Amiloid negatif olup diğer kombinasyonların varlığı=non-Alzheimer Hastalığı spektrumu.

NIA-AA kriterlerinde prelinik Alzheimer Hastalığı 3 evrede değerlendirilir (20);

Evre 1: Amiloid biyogöstergesi pozitif olan asemptomatik olgular.

Evre 2: Amiloid biyogöstergesi pozitif olan asemptomatik olgulara eşlik eden hasar göstergeleri (yüksek BOS t-tau veya p-tau düzeyleri, FDG-PET'de hipometabolizma, MRG'de kortikal volüm kaybı ve hipokampalatrofi)

Evre 3: Müphem kognitif değişiklikler, anormal amiloid biyogöstergeye eşlik eden hasar göstergeleri (yüksek BOS t-tau veya p-tau düzeyleri, FDG-PET’de hipometabolizma, MRG’de kortikalvolum kaybı ve hipokampalatrofi).

İlave bir kategori olarak şüpheli Alzheimer Hastalığı dışı patofizyoloji (SNAP): Amiloid biyogöstergesi olmaksızın tau anormallığının saptanması durumudur.

Bu sınıflamada genetik biyobelirteçler dikkate alınmamıştır. Kullanımı sürecinde yeni deneyimlere ihtiyaç var.

Cep mesajı: Alzheimer Hastalığının prelinik dönemi için biyobelirteç odaklı çalışmaya ihtiyacımız var. Hekimlerin prelinik ve prodromal dönemde başladıkları demans tedavileri için suçlanmaları tamamen yanlıştır.

Ayrıca daha kapsamlı değerlendirme talep edildiğinde;

- Komponent analiz: MRG + BOS biyomarkerı + kognitif değerlendirme ± apoE4

Bu analizde özellikle “medialtemporal lob”, “tempoparietal bileşke”, “sağ anteriortemporal lob”, “calcarine”, ve “posteromedial korteks” anlamlı alanlardır.

- Serum metabolitleri: 3,4-dihydroxybutanoik asit, dokosapentaenoik asit, ürik asit, 5 yıl önceden tanı koydurabilir (18).

Sonuç olarak Alzheimer Hastalığı dahil olmak üzere demansta erken tanı, erken ve doğru tedavi planlaması, hastanın bakım yükünün azalması ve hukuki açıdan ehliyetlerine ait kararların doğru şekilde verilmesi için hayati öncem taşır. Hekimin sınırlı zaman ve donanım ile bu gereksinimleri karşılayabilmesi için gerekli bilgi ve destekleyici yasal düzenlemelere ihtiyacı vardır.

Temel mesajlar;

- Demansın prelinik ve prodromal dönemleri biyobelirteçlerle tanı konması gereken dönemlerdir. Bu dönemler için hekimler “sağlıklıdır” demeden önce çok ciddi donanıma sahip olmak zorundadır.
- Klinik demans olgularında hekimler maksimum klinik ve laboratuvar kanıtlarını kayıt altına almalı, her aşamada sekonder demans nedenleri dikkate alınarak kayıtlar sağlıklı şekilde tutulmalıdır.
- Güncel tanı kriterleri ve demansın sık görülen türleri açısından ayırıcı tanı her hastada dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir.
- Nöropsikolojik testler önemli enstrümanlardır ancak klinik anlamları dikkatle yorumlanmalıdır.
- Yapısal ve fonksiyonel görüntüleme ihtiyaç duyulan her hastada tanı ve ayırıcı tanı için dikkatle uygulanmalıdır.
- BOS biyobelirteçleri birçok ülkede rutine girmiştir, hekimler özellikle de tanı açısından emin olmadıkları olgularda BOS incelemesi konusunda daha cesur davranmalıdır.
- Bazı olgularda tanı ve ayırıcı tanı sadece izlemde netleşebilir. Hekimler gerektiği durumlarda kesin tanı için zamana ihtiyaç duyabileceklerini çekinmeden ifade etmelidir.

Kaynaklar

1. Hampel H, O'Bryant SE, Castrillo JI, Ritchie C, Rojkova K, Broich K et al. Precision Medicine - The Golden Gate for Detection, Treatment and Prevention of Alzheimer's Disease. *J PrevAlzheimers Dis.* 2016;3:243-259.
2. Marshall GA, Zoller AS, Kelly KE, Amariglio RE, Locascio JJ, Johnson KA et al. Everyday Cognition Scale items that best discriminate between and predict progression from clinically normal to mild cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res.* 2014;11:853-861.
3. Albert M, Soldan A, Gottesman R, McKhann G, Sacktor N, Farrington L et al. Cognitive changes preceding clinical symptom onset of mild cognitive impairment and relationship to ApoE genotype. *Curr Alzheimer Res.* 2014;11:773-784.
4. Grand JGH, Caspar S, MacDonald S. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare.* 2011;4:125-147.
5. Duke Han S, Nguyen CP, Stricker NH, Nation DA. Detectable Neuropsychological Differences in Early Preclinical Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* 2017;27:305-325.
6. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7:280-292.
7. Kim H, Lee KJ. Serum homocysteine levels are correlated with behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2014;10:1887-1896.
8. Dubois B, Hampel H, Feldman HH, Scheltens P, Aisen P, Andrieu S et al. Preclinical Alzheimer's disease: definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimers Dement.* 2016;12:292-323.
9. O'Bryant SE, Gupta V, Henriksen K, Edwards M, Jeromin A, Lista S et al. Guidelines for the standardization of preanalytic variables for blood based biomarker studies in Alzheimer's disease research. *Alzheimer's & Dementia.* 2014;11:1-12.
10. Dubois B. 'Prodromal Alzheimer's disease': a more useful concept than mild cognitive impairment? *Curr Opin Neurol.* 2000;13:367-369.
11. Gauthier S, Leuzy A, Racine E, Rosa-Neto P. Diagnosis and management of Alzheimer's disease: past, present and future ethical issues. *Prog Neurobiol.* 2013;110:102-113.
12. Paolacci L, Giannandrea D, Mecocci P, Parnetti L. Biomarkers for Early Diagnosis of Alzheimer's Disease in the Oldest Old: Yes or No? *J Alzheimers Dis.* 2017;58:323-335.
13. Schmidt SL, Correa PL, Tolentino JC, Manhães AC, Felix RM, Azevedo JC et al. Value of combining activated brain FDG-PET and cardiac MIBG for the differential diagnosis of dementia: differentiation of dementia with Lewy bodies and Alzheimer disease when the diagnoses based on clinical and neuroimaging criteria are difficult. *Clin Nucl Med.* 2008;33:398-401.
14. Ding Y, Sohn JH, Kawczynski MG, Trivedi H, Harnish R, Jenkins NW et al. A Deep Learning Model to Predict a Diagnosis of Alzheimer Disease by Using 18F-FDG PET of the Brain. *Radiology.* 2019;290:456-464.
15. Fantoni ER, Chalkidou A, O'Brien JT, Farrar G, Hammers A. A Systematic Review and Aggregated Analysis on the Impact of Amyloid PET Brain Imaging on the Diagnosis, Diagnostic Confidence, and Management of Patients being Evaluated for Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis.* 2018;63:783-796.
16. Marcus C, Mena E, Subramaniam RM. Brain PET in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Clin Nucl Med.* 2014;39:e413-422.
17. Dubois B, Padovani A, Scheltens P, Rossi A, Dell'Agnello G. Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. *J Alzheimers Dis.* 2016;49:617-631.
18. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, Molinuevo JL, Blennow K et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol.* 2014;13:614-629.

19. Jack CR Jr, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B et al. Haeberlein SB6,NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2018;14:535-562.
20. Kern S, Zetterberg H, Kern J, Zettergren A, Waern M, Höglund K et al. Prevalence of preclinical Alzheimer disease: Comparison of current classification systems. *Neurology*. 2018;90:e1682-e1691.
21. Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, Breteler M, Ceccaldi M, Chételat G et al. Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10:844-852.
22. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:280-292.

ALZHEİMER HASTALIĞI KLİNİK GÖSTERGELERİ

4 BÖLÜM

Dr. Selma Tekin

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

selmabilgintekin@gmail.com

Özet

Alzheimer hastalığı (AH), tüm demans sebepleri arasında en sık neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın evrelerine ve beyinde tutulum bölgelerine göre farklı klinik bulgular göstermektedir. Hastalık süreci, hasta ve bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu hastalar muayene dışında gerek evde bakım hizmetleri gerekse maddi destek sağlamak amacıyla sağlık kurulu raporu başvurularıyla da karşımıza gelmektedirler. Bu hastaları poliklinik şartlarında değerlendirip, diğer demans nedenlerini dışlayarak, AH tanısını koymak sanıldığı kadar aksine oldukça güçtür. Bu yazımızda AH ile ilişkili temel bilgiler, nöropsikiyatrik semptomlar, olası görüntüleme bulguları, genetik geçiş ve biyobelirteçler tanımlanmış olup, evreleri ve klinik gidiş ile ilgili ayrıntıların verilmesi amaçlanmıştır. Böylece AH şüphesi ile karşımıza gelen bir kişinin nasıl değerlendirilmesi gerektiği ve tanı aşamasında nasıl bir yol izleneceği belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, klinik bulgular, tanı göstergeleri

GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AH), sebebi ve patogenezi tam olarak açıklanamamış, daha çok ileri yaş erişkinleri etkileyen nörodejeneratif bir süreç olup, demansın en sık sebebidir. AH karakteristik olarak daha çok ileri yaşta başlangıç gösterir ve 65 yaşın üzerinde 5 yılda bir prevalansı 2 katına çıkmaktadır (1). Ancak yaşla ilişkili kognitif fonksiyonlarda bozulma da beklenen bir durumdur. Normal yaşlanmada epizodik bellekten başka, daha az şiddette olmak üzere diğer kognitif fonksiyonlarda da defisitler görülür. Bu defisitler sözel akıcılıkta, isimlendirme ve kelime bulmada azalma, lisan alanında olduğu gibi, özellikle 80 yaşından sonra görsel-mekansal yeteneklerde ve yönetsel işlevlerde bozukluk (tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama gibi) şeklinde görülür (2).

Erken başlangıçlı AH (60 yaşın altında) nadir bir durum olup, bu hastalar daha çok iş performansı ile ilişkili kaygıları nedeniyle polikliniğe başvurumaktadırlar. Erken başlangıçlı AH tipik olmayan; dil ve görsel alanda belirtiler, duygu davranış değişiklikleri gibi atipik bulgularla daha çok karşımıza gelmektedirler. Erken başlangıçlı AH, kalıtsal olarak görülebile de büyük

kısmı aile öyküsü olmayan, sporadik diyebileceğimiz hastalardır. Bu hastalarda genetik geçiş, tüm AH'nin %1'inden az bir kısmında otozomal dominant şekilde, beta-amiloid (Aβ) proteinin üretim ve metabolizması ile ilişkili gen mutasyonları sonucunda görülmektedir (3). AH'nin en sık başlangıç semptomu bellek bozukluklarıdır. Hastalığın tipik formlarında, diğer bilişsel bozukluklar, hafıza bozuklukları ile birlikte veya ondan sonra ortaya çıkarlar. Yürütücü işlevlerde bozukluk ve görsel-mekansal beceri kayıpları dil ve davranış değişikliklerine göre daha erken görülen bilişsel bozukluklar olup, dil ve davranış değişiklikleri daha çok hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkarlar (4).

KLİNİK ÖZELLİKLER

AH'de görülebilecek klinik özellikleri şu şekilde ele alabiliriz:

1- Hafıza bozuklukları

Hastaların birincil şikayeti hafıza bozukluğu olmasa da hastaların çoğunda başvuru sırasında bellek bozukluğu tespit edilmektedir. Bellek bozukluğunun paterni hastalığın tanınmasında ayırt edici özelliğe sahiptir. Bu hastalarda daha çok belirli bir zamanda ve belirli bir yerde meydana gelen olayların hatırlanması ile ilişkili epizodik bellekte sorun yaşanır. Semantik bellek dediğimiz kelime ve kavramlar ile ilgili bellek, hastalığın daha ileri dönemlerinde etkilenir. Epizodik bellek de kendi içinde anlık geri çağırma, yakın olaylar ve daha uzak olayların hatırlanması şeklinde ayrılmaktadır. Yakın olaylar belleği, hipokampus, entorhinal korteks ve medyal temporal lob ile ilişkili olup, AH'de erken dönemde belirgin olarak bozulur. Buna karşılık anlık hafıza daha çok prefrontal yapılarla ilişkili olup uzun bir süre korunabilir (5).

AH'deki erken bellek bozukluğu, anterograd uzun dönem epizodik amnezi olarak tanımlanmaktadır. Uzun dönem bellek, bir dakikadan, bir yıla kadar olan zaman aralığını kapsasa da, hasta ve yakınları bu durumu kısa dönem hafıza bozuklukları olarak tanımladığından dolayı, kavram karmaşasından kaçınmak için yakın hafıza bozuklukları olarak nitelendirilmektedir. Zaman içinde hafıza bozuklukları, epizodik bellek ve hızlı geri çağırma bozukluk yaratacak şekilde yavaş ve sinsi ilerler.

Bellek, hastalara bir dizi kelime veya nesneyi öğrenme, geri çağırma ve ardından 5 ile 10 dakika içinde hatırlaması istenerek test edilebilir. Seçici ipuçları ile nesneleri geri çağırma ve hatırlama yetersizliği, AH'nin erken dönem göstergeleridir (6). Ayrıca oryantasyon ve yakın günlük olaylar ile ilişkili sorular da bellek testleri için yararlıdır ve klinikte bunun için en sık kullandığımız, pratik diyebileceğimiz ve eğitim düzeyine göre uyarlanmış "Standardize Minimental Test" uygulanmaktadır (Ek-1,2).

Hastalar, durumlarını ya önemsemedikleri için ya da olduğundan fazla yansıtabildikleri için, biz klinisyenler olarak, kişilerin hafıza sorunlarını hastaları bilen tanıf ifadeleri ile karşılaştırarak değerlendirmeliyiz. Ayrıca kişilerin içgörü eksikliği de semptomlarını inkar etmelerine neden olabilir, bu yüzden hastayı tanıyan bir kişiden de bilgi edinmek kritik bir öneme sahiptir.

2- Yürütücü fonksiyon bozuklukları

AH'nin erken dönemlerinde yürütücü fonksiyon bozuklukları hafif disfonksiyondan, göze çarpan düzeye kadar değişiklik gösterebilir. Daha çok aile üyelerinden biri veya çalışma

arkadaşı, kişinin daha zor motive olduğunu, işlerin organizasyonunda zorluk yaşadığını fark eder. Ayrıca kişinin içgörüsünde azalma ve soyut düşünme yetisinde bozukluklar belirmeye başlar. Hastalık ilerledikçe tipik olarak verilen görevi tamamlayamama durumu ortaya çıkar. Kişinin sorunlarına karşı farkındalığının azalması (anosognozi) AH'de yaygın ancak değişken bir özelliktir, kişi değerlendirildiğinde sorunlarını göz ardı edebilir (7). Bu yüzden de hastayı bilen, özellikle de ailede bir kişiden hikaye alınması gerekmektedir. Hastalık ilerledikçe içgörü kaybı da ilerlemekte olup, bir süre sonra davranış değişikliklerine yol açmaktadır. Nispeten korunmuş içgörüsü olanlar daha çok depresyona yatkın olup, içgörüsü bozulanlar, ajitasyon, disinbisyon gösterip, psikotik bulgular yansıtmaktadırlar (8). Ayrıca iç görü eksiklikleri, kişilerde araba kullanmak gibi sürdüremeyecekleri görevleri tamamlamaya çalışırken, güvenlik sorunlarına da yol açmaktadır.

3- Davranış değişiklikleri ve psikolojik bulgular

AH'nin orta ve ileri evresinde, nöropsikiyatrik semptomlar yaygın olarak görülürler. İlk bulgular apati, sosyal geri çekilme ve iritabilite şeklindedir. Apatiyi, depresyondan ayırt etmek zor olabilir. Bazı olgularda, depresyonun tedavisi uygun bir tedavi yöntemi olabilir. Hasta yönetiminde daha sorunlu olan, ajitasyon, saldırganlık, psikoz da dahil olmak üzere davranışsal bozuklukların ortaya çıkmasıdır. Bu durumda eşlik eden medikal bir hastalık, ilaç toksisitesi ve diğer deliryum nedenleri de göz önünde bulundurulup, hasta ayrıntılı bir şekilde ele alınmalıdır.

4- Apraksi

Öğrenilen motor görevlerin işleyişindeki bozukluklar, pratik olarak yapılan hareketlerin uygulama becerisindeki bozukluklar apraksi olarak tanımlanır ve AH'nin ilerleyen dönemlerinde bellek ve dil fonksiyon bozukluklarından sonra ortaya çıkar (9). Apraksi tablosu klinik olarak ortaya çıkmadan önce, kişiye günlük kullandığı aletleri kullanıyormuş gibi yapması istenerek (örnek olarak saçını nasıl taradığını göstermesi) öğrenilmiş motor hareketleri test edilir. Klinik olarak ortaya çıktığı dönemde hastanın daha önce yaptığı çoklu motor aktivitelerde (örnek olarak giyinmek, mutfak eşyalarını kullanmak) zorluk yaşadığı saptanır ve bu da kişiyi orta ve ileri evrelerde bağımlı hale getirir (10).

5- Olfaktör fonksiyon bozukluğu

Olfaktör bulbustaki değişiklikler, AH'nin erken döneminde tanımlanmış olup, tanı aracı olarak kullanılabilmesi de araştırılmaktadır. Fakat basit koku testlerinin prediktif değerinin düşük olduğu gösterilmiştir (11). Ayrıca, olfaktör disfonksiyon, hastalar veya aileleri tarafından sıklıkla belirtilen klinik bir semptom değildir.

6- Uyku bozuklukları

AH'de uyku bozuklukları sık olarak gözlenen bir bulgudur. Hastalarda uyku paterninde değişiklik, erken uyanmalar, total uyku süresinde azalma görülür. Bu bulgular, henüz kognitif etkilenmenin olmadığı, hastalığın çok erken evrelerinde ortaya çıkmaktadır (12).

7- Nöbetler

Nöbetler, AH'nin %10-20 kadarında görülmekte olup daha çok ileri evrelerde karşımıza çıkar. Genetik geçişi olan genç yaşta hastalar daha çok risk altında olup, erken dönemde de

nöbet geçirebilirler. Nöbetler daha çok medyal temporal lob başlangıcını destekleyen, bilincin bozulduğu, fokal non-motor şeklindedir (13).

8- Motor bulgular

Erken dönemde AH'de nörolojik muayene, kognitif muayene dışında normal saptanmaktadır. Piramidal ve ekstrapiramidal bulgular, myokloniler, nöbetler, erken dönemde saptanırsa etiyolojide başka durumları da araştırmak gerekmektedir (14). İlkel refleksler ve inkontinans daha çok ileri evre AH'de görülen bulgulardır.

Atipik prezentasyonlar

Hastaların az bir kısmında klasik progresif amnestik demans bulguları saptanmaz. Bu hastaları diğer demans türlerinden ayırt etmek zor olabilir. Bu hastalarda yapılan nöropatolojik incelemelerde atipik nöroanatomik dağılımla birlikte Alzheimer patolojisi saptanmıştır (15).

- Posterior kortikal atrofi: Bu kişiler progresif vizüel bozukluklar ile karşımıza gelir. Daha çok okuma ve araba kullanmada güçlük nedeniyle öncelikle göz hekimleri tarafından değerlendirilirler. Bu kişilerde; uzay algı bozukluğu, simultanognozi, konstrüksiyonel apraksi, okülomotor apraksi, giyinme apraksisi, optik ataksi, aleksi, sağ-sol dezoryantasyonu, akalkuli, ekstremiteler apraksisi, agraft, parmak agnozisi gibi vizüel bulgulara ek olarak, anterograd bellek fonksiyonunun, konuşma-lisan fonksiyonlarının, yürütücü işlevlerin, davranış ve kişiliğin göreceli olarak korunması gerekir (16).
- Primer progresif afazi: Hastalığın bellek ve diğer bilişsel işlevlerin korunduğu erken döneminde, lisan fonksiyonlarının ilerleyici bozukluğu ile karakterizedir. Üç tipi söz konusudur; akıcı olmayan, semantik ve logopenik tip. AH patolojisinden daha çok frontal lob demansı ile ilişkilidir ancak, hastaların 1/3'ünde otopsi sonuçlarında AH patolojisi saptanmıştır (17). AH'de görülmesi muhtemel tip, anlama ve dilbilgisi hatası olmaksızın kelime bulmada güçlüğüne yaşandığı logopenik varyanttır.
- Frontal varyant: AH'li hastaların bir alt grubu, amneziye göre yürütücü işlevlerde belirgin defisitlere sahiptir.
- Diğerleri: Biparietal AH sendromu da denilen hastalar dispraksi ile başvururlar, giyinme gibi bimanuel tamamlaması beklenen görevleri tamamlamada güçlük çekerler. Bu hastalarda vizuospasal dezoryantasyon, disgrafi, dil bozuklukları ile birlikte semantik bellek bozuklukları da görülebilir.

Miks demanslar

Diğer demans tipleriyle AH'nin birliktelik göstermesi nadir bir durum değildir. Bu durum da tanı karmaşasına yol açmaktadır. AH ile birlikte olması beklenen en sık Demans türü Vasküler Demanstır.

KLİNİK GİDİŞ

AH, zamanla klinik ilerlemeye bağlı olarak evrelere ayırabileceğimiz bir süreç olup, henüz AH tanısı konmadan önceki dönemlerin de göz önünde bulundurulması ve olası AH gidişatının

değerlendirilmesi gerekmektedir. Erken tanı ile ilgili bilgiler ayrıntılı olarak Bölüm 4'te (Demans tanısını erkenden koymak mümkün mü? Terminolojide ve Tanıda ne değişti?) belirtilmiş olup klinik bulgular ortaya çıkmaya başladıktan sonra AH üç evrede incelenmektedir.

1- Erken evre

Birçok AH'de bu evre gözden kaçırıldığı için erken tanı açısından en önemli evredir. Bu evrede zaman kavramında sorunlar yaşanmaya başlar. Hastalar aynı soruları tekrar tekrar sorup, yeni bilgileri öğrenmede güçlük yaşarlar. Ancak henüz davranışsal sorunlar yaşamazlar ve sosyal yaşantıda etkilenim görülmez. Dolayısıyla hasta bağımsız olarak yaşantısını sürdürebilir.

2- Orta evre

Bu evrede belirtiler hastanın daha bağımlı hale geldiğini gösterir. Hastalar ev dışında bağımsız hareket edemezler ve günlük işlerinde (yemek yeme, tuvalet, banyo yapımı, giyinip-soyunma gibi) zorluk yaşarlar. Sosyal ilişkilerinde de kısıtlılıklar başlar, kişide agresyon ve paranoyid delüzyonlar görülebilir.

3- İleri evre

Bu evrede artık hasta tamamen bağımlı haldedir, öz bakımını yapamaz. Kişi en yakınlarını ve hatta kendini tanıyamaz, sfinkter fonksiyon bozuklukları ortaya çıkar. Bu hastalarda görülen en sık ölüm nedenleri, yatak yarası enfeksiyonları, akciğer embolisi/enfeksiyonu, beslenme bozukluklarıdır.

AH tanısı sonrası, ortalama yaşam beklentisi 3 ile 11 yıl arasında değişir ve bu durum kısmen kişinin tanı anındaki bilişsel yeti yitimi ve başlangıç yaşına da bağlı olarak değişir. İleri yaş başlangıçta (>80 yaş), genç yaş başlangıca göre klinik gidiş çok daha yavaş seyretmektedir (18). Psikoz, ajitasyon, agregasyon gibi nöropsikiyatrik semptomlar klinik gidişin çok daha hızlı olacağının göstergeleridir

KLİNİK DEĞERLENDİRME

AH'de patolojik değişikliklerin, semptomların çıkmasından yıllar önce başlaması, Aβ, tau patolojileri gibi belirteçlerin ortaya konması ve manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) ile atrofinin ölçülebilir olması gibi gelişmelerden dolayı, tanı daha erken konabilir ve moleküler özgülüğe sahip bir hal almıştır. AH'nin kesin tanısı hala patolojik bir doğrulama gerektirse de, the National Institute on Aging and Alzheimer's Association tarafından revize edilen NINDS-ADRDA tanı kriterleri, demansın veya hafif bilişsel bozukluğun, altta yatan Alzheimer patolojisine yüksek, orta ya da düşük olasılıkla biyobelirteç bilgisini ekleyerek atfedilmesine izin verir (19) (Ek-3).

Demansın tanısı kognitif fonksiyonlar, davranış, kişilik veya günlük yaşam aktivitelerinde, tercihen bağımsız bir gözlemci tarafından doğrulanan, kalıcı ve ilerleyici bozulma hikayesi ile birlikte nöropsikolojik testler veya minimal mental durum muayenesi, Blessed Demans Ölçeği veya Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği veya Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği gibi tarama ölçekleri yardımıyla konur. Demans düşündüğümüz hastada, hasta ve yakınından ayrıntılı anamnez aldıktan sonra ayrıntılı tetkikleri yapıp, tedavi edilebilir demans sebeplerini

dışlamalıyız. Bir demans ön tanılı hastada yapılması önerilen tetkikler Tablo 1’de verilmiştir. Tanı aşamasında bize yardımcı olan değerlendirmeleri şu şekilde ele alabiliriz;

Nöropsikolojik değerlendirme: Kişide, belirtilen başta bellek bozukluğu olmak üzere, dikkat, lisan, görsel-mekansal beceriler, algılama, problem çözme gibi fonksiyonlardaki değişiklikleri ortaya koymak için başlangıç dönemine ait nöropsikolojik değerlendirme yapılmalıdır ve kontrollerde de yapılarak, karşılaştırmalar daha objektif bir şekilde ortaya konmalıdır. Ayrıca bilişsel değerlendirme, kognitif bozukluğun sebebini tanımlamamıza ve hastaların kapasitelerini değerlendirmemize (araç kullanmak, finansal işlemleri yapabilmek gibi) yardımcı olur.

Nörogörüntüleme: AH’den şüphelenilen hastalarda daha ayrıntılı değerlendirme için beyin MRG’si kullanılır. AH’de beklenen yapısal bulgular fokal ve/veya jeneralize atrofi ve beyaz cevher lezyonlarını içerir fakat bunlar non-spesifik bulgulardır. AH’de bulunan daha karakteristik bulgular; hipokampüs ve medial temporal lob atrofisidir (20). Fakat normal yaşlanmada da hipokampal atrofi görülmesinden dolayı, yaş ile ilişkili faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Hipokampal atrofi bulgusu, tipik bir klinik prezentasyonu olan bir hastada AH tanısı için destek sağlar, ancak tek başına klinik değerlendirmede tanının kesinliğine katkıda bulunmak için yeterince spesifik değildir (21). Ayrıca AH’de fonksiyonel görüntülemelerden florodeoksiglikoz-pozitron emission tomografisi (FDG-PET), fonksiyonel MRG, perfüzyon MRG, Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi tetkikleri ile de hipokampüs, mezial parietal lob, lateral parietal ve posterior temporal kortekste hipometabolizma, hipoperfüzyon görülmektedir (22). Klinik pratikte, FDG-PET, atipik prezentasyonları olan hastalarda AH’yi frontotemporal demanstan ayırmada oldukça faydalı olabilir.

Biyobelirteçler: AH’nin teşhisini destekleyen ancak henüz rutin tanı amaçlı kullanılmayan,

Tablo 1. Demans ayırıcı tanısında yapılması önerilen muayene ve tetkikler

Hem hasta hem aileden ayrıntılı anamnez alınması
Fizik muayene, nörolojik muayene, mental durum muayenesi
Kullandığı ilaçların ve bakılabiliyorsa kan düzeylerinin bakılması
Laboratuvar tetkikleri:
Hemogram, sedimentasyon,
Kan glikozu, elektrolitler,
Karaciğer fonksiyon testleri,
Böbrek fonksiyon testleri,
Vitamin B12 ve folik asit düzeyi,
Tiroid fonksiyon testleri,
Klinik öyküye göre serolojik testler (HIV, VDRL, Anti-nükleer antikor, anti-nöronal antikor...)
EKG, PA Akciğer grafisi
Beyin görüntülemesi
EEG, endikasyon varsa lomber ponksiyon
Psikometrik değerlendirme
HİV: İnsan immün yetmezliği virüsleri, VDRL: Zührevi Hastalıklar Araştırma Laboratuvarı testi, EKG: Elektrokardiyogram, EEG: Elektroensefalografi, PA: Posteroanterior

AH'nin moleküler ve dejeneratif sürecini gösteren çok sayıda, araştırma safhasında biyobelirteç vardır (4). Bu testler özellikle atipik prezentasyon gösteren, erken-başlangıçlı AH'lerini, Fronto-temporal Demans gibi non-amiloid nörodejeneratif hastalıklardan ayırt etmede oldukça güven vericidir.

Beyin omurilik sıvısında (BOS) A β 42:A β 40 oranının düşük olması, BOS total ve fosfo-tau miktarının artması bu biyobelirteçler arasındadır. Ayrıca azalmış plazma apolipoprotein E (ApoE) ve ApoE ϵ 4 düzeyleri hafif kognitif bozuklukta ve henüz klinik bulguları net olmayan AH'de oldukça tanı değerine sahiptirler (23). Fakat bu ölçümlerin henüz klinik pratikte yeri bulunmamaktadır.

Diğer laboratuvar tetkikleri: Rutin laboratuvar tetkiklerinin AH tanısı için bir yararı bulunmamaktadır ancak diğer demans sebeplerinin dışlanması amaçlı bazı laboratuvar incelemelerinin yapılması önerilir. Hemogram, biyokimya, elektrolitler, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12, folik asit düzeyleri, enfeksiyöz markerlar, vaskülitik markerlar önerilen bu tetkikler arasındadır.

Genetik tetkikler: AH'li hastaların rutin değerlendirmesinde genetik test önerilmemektedir. ApoE genotiplemesi, özellikle hafif kognitif bozukluktan AH'ye dönüşüm tanısında öngörülebilir bir değere sahiptir ancak yanlış pozitiflik ve yanlış negatiflik gösterebilir (24). Amiloid prekürsör protein, presenilin-1 ve presenilin-2 gen mutasyonları için testler mevcuttur fakat bu testler, erken başlangıçlı, otozomal dominant aile öyküsü bulunan olgularda tetkik edilmelidir.

İPUÇLARI

Klinik özellikler dikkate alınıp AH'nin diğer demanslardan ayıran özellikleri şu şekilde özetleyebiliriz:

- Zaman ve yer oryantasyon bozukluğu AH'nin erken dönemlerinde görülürken diğer demans türlerinde nispeten korunmuştur.
- Bellek yıkımı demansın tanısında klasik olarak bulunması gereken bir bulgudur.
- Epizodik bellek AH'nin erken döneminde bozulurken, semantik bellek bozukluğu AH dışındaki Demanslarda başlangıçtan itibaren daha belirgindir.
- Yürütücü işlevlerde bozukluk özellikle Fronto-temporal Demanslarda (FTD) ve Subkortikal-frontal Demanslarda başlangıçtan itibaren görülebilirken, AH'de daha çok bellek bozukluklarından sonra ortaya çıkmaktadır.
- Kognitif defisitler AH'de ön plandayken kişisel bakım eksikliği ve disinhibisyon, FTD'nin ana özelliklerindendir.
- Benzer şekilde hezeyanlar ve özellikle görsel halüsinasyonlar Lewy Cisimciği Demansın erken semptomlarıdır.
- Başlangıçta Demans tanısı konan, fakat daha sonra hastaların izlemi sonucunda bu tanının terk edildiği olgular için psödodemans sözcüğü kullanılmıştır. Günümüzde psödodemans sözcüğü, bir fonksiyonel psikiyatrik hastalığı (örneğin depresyon) olan kişide zihinsel yıkımın varlığını tanımlamak için kullanılmıştır. Zihinsel yıkımın özellikleri, kısmen, beyinde

nöropatolojik değişiklikleri olan demans hastalarında görülene benzer ancak nöropsikolojik yıkım geriye döndürülebilir ve hastaların beyinde bu klinik tabloyu oluşturacak nöropatolojik yıkım oluşmaz.

Sonuç olarak, tüm bu bilgiler, demans düşündüğümüz bir kişiyi poliklinik şartlarında değerlendirmede, AH tanı aşamasında kullanılacak klinik bulguları ve gerekli tetkikleri belirlemede, hastayı evrelendirmede ve sağlık kurulu hizmetine ulaştırmada yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. Braak, Heiko, Eva Braak. Frequency of stages of Alzheimer-related lesions in different age categories. *Neurobiology of aging*. 1997;18:351-357.
2. Uğur, Müfit, Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp, and Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. STE sempozyum dizisi İstanbul 2008;62:59-84.
3. Ryman DC, Acosta-Baena N, Aisen PS, Bird T, Danek A, Fox NC et al. Symptom onset in autosomal dominant Alzheimer disease A systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2014;10:1212.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
5. Peters F, Collette F, Degueldre C, Sterpenich V, Majerus S, Salmon E. The neural correlates of verbal short-term memory in Alzheimer's disease: an fMRI study. *Brain* 2009;132:1833-1846.
6. Wagner M, Wolf S, Reischies FM, Daerr M, Wolfsgruber S, Jessen F et al. Biomarker validation of a cued recall memory deficit in prodromal Alzheimer disease. *Neurology*. 2012;78:379-386.
7. Barrett AM, Eslinger PJ, Ballentine NH, Heilman KM. Unawareness of cognitive deficit (cognitive anosognosia) in probable AD and control subjects. *Neurology*. 2005;64:693-699.
8. Harwood DG, Sultzer DL, Wheatley MV. Impaired insight in Alzheimer disease: association with cognitive deficits, psychiatric symptoms, and behavioral disturbances. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*. 2000;13:83-88.
9. Parakh R, Roy E, Koo E, Black S. Pantomime and imitation of limb gestures in relation to the severity of Alzheimer's disease. *Brain Cogn*. 2004;55:272.
10. M. Sarazin, Y. Stern, C. Berr, A. Riba, M. Albert, J. Brandt et al. Neuropsychological predictors of dependency in patients with Alzheimer disease. *Neurology*. 2005;64:1027-1031.
11. Sun GH, Raji CA, Maceachern MP, Burke JF. Olfactory identification testing as a predictor of the development of Alzheimer's dementia: a systematic review. *The Laryngoscope*. 2012;122:1455-1462.
12. Ju, Yo-El S, Brendan P. Lucey, David M. Holtzman. Sleep and Alzheimer disease pathology—a bidirectional relationship. *Nature reviews Neurology*. 2014;10:115.
13. Vossel KA, Tartaglia MC, Nygaard HB, Zeman AZ, Miller BL. Epileptic activity in Alzheimer's disease: causes and clinical relevance. *The Lancet Neurology*. 2017;16:311-322.
14. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human service task force on Alzheimer's disease. *Neurology*. 1984;34:939-944.
15. Ridgway GR, Lehmann M, Barnes J, Rohrer JD, Warren JD, Crutch SJ et al. Early-onset Alzheimer disease clinical variants: multivariate analyses of cortical thickness. *Neurology*. 2012;79:80-84.
16. Crutch SJ, Schott JM, Rabinovici GD, Murray M, Snowden JS, van der Flier WM. Alzheimer's Association ISTAART Atypical Alzheimer's Disease and Associated Syndromes Professional Interest Area. Consensus classification of posterior cortical atrophy. *Alzheimers Dement*. 2017;13:870-884.
17. Marsel Mesulam, Alissa Wicklund, Nancy Johnson, Emily Rogalski, Gabriel C. Léger, Alfred Rademaker et al. Alzheimer and frontotemporal pathology in subsets of primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*. 2008;63:709-719.

18. Bernick, Charles, et al. Age and rate of cognitive decline in Alzheimer disease: implications for clinical trials. *Archives of neurology*. 2012;69:901-905.
19. Guy M. McKhann, David S. Knopman, Howard Chertkow, Bradley T. Hyman, Clifford R. Jack, Jr., Claudia H. Kawas et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*. 2011;7:263-269.
20. van de Pol LA, Hensel A, Barkhof F, Gertz HJ, Scheltens P, van der Flier WM. Hippocampal atrophy in Alzheimer disease: age matters. *Neurology*. 2006;66:236-238.
21. Wahlund LO, Almkvist O, Blennow K, Engedahl K, Johansson A, Waldemar G et al. Evidence-based evaluation of magnetic resonance imaging as a diagnostic tool in dementia workup. *Topics in Magnetic Resonance Imaging*. 2005;16:427-437.
22. Hu WT, Wang Z, Lee VM, Trojanowski JQ, Detre JA, Grossman M. Distinct cerebral perfusion patterns in FTLN and AD. *Neurology*. 2010;75:881-888.
23. Olsson B, Lautner R, Andreasson U, Öhrfelt A, Portelius E, Bjerke M et al. CSF and blood biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*. 2016;15:673-684.
24. Mayeux R, Saunders AM, Shea S, Mirra S, Evans D, Roses AD et al. Utility of the apolipoprotein E genotype in the diagnosis of Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*. 1998;338:506-511.

ALZHEİMER DIŞI DEMANSLARIN KLİNİK GÖSTERGELERİ

BÖLÜM 5

Prof. Dr. Görsev Yener¹, Doç. Dr. Ahmet Evlice²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

gorsev.yener@gmail.com

Özet

Alzheimer hastalığı nöroloji pratiğinde en sık karşılaşılan demans tipidir. Bu nedenle geçerliliği yapılmış birçok ölçüm aracı bu hastalığa yönelik kurgulanmış olup diğer demans tiplerinde değerlendirme araçlarına daha zor rastlanır. Bu nedenle de nöroloji uzmanlarının Alzheimer dışı demansı olan hastayı değerlendirmenin üç bileşeni olan işlevsellik, kognisyon ve davranış sorgulama/ölçümünde zorluk yaşadıkları bilinmektedir. Bu bölüm Alzheimer dışı demansları değerlendirmede klinik göstergeleri tanımada yardımcı olma amacıyla yazılmıştır.

İşlevsellik değerlendirmesi için kişinin kültürel altyapısına, eğitime, geçmişine yönelik sorgulanması ve çevresindeki bireylerden de bilgi alınması önem taşır. Özellikle içgörü eksikliği demans tablosunun sık görülen bir parçası olabilir. Bu nedenle hastadan alınan bilgiler çevresinden alınan anamnezle doğrulanmalıdır. Kognitif bakıda, Alzheimer hastalığından farklı olarak fronto-temporal demans, Lewy tipi/Parkinson hastalığı demansı gibi diğer dejeneratif demanslarda ve vasküler demansta bellek daha geride etkilenmiş olabilir. Ancak dikkat/yürütücü işlev/davranış/lisan bozuklukları daha önde gelen kognitif alan etkilenmeleri arasındadır.

Davranış sorunları tüm demans tiplerinde görülse de özellikle immatür, disinhibe, impulsif davranış deseni fronto-temporal demanslarda, sanrısız bozukluk Parkinson/Lewy tipi demanslarda sıklıkla karşılaşılan tablolardır. Erken dönemde bakış perezisi, otonomik değişiklikler (sfinkter sorunu, ortostatik hipotansiyon), uyku bozuklukları, piramidal/ekstrapiramidal bulgular gibi ek nörolojik bulgular ve beyin görüntüleme gibi yardımcı incelemeler özellikle Alzheimer dışı demanslar için ipucu verebilir.

Anahtar Kelimeler: Fronto-temporal demans, Lewy tipi/Parkinson hastalığı demansı, vasküler demansta, kognitif bozukluk, davranış bozukluğu

Hastalara yapılacak sorgulama

Demans kuşkusu ile getirilen hastaların muayenesinde hastanın yanı sıra çevresindeki kişilerden de bilgi alınması esastır. Hasta ve yakınlarına aşağıdaki tablolarda verildiği gibi

sorular sorulabilir ve muayenesi de bu sorgulamalara göre derinleştirilebilir. Demansı taklit eden ve değerlendirme sırasında gözden kaçabilecek birçok durum vardır ve bunlar saptanırsa potansiyel olarak geri döndürülebilir (depresyon, hipotiroidizm, vitamin eksikliği gibi). Hekimler kognitif işlevlerde azalmaya belirgin bir katkıda bulunabilecek olan işitme ve görme problemlerine karşı da dikkatli olmalıdır.

Yaşlı hastaların sıklıkla hastanın işlevini kötüleştirebilen komorbid tıbbi durumları vardır, bunların tedavisi hastanın kısıtlılıklarını azaltır. Laboratuvar testleri demansın ikincil nedenlerini elemek ve yaşlılarda sıklıkla gözlenen diğer rahatsızlıkların tanımlanması için gereklidir.

İşlevsellik sorgulaması

Daha öncekinden farklı olarak ilaç takibi yapamayan, evinin faturalarını takip ve idare edemeyen, yaptığı yemek kalitesinin değiştiği söylenen, kumandaları ve makineleri kullanmakta zorlanmaya başlayan, içe kapanma tanımlayan, düzenli gittiği toplantılara gitmemeyi tercih eden, eskisine oranla konuşma miktarı azalan/bozulan, anlama ve muhakemede zorlanan, kişiliği değişen hastalar demans için alarm veren hastalardır. Hasta ve çevresindeki kişilere basitçe aşağıdaki gibi sorular sorulabilir, kuşku halinde ileri inceleme için yönlendirilebilir. Basit bir demans değerlendirme formu aşağıda sunulmuştur (Tablo 1).

Hastalara yapılacak basit testler

Hasta ya da yakınlarının bellek kaybı diye tanımladığı belirti aslında beceri kaybı, lisan problemleri, zayıf ya da azalmış muhakeme, soyut düşünmede zorluklar, duygu, durum ve davranış değişimleri, kişilik değişimleri olabilir. Hastalara uygulanacak testleri yapmadan önce hasta yakınlarından bilgi alınmalı ve hasta yakınlarının yapılan yanlışları normal sayma eğiliminde olduğunu gözetilmelidir. Hastanın eğitimi, cinsiyeti, mesleği, yaşadığı yere göre işlevsellik sorgulaması yapılmalıdır. Hasta yakınlarından ekte yer alan formları doldurarak getirmesini istemek zamandan tasarruf etmek mümkün olabilir (NPI testi gibi). Herhangi bir tanısal test uygulanmadan önce, hasta öyküsü, fizik muayene ve daha önceden yapılmış laboratuvar bulguları dikkate alınmalıdır.

Tablo 1. Demans hastaları için değerlendirme formu

Tarih:		
Hastanın Adı Soyadı ve yaşı:		
Önceki hastalıkları	Var	Yok
Tansiyon yüksekliği,		
Diyabet,		
Kalp hastalığı,		
Felç		
Diğer		
Aldığı ilaçlar ve dozları		

Tablo 1.1. İşlevsellik sorgulaması

Yardımcı gündelik işler	Eskiden beri	Artık yapamıyor
Telefon edebiliyor mu?		
Tek başına alışveriş yapabiliyor mu?		
Yemek yapabiliyor mu?		
Evin işlerini, temizlik, ütö, bulaşık-çamaşır yapar mı?		
Tek başına istediğı yere gider mi?		
Evde ilaçlarını tek başına düzenli içebilir mi?		
Evin para idaresini yapabilir mi?		
Kişisel bakım	Eskiden beri	Artık yapamıyor
Banyo yapabiliyor mu?		
Tuvalet temizliğini kendi yapabiliyor mu?		
Yemeğini tek başına yiyebiliyor mu?		
Tek başına giyinebiliyor mu?		
İdrar/gaita kaçırma var mı?		
Yürümede bozulma var mı?		

Tablo 1.2. Davranış/kişilik/hareket/yürüyüş değışiklikleri (ilk 3 yılda)

Belirti	Olası etiyoloji
Çocuklaşma var mı?	(FTD)
Şüphecilik/gerçek dışı inançlar var mı?	(Pakinsonian demanslar)
Olmayan şeyleri görme var mı?	(Pakinsonian demanslar)
Başkasının dertlerine karşı umursamazlık başladı mı?	(FTD)
Üzüntü hali/ağlamaklılık var mı?	(Pakinsonian demanslar)
Öz bakımını umursamazlık var mı?	(FTD)
El becerisinde kayıp var mı?	(FTD, Kortikobazal dejenerasyon)
Tek kelimeleri anlamakta zorluk var mı?	(FTD-Semantik varyant)
Kendini ifade etmede zorluk/Konuşmada bozulma var mı?	(FTD-Afazi Tipleri)
Uyku bozukluğu/fazlalığı var mı? (Pakinsonian demanslar)	(Pakinsonian demanslar)
Yeme alışkanlığı değışimi/tatlı düşkünlüğü var mı?	(FTD)
Aşırı yürüme/hareketlilik var mı?	(FTD)
Hareketlerde yavaşlama var mı?	(Pakinsonian demanslar)
Ellerde titreme var mı?	(Pakinsonian demanslar)
İstifçilik var mı?	(Pakinsonian demanslar, FTD)
FTD: Frontotemporal dejenerasyon	

Tablo 1.3. Fizik muayene

Sistemik bakıda aritmi/atriyal fibrilasyon: (Vasküler demans)
Ortostatik hipotansiyon (Sinükleopatiler)
Hiposmi (Sinükleopatiler)
Yürüme bozukluğu/Parkinsonizm (Vaküler demans, Hidrosefali)
Yakalama refleksi (Vasküler demans, Frontotemporal demans)
Utilizasyon davranışı (Frontotemporal demans)
Sakkadlarda yavaşlama (Pakinsonian demanslar, FTD)
Bakış parezileri (PSP, Kortikobazal dejenerasyon)
Piramidal bulgu (Vasküler demans, Parkinsonian demanslar)
Tremor/Bradikinezi (Pakinsonian demanslar)
Postural instabilite (Pakinsonian demanslar)
FTD: Frontotemporal dejenerasyon, PSP: Progresif supranükleer paralizi

Tablo 1.4. Yardımcı incelemeler

	Normal	Anormal
Glukoz, BUN, kreatinin, SGOT, SGPT, Na, K, Ca, LDL Kolesterol, Albümin-T.protein, Sedimentasyon, Hemogram, sT4, TSH, B12 vit, ANA, VDRL, HİV		
Beyin görüntülemesi		
Subkortikal beyaz/gri cevher etkilenmesi?		Vasküler demans (küçük damar hastalığına bağlı)
Kortikal infarkt var mı?		Vasküler demans
Beyinsapı atrofi var mı?		Mezensafalon: PSP; Pons: Multisistem atrofi
Hipokampal atrofi var mı?		Alzheimer ve FTD semantik varyant
Amigdala ve temporal kutup atrofi		FTD Semantik varyant
Kortikal atrofi fokal mi, jeneralize mi?		Fokalse Alzheimer dışı demans olasılığı daha fazla
BUN: Kan-üre-nitrojen testi, SGOT: Serum glutamik-okaloasetik transaminaz, SGPT: Alanin aminotransferaz, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein, TSH: Tiroit uyarıcı hormon, ANA: Anti-nükleer antikorlar, PSP: Progresif supranükleer paralizi, FTD: Frontotemporal dejenerasyon		

Kognitif muayene

Kognitif muayeneden önce hangi alanları daha ayrıntılı muayene edeceğimizi anlamak üzere sorgulama yapmak gerekir. Bunun için kısa süreli tarama testleri yol gösterici olabilir. Alzheimer dışı demanslara yönelik sorgulamalarda/muayenede önemli olabilecek maddeler aşağıda listelenmiştir.

Tablo 1.5. Kognitif alanlardaki değışikliklerin muayenesi

Kognitif alanlar	Normal	Anormal
Dikkat		
İleriye doğru ve tersten sayı dizilerini tekrar ettirmek		
Haftanın günlerini tersten saydırmak		
Yürütücü işlevler		
Muhakeme: Bilmediğın bir şehirde telefonunu bilmediğın bir arkadaşına nasıl ulaşırın? Yerde bir cüzdan buldun ne yaparsın?		
Atasözleri yorumlama: (Ağaç yaşken eğilir, üzüm üzüme baka baka kararır, ayağın yorganına göre uzat)		
Benzerlikleri bulma: (Tren ve araba: ikisi de birer...?) (Karanfil-gül) (tornavida-çekik) (muz-portakal)		
Bellek		
Kişisel bilgiler: Doğum tarihi, kaç yaşında olduğı, nerede doğduğı, tam adresi veya telefonu sorulur.		
Güncel bilgiler: Şu anda haberlerde önemli bir şey var mı? Cumhurbaşkanı kim? (Aileye bunları önceden bilip bilmediğı sorularak sonuçları değerlendirilmelidir)		
Öğrenme ve bellek: Beş kelime 3 tekrar ile öğretilir. Bu kelimeleri öğrendikten sonra araya haftanın günleri tersten saydırılır ve kelimeleri hatırlaması istenir.		
Yakın bellekte sorun var mı?		
İpucu verilince veya çoktan seçmeli ile hatırlıyor mu?		
Lisan		
Spontan konuşması akıcı mı? "Şey" kelimesini çok kullanıyor mu?		
Kendini ifade edebiliyor mu? Komutları yerine getirebiliyor mu?		
Tek kelime anomisi var mı? Karmaşık sorulara uygun cevap veriyor mu?		
Hecelerde yer değıştirme var mı? Tekrarlaması bozuk mu?		
Duygudan yoksun, teyp gibi, robot gibi konuşma var mı?		
Praksis		
Bir çiçek nasıl koklanır, gösterin.		
Bir pipetle gazoz nasıl içilir, gösterin.		
Sağ ve sol elle asker selamı, güle güle hareketi yaptırılır.		
Bir çekikle çiviye nasıl vurulur?		
Diş fırçasını elinde tutuyorken nasıl diş fırçalanır?		
Sağ ve sol ayakla bir topa nasıl vurulur?		

Tablo 1.5'in devamı

Görsel/Uzamsal işlevler

Saat çizimi nasıl?

İç içe geçen beşgeni kopya becerisi nasıl?

Parkinson/Lewy Tipi demans gibi sinükleopatiler için:

- Hareketlerde yavaşlama, durgunluk
- Düşmeler veya düşmeye yatkınlık
- Gün/günler içinde dalgalanma (bazı günler açık, başka günler daha kapalı)
- Gece uykuda canlı rüyalar görme, uykuda hareketlilik, yataktan düşme
- Halüsinasyonlar görme
- Konstipasyon
- Koku duyusunda azalma
- Sfinkter kontrolünde bozukluk
- Senkop, göz kararması (Ortostatik hipotansiyon sorgulama ve muayenesi)

Frontotemporal demans için:**Afazi alt tipleri için:**

- Konuşmada azalma ve agramatizm (tutuk afazi varyantı)
- Tek kelime anomisi (semantik varyant)
- Söylenenleri anlamada zorluk

Davranış alt tipi için:

- Çocuksulaşma
- Muhakeme yeteneğinde azalma
- Kişiliğinde belirgin değişme
- ◆ Gamsızlık ve Neşelilik Hali "Witzelsucht"
- ◆ Duygusal Küntleşme/Kayıtsızlaşma
- ◆ Empati ve Sempatik Kaybı
- ◆ Utandırıcı Disinhibe Davranışlar
- ◆ Kişinin Durumuna Uygun Olmayan Cimrileşme
- ◆ İstifleme Davranışı
- Öz bakımına dikkat etmeme (Giyisilerin ve kişisel temizliğinin kötü olması)
- İştah ve yeme davranışlarında değişiklik (oburluk, kilo alma, tatlıya düşkünlük, dezorganize yeme davranışı)
- Muayene sırasında önünde gördüğü kendisine ait olmayan eşyaları elleme, karıştırma davranışı (utilizasyon davranışı)

- Konuşurken robot gibi, bir teyp gibi konuşma (aprozodi)
- Yakalama refleksinin varlığı
- Ağız çevresinde diskinezi benzeri, koklar gibi burnunu çekme gibi tekrarlayıcı hareketler, vokal tikler
- Erken dönemde sfinkter kontrolünde kayıp

Vasküler demans için:

Multienfarkt demans

- Felç öyküsü/fokal nörolojik bulgular ardından gelişen unutkanlık ve zihinsel değişiklik öyküsü
- Beyin görüntülemelerde klinik tablo ile uyumlu değişiklikler

Küçük damar hastalığı demansı

- Küçük adımlı spastik yürüme
- Sfinkter bozukluğu
- Spastik dizartri
- Piramidal bulgular
- Psödobulber palsy
- Vasküler risk faktörlerinin yoğunluğu
- Beyin görüntülemelerde yaygın küçük damar etkilenmesi ile uyumlu değişiklikler

Creutzfeldt-Jacob hastalığı için:

- Hızlı ilerleyen demans
- Miyoklonus varlığı
- Görsel bozukluk
- Serebellar bulgular
- Piramidal bulgular
- Ekstrapiramidal bulgular

Kognitif değerlendirme için basit testler

Günlük pratikte genel kognitif tablonun değerlendirilmesinde kullanılan Mini Mental State Examination (MMSE) eğitim düzeyine göre çok değişiklik gösterir. Oryantasyon, sözel bellek ve kompleks dikkatin yanı sıra adlandırma, tekrarlama, okuma, yazma gibi lisan fonksiyonlarını değerlendiren bir testtir. Alzheimer tipi demansın kesitsel ve boylamsal takibi için MMSE oldukça yararlıdır. Ayrıca günlük pratikte MiniCog testi kullanılabilir, bu test MMSE'den daha kısa sürede yapılabilir, MMSE'ye yakın sensitivite ve spesifitesi vardır. MiniCog değerlendirme testin 3 kelime sözel bellek testi ve saat çizme testinden oluşur. Saat çizme testi birçok kognitif alanı (yürütücü işlevler, vizyospasyal yeti, motor programlama, dikkat ve konsantrasyon) değerlendirebilen bir testtir ve sağ hemisferin anterior lezyonlarında etkilendiğı kabul edilir. Özellikle yürütücü işlevlerin ve vizyospasyal yetinin ön planda bozulduğu demans tiplerinde

erken dönemde bozulur. Sözel akıcılık; dikkatin sürdürülebilirliği ve zihinsel geri getirmeyi değerlendiren bir testtir, kendi içerisinde semantik ve leksikal olmak üzere ikiye ayrılır, semantik akıcılık sol temporal lob lezyonlarında, leksikal akıcılık ise sol frontal lob lezyonlarında etkilendir. Sayı menzili önemli bir dikkat testidir, dikkat tüm kognitif görevlerin performansı için gereklidir ve dikkat bozukluğunun etkileri bütün bir zihinsel muayenesi boyunca izlenebilir. İleri sayı menzili sağ dorsolateral prefrontal korteks lezyonlarında etkilenen anlık bellek ve basit dikkati değerlendirebilen bir test iken, geri sayı menzili sol hemisfer lezyonlarında etkilenen kompleks dikkat ya da işleyen belleği değerlendiren bir testtir. Klinik pratikte yukarıda bahis edilen testler olgusuna göre seçilerek hızlıca yapılabilir. Alzheimer tipi demansta erken dönemde ön planda daha çok temporolimbik bellek kusuru gözlenirken, diğer demans tiplerinde erken dönemde dikkat daralmasına bağlı gelişen bellek kusur ve yürütücü işlev bozuklukları gözlenir. Posterior kortikal atrofi düşünülen olgularda ise ayrıca smiltunagnozi varlığını değerlendirmek amacı ile Navon harfleri, kurabiye hırsız testi ve Arcimboldo resimlerinden yararlanılabilir. Kognitif değerlendirmeye uyum sağlamayan simülatif olgularla demansı olan olguları ayırt etmede gözlem ön plana çıkmaktadır. Simülatif olgular kognitif testler yapılmaya çalışırken isteksiz, soruları reddeden bir tutum sergiler ve hemen her şeyi unuttuğunu söyler. Demanslı olgular ise sıklıkla unutkanlıktan çok bahsetmez ve kognitif testler yapılırken yakınlarından yardım istemişçesine yakınlarına doğru bakarlar.

Bellek dışındaki diğer kognitif alt alanların değerlendirilmesine yönelik uygulanabilecek bir başka test olan Addenbrook testinin (ACE-R) (4) uygulanması yaşlı bireylerde yaklaşık 30 dk sürer. Ayrıca MMSE'yi, saat çizimini, görsel-uzamsal testleri, soyutlama becerisini, lisan işlevlerini yoklayan bölümleri de kapsar ve Alzheimer dışı demanslarda daha kullanışlı ve etraflı bir kognitif test seçeneği sunar.

Davranışsal belirtilerin, psikotik belirtilerin ve depresyonun değerlendirilmesi

Demanslı hastaların %80'inden fazlası hastalık seyri boyunca anksiyete, ajitasyon, depresyon ve apati gibi davranışsal semptomlar yaşayabilmektedir (5-8), bu nedenle hastalar düzenli olarak bu semptomlar açısından değerlendirilmelidir. Bu belirtiler aile hekimi tarafından gözlenebileceği gibi, daha sıklıkla hasta yakınları tarafından bildirilmektedir. Hasta yakınından davranışsal belirtiler hakkında bilgi toplamak ve tedavilerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilen standart tanı araçları arasında nöropsikiyatrik değerlendirme ölçeği yer alır (9). Demans hastalarında sıklıkla gözlenen davranışların güvenilir değerlendirmesini sağlayan hızlı uygulanabilir bir testtir.

Yardımcı inceleme testlerinin önemi

Öykü, muayene ve kognitif değerlendirme sonrasında demansiyel sendrom düşünülen olgularda yardımcı tanı yöntemleri gündeme gelir, burada öncelikle unutkanlığa neden olabilecek biyokimyasal (vitamin B12, folat, troit fonksiyon testleri vs) parametreler incelenmeli, unutkanlığa neden olabilecek durumlara müdahale edilmelidir. Demansın rutin tanısında elektroensefalografinin (EEG) yeri yoktur ancak Creutzfeld-Jacob hastalığının (CJH) tanısında EEG önemlidir, bu olgularda hastalığın erken evresinde EEG'de fokal yavaş dalgalar gözlenirken, ilerleyen dönemde periyodik diken-dalga kompleksleri (1-2 Hz periyodik diken-

dalgalar, epileptiform değarlar veya trifazik dalgalar) fokal veya diffüz olarak gözlenebilir. Bu nedenle hastalığın tanısını koyarken seri EEG incelemelerine ihtiyaç vardır. CJH tanısı için EEG %50-66 sensitif, %74-91 spesifiktir. Klinik olarak demansı olmayan bir olguda beyin manyetik rezonans görüntülemedeki (MRG) atrofi anlamlı değildir, ancak demans tanısı almıősa, demansın tipini belirlemek için önemlidir. Alzheimer hastalığı için beyin MRG'de temporal kortekste gözlenen atrofi %90 sensitif, %93 spesifik iken hipokampusta gözlenen atrofi %94 sensitif - %100 spesifiktir. Bu nedenle Alzheimer tipi ve Alzheimer dışı demansların ayırımını yapmak için özellikle hipokampal bölgenin atrofisinin varlığına dikkat etmek gerekir. Beyin MRG değerlendirilirken kronik majör depresyon hastalarında da hipokampal atrofinin gözlenebileceği unutulmamalıdır. Beyin MRG'de çoğu CJH olgusunda MRG'de simetrik ya da asimetrik serebral korteks, bazal ganglion (kaudat-putamen) ve talamusta hiperintensite gözlenir. CJH tanısı için diffüzyon ve FLAIR MRG %92 sensitif ve %95 spesifiktir (12). Demans olgularında beyin MRG ile yeterli ayırım yapılamamıősa FDG-PET ve SPECT'den yararlanılabilir. Alzheimer hastalığı için FDG-PET %75 sensitif- %100 spesifiktir Hoffman et al. (13). SPECT ise Alzheimer hastalığı için %84 sensitif, %96 spesifiktir Jagust et al. (14). BOS'de fosforile tau proteinin artışı ve Aβ42 proteinin azalması Alzheimer hastalığı için %95 duyarlı, %83 spesifiktir. CJH tanısında BOS'de 14-3-3 proteinin varlığı tanıya yardımcıdır. BOS'de 14-3-3 proteini CJH için %48 oranında sensitif, %66 oranında spesifiktir.

Yardımcı inceleme testlerinin önemi

Öykü, muayene ve kognitif değerlendirme sonrasında demansiyel sendrom düşünölen olgularda yardımcı tanı yöntemleri gündeme gelir, burada öncelikle unutkanlığa neden olabilecek biyokimyasal (vitamin B12, folat, troit fonksiyon testleri vs.) parametreler incelenmeli, unutkanlığa neden olabilecek durumlara müdahale edilmelidir. Demans tanısında elektroensefalografinin (EEG) Creutzfeld-Jacob hastalığının (CJH) tanısında önemlidir, bu vakalarda hastalığın erken evresinde EEG'de fokal yavaş dalgalar gözlenirken, ilerleyen dönemde periodik diken-dalga kompleksleri (1-2 Hz periodik diken-dalgalar, epileptiform değarlar veya trifazik dalgalar) fokal veya diffüz olarak gözlenebilir. Bu nedenle hastalığın tanısını koyarken seri EEG incelemelerine ihtiyaç vardır. CJH tanısı için EEG %50-66 sensitif, %74-91 spesifiktir. Klinik olarak demansı olmayan bir olguda beyin manyetik rezonans görüntülemedeki (MRG) atrofi dikkate alınmaz, ancak olgu klinik olarak demans tanısı almıősa, demansın tipini belirlemek için önemlidir. Alzheimer hastalığı için beyin MRG'de temporal kortekste gözlenen atrofi %90 sensitif, %93 spesifik iken hipokampusta gözlenen atrofi %94 sensitif - %100 spesifiktir. Bu nedenle Alzheimer tipi ve Alzheimer dışı demansların ayırımını yapmak için özellikle hipokampal bölgenin atrofisinin varlığına dikkat etmek gerekir. Beyin MRG değerlendirilirken kronik majör depresyon hastalarında da hipokampal atrofinin gözlenebileceği unutulmamalıdır. Beyin MRG'de çoğu CJH olgusunda MRG'de simetrik ya da asimetrik serebral korteks, bazal ganglion (kaudat-putamen) ve talamusta hiperintensite gözlenir. CJH tanısı için diffüzyon ve FLAIR MRG %92 sensitif ve %95 spesifiktir (12). Demans olgularında beyin MRG ile yeterli ayırım yapılamamıősa FDG-PET ve SPECT'den yararlanılabilir. Alzheimer hastalığı için FDG-PET %75 sensitif,- %100 spesifiktir Hoffman et al. (13). SPECT ise Alzheimer hastalığı için %84 sensitif, %96 spesifiktir Jagust et al. (14). BOS'ta fosforile tau proteinin artışı ve Aβ42 proteinin azalması Alzheimer hastalığı için %95 duyarlı, %83 spesifiktir.

CJH tanısında BOS'ta 14-3-3 proteinin varlığı tanıya yardımcıdır. BOS'ta 14-3-3 proteini CJH için %48 oranında sensitif, %66 oranında spesifiktir.

Sonuç

Sonuç olarak, rutin pratikte demans tanısında biyokimyasal testler, EEG, görüntüleme yöntemleri ve BOS incelemesi özellikle ayırıcı tanıda yardımcı olur esas tanı klinik ile koyulur.

Kaynaklar

1. Yener GG, Emek DD. Birinci Basamakta Demans ve Alzheimer Hastalığına Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2012;3:35-43.
2. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment. Am Fam Physician. 2002;65:2525-2534.
3. deSouza L, Sarazin M, Goetz C, Dubois B. Clinical investigations in primary care. Front Neurol Neurosci. 2009;24:1-11.
4. Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. Int J Geriatr Psychiatry. 2006;21:1078-1085.
5. Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, McIlroy SP, Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's disease. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:460-468.
6. Steffens DC, Maytan M, Helms MJ, Plassman BL. Prevalence and clinical correlates of neuropsychiatric symptoms in dementia. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2005;20:367-73.
7. Lyketsos CG, Lee HB. Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease. A practical update for the clinician. Dement Geriatr Cogn Disord. 2004;17:55-64.
8. Yener GG. Turkuaz Alzheimer Working (TAC) Group. The neuropsychiatric inventory scores change across the mini mental state examination ranges in patients with Alzheimer's disease: a multicenter study in Turkey. Cogn Behav Neurol. 2009;22:264-269.
9. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. Am Fam Physician. 2002;65:2263-2272.
10. Evlice A. Demografik Verilerin Nöropsikolojik Testler Üzerine Etkisi. Cukurova Medical Journal . 2016;41:528-532.
11. Çakmak S, Evlice A, Tamam L. Creutzfeldt-Jakob Hastalığı ve Psikiyatrik Belirtiler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22:631-664.
12. Nesteruk M, Nesteruk T, Styczyńska M, Barczak A, Mandecka M, Walecki J, Barcikowska-Kotowicz M. Predicting the conversion of mild cognitive impairment to Alzheimer's disease based on the volumetric measurements of the selected brain structures in magnetic resonance imaging. Neurol Neurochir Pol. 2015;49:349-353.
13. Hoffman JM, Welsh-Bohmer KA, Hanson M, Crain B, Hulette C, Earl N, Coleman RE. FDG PET imaging in patients with pathologically verified dementia. J Nucl Med. 2000;41:1920-1928.
14. Jagust W. Molecular neuroimaging in Alzheimer's disease. NeuroRx. 2004;1:206-212.

SEKONDER DEMANSLARI AYIRT ETME

6 BÖLÜM

Uzm. Dr. Turan Poyraz

Özel Medifema Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

turanpoyraz@gmail.com

Özet

Erişkin Merkezi Sinir Sistemi'nin hasarlanması sonucu, bilinç bulanıklığı olmaksızın, birden fazla kognitif alanın bozulması ve bununla ilintili olarak günlük yaşam aktivitelerinin eski düzeyinde sürdürülememesine neden olan, doğal seyri açısından kalıcı, sıklıkla da ilerleyici bir klinik tablo olan demanslar, öncelikli olarak primer ve sekonder olarak sınıflandırılır.

Sistemik, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığın seyri sırasında, mutad klinik gösterilerinin yanı sıra demansa da neden olması durumunda, söz konusu demans sekonder demanslar altında sınıflanır (Tablo 1).

Sekonder demanslar (SD) içerisinde en sık vasküler demanslar (VaD) gözlenmektedir. VaD'ler içerisinde ise en sık Multi İnfarkt Demans (MİD) gözlenmektedir. VaD etiyolojisi, alt tipleri ve klinik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. SD'ler, başlangıçlarının yavaş ya da hızlı seyirli, akut statik ya da akut progresif özellik göstermelerine göre sınıflandırılabilir. Diğer demans etiyolojilerine göre laboratuvar, görüntüleme teknikleri ve spesifik genetik tarama yöntemlerinin sıklıkla tanısız yaklaşım açısından gerekli olduğu demanslardır.

Klinik olarak bu demansların ayırıcı tanısı için hazırlanmış algoritmalar;

SD ne zaman düşünülmeli?

SD nedenleri nelerdir?

Akut başlangıçlı SD nedenleri nelerdir?

Hızlı ilerleyen SD nedenleri nelerdir?

Sorularına pratik yaklaşım amacıyla hazırlanmıştır.

Tablo 1. Sekonder demans nedenleri

Vasküler demanslar

Multi-infarkt demans
 Binswanger hastalığı
 Stratejik infarkt demansı
 CADASIL

Normal basınçlı hidrosefali**Toksik/Metabolik demanslar**

Wernicke-Korsakoff Hastalığı
 B12 vitamin eksikliği
 Hipotiroidi
 Kronik karaciğer hastalığı
 Organik çözücülere maruz kalma
 İlaçlar

Enfeksiyonlar

Herpes simpleks ensefaliti
 Nörosifilis
 Kronik menenjitler
 HiV-demans kompleksi
 Whipple hastalığı

Kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar

Neoplastik durumlar
 Subdural hematoma

Otoimmün/Enflamatuvar hastalıklar

Multipl Skleroz
 Behçet hastalığı
 Paraneoplastik limbik ensefalit
 VGKC ve NMDAR/AMPA kanalopatileri
 Granülatöz anjitis
 Primer sinir sistemi vaskülit
 NAIM sendromu

VGKC: Voltaj kapılı potasyum kanalı, NMDAR: N-Metil D-aspartat reseptörü, AMPAR: Kuiskualat reseptörü, NAIM: Non-vaskülitik otoimmün meningoensefalit

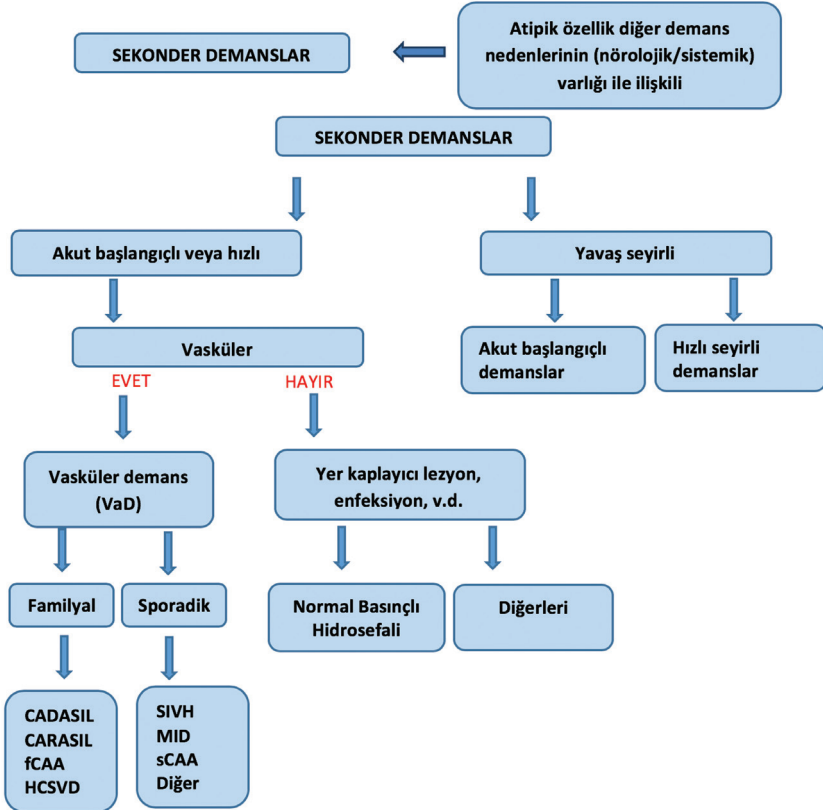
Tablo 2. VaD etiyoloji, alt tipleri ve klinik özellikleri

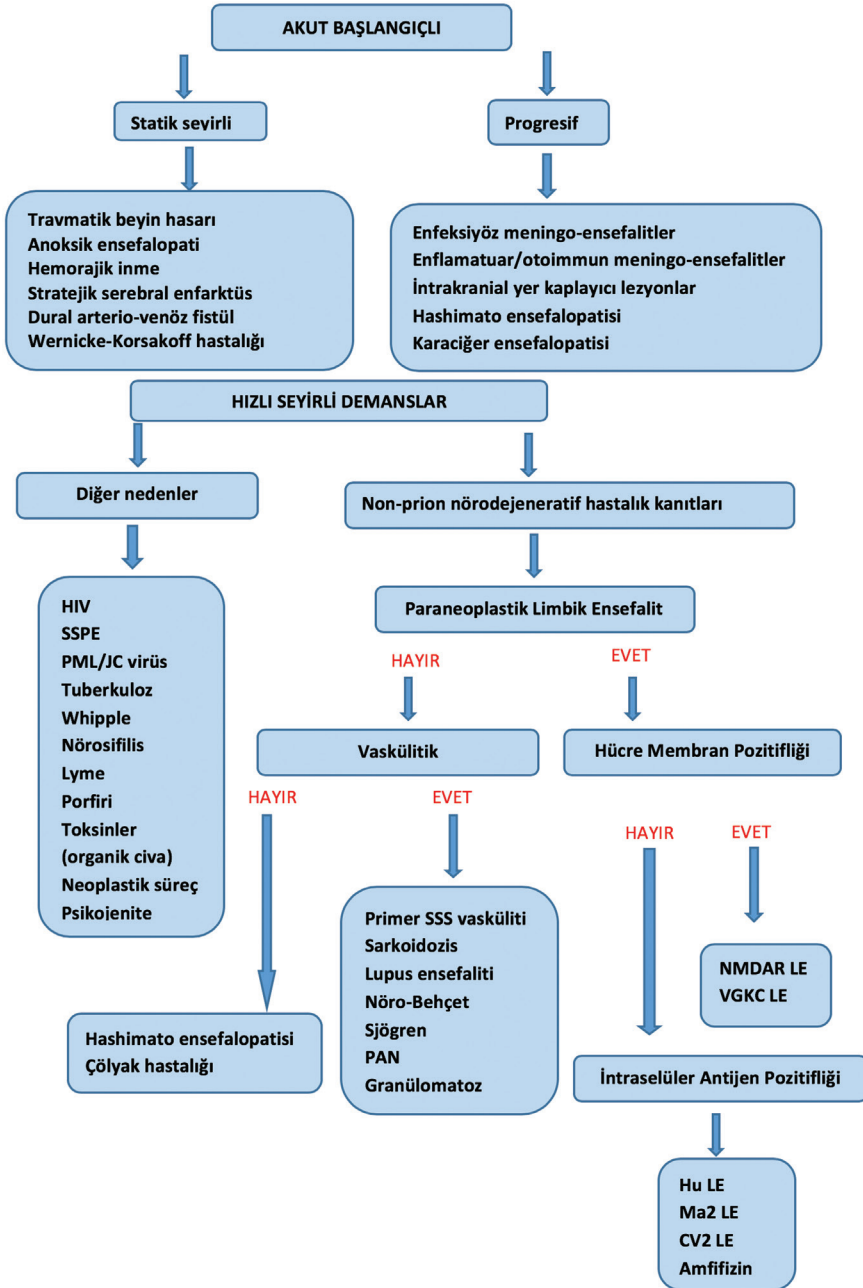
	Multi-infarkt demans	Laküner durum	Stratejik infarkt	Binswanger sendromu
Etiyoloji	Kardiyoemboli, karotis hastalığı, intrakraniyal tromboz	Arterioskleroz, amiloid anjiyopati, diğer küçük damar hastalığı	Arterioskleroz, amiloid anjiyopati, diğer küçük damar hastalığı, intrakraniyal tromboz	Arterioskleroz, amiloid anjiyopati, diğer küçük damar hastalığı, CADASIL
Damar alanı	Tek arter	Tek arter, küçük arteriyol	Tek arter	Sınır sulama alanı, küçük arteriyoller
Beyin hasarı mekanizması	Akut iskemi	Akut iskemi	Akut iskemi	Kronik hipoperfüzyon
Patoloji	Birden fazla bölgesel infarkt	Multipl laküner	Stratejik lokalizasyonlu tek infarkt	Demiyelinizasyon ve aksonal kayıp
Görüntüleme	Kortiko-subkortikal infarkt alanları	Derin gri madde ve frontal beyaz maddede laküner infarktlar	Medyal talamus, kaudat çekirdek, kapsula interna genusunda laküner infarkt	Peri, paraventriküler beyaz maddede lökoareozis/hiperintensite
Lokalizasyon	Geniş boyutlu nöro-kognitif şebekeler	Kortiko-striato-talamo-kortikal devreler	Kortiko-striato-talamo-kortikal devreler	Kortiko-kortikal bağlantılar
Klinik	Afazi, vizyo-spasyal bozukluk, hemiparezi, hemianopsi	Yürütücü bozukluk, psödobulber paralizi, vasküler parkinsonizm, üriner inkontinans	Yürütücü bozukluk, amnezi	Yürütücü bozukluk, yürüme bozukluğu, üriner inkontinans, sıklıkla yavaş seyir

Tablo 2. Etiyolojiye yönelik VINDIKOTE-P kısaltması

Vasküler (Multienfarkt demans, küçük damar hastalıkları, stratejik enfarktlar)
Enfeksiyöz/postenfeksiyöz (herpes ansefaliti, Sifiliz, HIV enfeksiyonları, kronik menenjitler-Tbc, kriptokok)
Neoplastik-paraneoplastik (Tümörler veya paraneoplastik ansefalopatiler)
Dejeneratif (Alzheimer, Lewy/Parkinson hastalığı demansı, Fronto-temporal demanslar)
Intoksikasyon (hipoksik ansefalopati sekeli)
Konjenital/hereditör (Huntington hastalığı, metabolik kalıtsal sendromlar)
Otoimmün, immün (SLE, Behçet hastalığı ve diğer otoimmün ansefalopatiler)
Travmatik/yapısal (travmatik ansefalopati, hidrosefali)
Endokrin/metabolik/nütrisyonel (tiroit ve sürrenal bozukluklar, tiamin, vitamin B12 eksikliği)
Psikiyatrik (gelişecek demansiyel sendromun bir parçası olarak ya da psödodemans olarak)

Klinik olarak bu demansların ayırıcı tanısı için hazırlanmış algoritmalar;





Kaynaklar

1. Charidimou A, Gang Q, Werring DJ. Sporadic cerebral amyloid angiopathy revisited: recent insights into pathophysiology and clinical spectrum. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83:124-137.
2. Federico A, Di Donato I, Bianchi S, Di Palma C, Taglia I, Dotti MT. Hereditary cerebral small vessel diseases: a review. *J Neurol Sci*. 2012;322:25-30.
3. Geschwind MD, Shu H, Haman A, Sejvar JJ, Miller BL. Rapidly progressive dementia. *Ann Neurol*. 2008;64:97-108.
4. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C, et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:2672-2713.
5. Grysiwicz R, Gorelick PB. Key neuroanatomical structures for post-stroke cognitive impairment. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012;12:703-708.
6. Gürvit İH. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. İçinde; İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri, Nöroloji Kitabı, 2.Baskı, 2015.
7. Hebb AO, Cusimano MD. Idiopathic normal pressure hydrocephalus: a systematic review of diagnosis and outcome. *Neurosurgery*. 2001;49:1166-1184.
8. Jellinger KA. Pathology and pathogenesis of vascular cognitive impairment-a critical update. *Front Aging Neurosci*. 2013;5:17.
9. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1143-1153.
10. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Jr., Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. 2011;7:263-269.
11. Rossor MN, Fox NC, Mummery CJ, Schott JM, Warren JD. The diagnosis of young-onset dementia. *Lancet Neurol*. 2010;9:793-806.
12. Yamamoto Y, Craggs L, Baumann M, Kalimo H, Kalaria RN. Review: molecular genetics and pathology of hereditary small vessel diseases of the brain. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2011;37:94-113.

DEMANS HASTASININ BİLİŞSEL YETİLERİNİ DEĞERLENDİRME

7 BÖLÜM

Dr. Tuğba Uyar

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

tubaaayar@gmail.com

Özet

Demans biliş, işlev, davranış ve bakım gereksinimlerinde ilerleyici ve çoğu zaman geri dönüşsüz düşüşü olan bir hastalıktır. Demansta değerlendirme, hasta kaynaklı bilgilerin yanı sıra ek bilgilere dayanır. Demansın araştırılması ve bakımında kullanılmak üzere on yıllar boyunca birçok değerlendirme ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçekler karar vermedeki belirsizliği azaltmak, demans tanısı koymada, değişimi izlemede kullanılır ve testlerin büyük oranı kognitif bulgu ile becerilerin ölçümlemesine dayanır. Kognitif değerlendirmede hastanın özgeçmişi, eğitimi, yaşam standartları, iş bilgileri ve bunlardaki değişikliklerden yola çıkarak değişimi öğrenmek ve değerlendirme yapmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Demans, bilişsel durum muayenesi, kognitif değerlendirme

GİRİŞ

Nörolojik değerlendirmede, bilişsel yetilerin değerlendirilmesi anahtar rol oynamaktadır. Nörolojik değerlendirmede yapılanma, nöroaksisin farklı elementlerini kapsamaktadır ve bilişsel değerlendirme daha çok serebral yapı üzerine odaklıdır (1). Bilişsel durum muayenesi, her bir ana kavrama alanını değerlendirmek için alt bölümler halinde düzenlenmiştir. Bellek, dil, görsel algısal uzamsal işleyiş ve yönetici işlevler gibi bilişsel süreçler ve davranışlar hedeflenir (Tablo 1). Bu süreçler oldukça karmaşıktır. Bu nedenle, bilişsel işlevlerin sorgulanması sırasında gözlenen kognitif bozukluklar tek bir anatomik alana indirgenememektedir. Belirli bir anatomik alandaki bozukluğun lokalize edilmesinden ziyade, beyin-davranış ilişkileri konusundaki perspektifimiz, büyük ölçekli bir sinir ağı ya da nöronal bağlantıların bozulmasına odaklanan bir yaklaşımla daha tutarlıdır (2). Demansta bilişsel değerlendirmenin ilk amacı normal veya yaşa özgü değişiklikler ile patolojik süreçlerin ayırt edilebilmesi; ikincil amacı ise bozukluğun niteliğinin belirlenerek belli bir tanıya ulaşılmasıdır. Özetle tüm klinik nöropsikolojik enstrümantasyonun kognitif alanın değerlendirilmesi amaçlı geliştirildiği söylenebilir. Ancak, nöropsikolojik değerlendirme uzun ve zahmetlidir, görel olarak az sayıda profesyonelin sahip olabileceği karmaşık bir konuya hakim ve deneyimli bir nöropsikolog ister (3).

Tablo 1. Bilişsel durum değerlendirilmesi

	Bellek
Kognisyon	Yakın: Yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar Uzak: İlkokul öğretmeni, okuduğu okullar, evlilik, emeklilik tarihleri vb.
	Dikkat: Dalgalanma, konsantrasyon, çelenebilirlik
	Dil: Kelime bulma, anlama, okuma, yazma güçlükleri
	Görsel-mekansal işlevler: Yabancı/tanıdık mekanlarda dolaşabilme, yazı karakterinde (ortografik) değişiklik
	Yürütücü işlevler: Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
	Praksis: Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri
	Gnosis: Nesneleri tanıma, mekanda birbirinden ayırma

Bir hastanın değerlendirilmesi sırasında mental durum bileşenlerinin seçici ve spesifik olarak belirli bir kısmında bozukluklar ortaya çıkarılabilir. Demansta tipik olarak epizodik bellek bozulması sinisi olarak başlar daha sonra yürütücü işlev bozuklukları eklenir ancak sonunda neredeyse tüm bilişsel alanlarda etkilenme gözlenir (4). Kognitif performansın çoklu bileşenlerinin değerlendirilmesi bu nedenle oldukça aydınlatıcıdır. Ayrıntılı bir mental durum öyküsü ayırıcı tanıyı etkileyen semptomların başlangıç, zaman seyri ve ilerlemesini belirlemek için önemlidir. Örneğin bilişsel yetilerin akut olarak kötüleşmesi inme, kafa travması sonrası olabilmektedir. Kognitif yetilerde subakut bir gerileme enfeksiyöz, neoplastik hastalıklarda olmakta iken sinisi ve yavaş azalma daha çok nörodejeneratif durumlarda karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca mental durum muayenesi hastanın demografik ve kültürel özelliklerine bağlı olarak önemli derecede etkilenebilir. Bu nedenle hastanın kognitif ve davranışsal becerileri, eğitim, yaş ve kültürel alt yapı gibi faktörlerine göre etkilenebilmektedir. Örneğin, eğitim temel kelime bilgisini etkileyebilir, yaş yürütücü işlevini etkileyebilir ve etnik köken belirli nesnelerle ve sosyal normlarla olan aşinalığını etkileyebilir.

Nörolojik özgeçmiş

Hastanın ana yakınmasını dinledikten sonra kişinin bilişsel ve davranışsal hikayesinin gözden geçirilmesi oldukça önemlidir. Hastalık başlangıcının değerlendirilmesi kadar bilişsel yapılarındaki değişiklik ile her bir kognitif ve davranışsal alandaki farklılaşmaların gözden geçirilmesi esastır. Bunun nedeni hastanın ana yakınması hastalığın seyrini ve durumunu tam olarak yansıtmayabileceği içindir. Örneğin bir hasta yakın olayları hatırlayamadığından değil (örneğin; epizodik bellek) kelimeleri hatırlamada (örneğin; kelime bulma) güçlüğü olduğu bellek yakınmasını söyleyebilir.

Hastanın kendisi kadar aile bireylerinin, yakın arkadaşlarının veya huzurevinde kalıyorsa bakıcılarının hastanın kognitif ve davranışsal bulgularını belirtmesi oldukça belirleyicidir çünkü bazen hastanın kendisi bu konudaki iç görüşünü yitirmiş olabilir.

Bellek

Bellek problemleri, hastaya yeni bilgileri öğrenme ve geri getirme güçlükleri olup olmadığı şeklinde sorulabilir. Hastalar yapılan diyalogları unutabilirler ve son yapılan olayları tekrar tekrar

yakınlarına sorabilirler. Fatura ödemeyi unutmak ya da faturaları iki kez ödemeyi unutmak ve mağazaya gidip aynı gıda maddelerini tekrar tekrar satın almak endişe verici bellek zorluklarını temsil etmektedir.

Karşılaştırma yaparken bellek sorunları ile daha az ilgili durumların akılda bulundurulması faydalıdır örneğin anahtarların yanlış yerleştirilmesi ve otoparkta bir araba bulmakta zorluk yaşanması gibi yaşlanma ile ilişkili küçük bellek sorunlarını göstermektedir (5).

Dil

Birçok hasta dil üretiminde bir düşüş bildirebilir ve kelime bulma zorluğu yaşayabilir. Bazen bu, bir aile üyesinin veya tanıdık bir arkadaşının adını bulmakta zorluk şeklindedir. Başka bir zamanda da, hastalar nesnelerin isimlerini bulmakta zorluk yaşadıklarını belirtebilir. Kimi zaman bireyler bir kelimeyi başka bir kelimeyle değiştirmeyi veya yanlış anlaşılmayı rapor edeceklerdir. Bu yakınmalar bireyde hayat boyu olabilir yaşla birlikte sıklığında artış olabilir bu konuda farklı yakınmaların eklenmesi sağlıklı yaşlanmanın ötesindeki veriler olarak kaydedilmelidir. Bu yakınmaların her biri dikkatli olarak gözden geçirilerek değerlendirilmeli, gerçekten bir dil bozukluğu yapan (örneğin; yazarken heceleme güçlüğüne bağlı bozukluk mu, yoksa motor nedenlere bağlı gelişen yazma güçlüğü mü?) patolojik durumlar ayırt edilmelidir.

Görsel-algisal-mekansal beceri

Görsel-algisal-mekansal belirtilerin hasta bazında değerlendirilmesi yaşadıkları günlük değişen yaşam örnekleri üzerinden değerlendirilmesi oldukça zordur. Hastalarda araba kullanmada, paralel park etmede ve eşyalarını koydukları yeri bulmada zorluk yaşayabilirler (4). Hasta karmaşık bir görsel mekanda, örneğin bir kilerdeki belirli bir kavanozun tanımlanması gibi bir nesne bulmaya çalışırken, zorluk yaşadığını ifade edebilir. Hastalar yüzleri ve objeleri tanımakta zorluk çekebilir ve kişinin yüzünü tanıyabilmek için sesini duymaya veya bir nesneyi tanımadan önce ilişkili kelimelere ihtiyaç duyabilir (6). Giyinme zorluğu, evde odaların lokalizasyonunda güçlük ve lateralize ihmale bağlı düşmeler görsel-mekansal semptomların göstergesi olabilir. Burada önemli konu semptomların koordinasyon bozukluğuna mı yoksa ekstrapiramidal sistem patolojilerine mi bağlı olduğunun ayrımının yapılmasıdır. Hastalarda örnek figürlerin kopyalanmasının gözlenmesi görsel alandaki dejenerasyonu ortaya koyabilmektedir (7).

Yürütücü işlemler

Yürütücü işlev bozuklukları organizasyon ve planlama güçlüğü olarak ortaya çıkar. Hastalar daha önceden yapabildikleri çok bölümlü işlevleri yapamadıklarını belirtirler. Bunlar arasında yemek hazırlama, tatil organizasyonu yapma ve ev işleri bulunabilir (8). Hasta yakınları bireyin hayat tarzındaki değişiklikleri fark edebilirler; kişinin ev dışındaki aktivitelere katılmadıklarını diğer insanlardan aktiviteye başlamak için yardıma ihtiyaç duymaya başladıklarını, başkaları ile iletişim sırasında güçlük çekmeye başladıklarını ifade edebilirler. Hastalar başkaları ile konuşma sırasında çelinebilirlikleri arttığı için başlattıkları konuşmayı tamamlamayabilirler. Araba kullanma sırasında çevrenin kontrolü ve sürüş kabiliyeti gerektirdiği için yürütücü fonksiyonların kaybı nedeni ile güçlük yaşanabilir. Hasta odaklanma zorluğu veya odaklanmada dalgalanmalar olduğunu belirtebilir (9).

Sosyal ve kişilik değişiklikleri

Aile yakınları hastanın iç-görüsündeki azalmalara bağlı yaşadığı sosyal zorlukları anlatarak hastanın kişiliği ile ilgili ipuçları verebilir. Yabancılar eskiye göre daha yakın davrandığı ve ailesel sırlarını çekinmeden anlattıklarını söyleyebilirler. Hastanın güvenilir bir yakınından mental durumunu belirten sosyal ve kişilik değişikliklerini belirten ifadelerin olması hastalığın tespiti için önemlidir.

Kaynaklar

1. Vercelletto M, Lacomblez L, Renou P. [Measurement instruments and assessment scales for frontotemporal dementia]. *Rev Neurol (Paris)* 2006;162:244-252.
2. Aghajafari F, Pond D, Catzikiris N, Cameron I. Quality assessment of systematic reviews of vitamin D, cognition and dementia. *BJPsych Open* 2018;4:238-249.
3. Gürvit H, Baran B. Scales in Demantia and Cognitive Disorders. *Archives of Neuropsychiatry* 2007;44:58-65
4. Silverberg NB, Ryan LM, Carrillo MC, Sperling R, Petersen RC, Posner HB, et al. Assessment of cognition in early dementia. *Alzheimers Dement* 2011;7:e60-e76.
5. Butters N, Delis DC, Lucas JA. Clinical assessment of memory disorders in amnesia and dementia. *Annu Rev Psychol* 1995;46:493-523.
6. delpolyi AR, Rankin KP, Mucke L, Miller BL, Gorno-Tempini ML. Spatial cognition and the human navigation network in AD and MCI. *Neurology* 2007;69:986-997.
7. Possin KL. Visual spatial cognition in neurodegenerative disease. *Neurocase* 2010;16:466-487.
8. D'Onofrio G, Panza F, Sancarlo D, Addante F, Solfrizzi V, Cantarini C, et al. Executive Dysfunction Detected with the Frontal Assessment Battery in Alzheimer's Disease Versus Vascular Dementia. *J Alzheimers Dis* 2018;62:699-711.
9. Kounti F, Tsolaki M, Kiosseoglou G. Functional cognitive assessment scale (FUCAS): a new scale to assess executive cognitive function in daily life activities in patients with dementia and mild cognitive impairment. *Hum Psychopharmacol* 2006;21:305-311.

DEMANS HASTASININ İŞLEVSEL YETİLERİNİ DEĞERLENDİRME

BÖLÜM 00

Dr. Esra Acımen Demirel

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

esraaciman@yahoo.com

Özet

Demansta işlevsellikte bozulma kognitif yıkılıma bağlı olarak sokakta, evde, kendine bakımda günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bozulmadır. Demansta GYA'nın bozulması tanı kriterlerinden biridir. GYA, temel GYA (TGYA) ve enstrümental GYA (EGYA) olmak üzere 2 ana grupta değerlendirilir. TGYA, giyinme, banyo, tuvalet, yeme, gezinme gibi kendine bakım becerilerini içerir. EGYA ise para idaresi, telefon kullanma, araba kullanma, yemek hazırlama, alışveriş gibi daha karmaşık becerileri içerir. Demansta işlevsel ölçekler GYA'larındaki bozulmayı saptamayı hedefleyen ölçeklerdir. Demanslı hastanın fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi kişinin özellikle yasal ve finansal konularla ilgili olarak bakım gereksinimini planlamak açısından önemlidir. Ayrıca, kendine bakım kapasitesinin ölçülmesi, hastanın evde veya bakımevinde gözetim altında olması veya hemşire bakımı gerekip gerekmediğinin tespiti açısından faydalıdır. GYA'larındaki bozulmayı gösteren birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekler arasında, GYA/EGYA Ölçeği, Blessed Demans Derecelendirme Ölçeği-Alzheimer Hastalığı için bir Kayıt Kurulması Konsorsiyumu versiyonu, Fiziksel Kendine Bakım Ölçeği, GYA Alzheimer Hastalığı Kooperatifi Çalışma Etkinlikleri, GYA Katz İndeksi sayılabilir. Bir demans evrelendirme ölçeği olan Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği'nin (CDR) 6 ekseninin toplam puanı, CDR-Kutu Toplamları Skoru olarak bir işlevsel ölçek amacıyla da kullanılabilir. Bu derlemede demansta kullanılan işlevsel ölçekler ve özellikleri gözden geçirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Demans, işlevsellik, günlük yaşam aktiviteleri

GİRİŞ

Demansta işlevsellikte bozulma kognitif yıkılıma bağlı olarak sokakta, evde, kendine bakımda günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bozulmadır. İşlevsellikteki bozulma; sokakta GYA (iş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler), evde GYA (hobiler, ev aytıkları kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisi) ve kendine bakım (yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, tıraş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolü) da bozulma

şeklinde tanımlanır (1). Demanslı hastalarda kognitif yıkılıma bağlı olarak GYA'nın bozulması tanı kriterlerinden biridir (1,2).

Kognitif bozukluk (yürütücü fonksiyon ve bellek bozukluğu, apraksi, agnozi, disfazi), davranışsal ve psikolojik semptomlar (depresyon, apati, ajitasyon, halüsinasyonlar, başıboş dolaşma, amaçsız ve uygun olmayan aktiviteler), ilerleyen evrelerde motor bozukluklar da GYA'da bozulmanın en önemli nedenidir. Malnutrisyon, metabolik bozukluklar, duyuşal bozukluklar (görme, işitme), vücut kitle indeksi artışı ve azalması, hipertansiyon, diabetes mellitus gibi komorbid durumlar GYA'daki bozulmayı etkiler. Yine bakıcı stresi, bağımlılığın pekişmesi, negatif sosyal davranış, evlilik durumu gibi sosyal faktörler de GYA'yı etkiler (3-6). Demansta işlevsel ölçekler GYA'lardaki bozulmayı nicel olarak saptamayı hedefleyen ölçeklerdir. GYA'lardaki bozulmayı gösteren birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu tür çok sayıda ölçek arasında, GYA/enstrümental GYA (EGYA) Ölçeği, Blessed Demans Derecelendirme Ölçeği-Alzheimer Hastalığı için bir Kayıt Kurulması Konsorsiyumu versiyonu (BDRS-CERAD), Fiziksel Kendine Bakım Ölçeği (PSMS), Alzheimer Hastalığı Kooperatifi Çalışma Etkinlikleri-GYA, GYA Katz İndeksi sayılabilir. Bir demans evrelendirme ölçeği olan Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği'nin (CDR) 6 ekseninin toplam puanı, CDR-Kutu Toplamları Skoru olarak bir işlevsel ölçek amacıyla da kullanılabilir (1). GYA ile görsel mekansal işlevler, semantik bellek ve dikkat-yürütücü işlevler arasında yüksek korelasyon çalışmalarda gösterilmiştir. Araştırmacılar artık GYA'yı incelerken sadece bilgi işleme hızını ya da akıcılığı değerlendirmek yerine telefon kullanmak gibi günlük hayat aktivitelerine odaklanmanın önemini vurgulamaktadır. Bu tür ölçeklerde sözel bellek ve akıl yürütme işlevlerini ölçen nöropsikolojik testler ile GYA arasında ilişki gösterilmiştir (7).

Günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmesi

GYA, temel GYA (TGYA) ve enstrümental GYA (EGYA) olmak üzere 2 ana grupta değerlendirilir. TGYA, giyinme, banyo, tuvalet, yeme, gezinme gibi kendine bakım becerilerini içerir. EGYA ise para idaresi, telefon kullanma, araba kullanma, yemek hazırlama, alışveriş gibi daha karmaşık becerileri içerir (3,6). Alzheimer hastalığında problemler önce EGYA'da gözlenmeye başlar ve ileri evrede TGYA'daki becerileri etkiler. Hastalığın ileri evrelerinde hastalar bakıcıya bağımlı hale gelir (6).

Yapılan çalışmalarda TGYA ile EGYA'nın ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği öngörülmüş, hastaların TGYA'larında bağımsız olduklarında bile EGYA'da bağımlı olabilecekleri gösterilmiştir (8). EGYA'nın değerlendirilmesi erken evre Alzheimer hastalığında (AH) ve diğer demans tiplerinde de kritik bir yol gösterici olabilir (6,9). Fonksiyonel defisitlerin şiddeti birçok çalışmada demans hastalarındaki mortaliteyle doğrudan korele bulunmuştur (3). GYA'nın bozulmasını sırasıyla konuşma, ambülasyon kaybı, inkontinans, sonrasında oturma, postür ve beslenmenin kaybı izler. Hijyen bozulması ve inkontinans genellikle geç dönemde ortaya çıkar ve ileri evre demansın göstergesidir (10). Fonksiyonel değerlendirme demanslı hastanın prognozunun değerlendirilmesine de yardımcı olur (6). GYA'nın değerlendirilmesi demans tanısının spesifite ve sensitivitesini artırabilir (11).

Demanslı hastanın fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi kişinin özellikle yasal ve finansal konularla ilgili olarak bakım gereksinimini planlamak açısından önemlidir. Ayrıca, kendine

bakım kapasitesinin ölçülmesi, hastanın evde veya bakımevinde gözetim altında olması veya hemşire bakımı gerekip gerekmediğinin tespiti açısından faydalıdır (6,12). Fonksiyonel durumdaki kötüleşme, hastaların bakım veren bir kuruma yerleştirilmeleri ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (13-15). Fonksiyonellikte azalma bakıcı yükünü artırır, sağlık kaynaklarının kullanımını artırır (6,16,17).

Hastanın fonksiyonelliği 3 şekilde değerlendirilebilir. Hastanın anlatımı, hastaya bakan kişinin anlatımı ve performans ölçümü ile değerlendirilebilir. En iyi yöntem ev ortamında gözlemlemektir, ancak çoğu hastada bu mümkün değildir. Ölçekler uygulanır ve bu genellikle bakım veren kişi ile görüşülerek doldurulur (6).

Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirme Testleri:

Bu tip testler ileri evre AH'lerde kullanışlıdır. Hafif kognitif bozukluk, erken evre AH'lerinde TGYA bozukluk yoktur. Diğer demanslar açısından da ileri evrelerde kullanışlıdır.

Günlük yaşam aktiviteleri katz i ndeksi

Hastaya bakan kişilerin bilgi vermesine dayanan bir ölçektir. Performans ölçen genel bir ölçektir (18). Banyo, giyinme, tuvalet, pozisyon değişiklikleri, kontinans ve beslenme gibi öz bakım fonksiyonlarını değerlendirir, Demansa spesifik değildir. Uygulayıcının özel bir eğitim almasını gerektirmez. Sadece en temel özbakım fonksiyonlarını değerlendirir bu nedenle de normal veya normale yakın fonksiyonları olan kişilerdeki GYA performans değişikliklerine duyarlı değildir. İleri düzeyde demansı olan hastalarda kullanılabilir. Geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir (19-21). Toplam puan 0-6 arasındadır. Altı puan tam bağımsızlık göstegesi, 4 puan orta derecede bozulma, 2 ve 2'nin altı ciddi düzeyde fonksiyonel bozulmayı gösterir (EK-8).

Fiziksel kendine bakım ölçeği

Hastaya bakan kişilerin bilgi vermesine dayanan bir ölçektir. Demansa spesifik değildir (22). Kullanımının çok kolay olması nedeniyle avantajlıdır. Türkçe uyarlaması mevcuttur (1). Tuvalet, beslenme, giyinme, kişisel bakım, fiziksel ambülasyon, banyo olmak üzere 6 alanı değerlendirir. Her bir alan için bağımsızlık 1, diğer parametreler 0 olarak skorlanır. Toplam puan 0-6 arasındadır. Yüksek puan iyi işlevsellik göstergesidir

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri değerlendirme testleri

Sadece EGYA'larını ölçen testler erken evre AH ve demansta daha kullanışlıdır.

Blessed Demans Derecelendirme Ölçeği-Alzheimer Hastalığı için bir Kayıt Kurulması **Konsorsiyumu versiyonu**

Blessed ve ark. tarafından geliştirilmiş olan BDRS (117) 2 kısımdan oluşur: BDRS ve Blessed enformasyon bellek konsantrasyon testi. BDRS 11 maddelik GYA ve 11 maddelik davranışsal değerlendirmeden oluşur. CERAD, bu ölçeğin sadece GYA ile ilgili kısmını alarak BDRS-CERAD versiyonunu oluşturmuştur (23,24). Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması mevcuttur (EK-9) (1).

Lawton ve brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği

Performansa dayalı bir ölçektir. Yaşlı insanların bağımsız yaşam becerilerini, her gün kullandıkları araçlarla ilgili performansı değerlendirmeyi tasarlamaktadır (25). Bu beceriler, Katz

GYA endeksi tarafından ölçülen günlük yaşamın temel faaliyetlerinden daha karmaşık olarak kabul edilir.

8 madde içerir; telefon kullanma, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, temizlik, yolculuk yapabilme, ilaçlarını kullanabilme, parayı idare edebilme. Her bir soru hasta yakınından alınan bilgiler doğrultusunda bağımlılık düzeyine göre (0=bağımsız, 1=bağımlı) göre skorlanır. Toplam skor 0-8 arasındadır. Toplumda EGYA performansındaki ana bozuklukları saptamada yeterli duyarlılığa sahip gibi gözükmeyle birlikte daha hafif bozuklukları saptayamayabilir (26). Türkçeye uyarlanmış (1).

İşlevsel faaliyetler anketi ve günlük yaşam aktiviteleri

GYA'ya ait performansı değerlendirir. Bakım verenin verdiği bilgilere dayalı olarak değerlendirir. Demans spesifiktir, özellikle evrede faydalıdır, çok daha kompleks günlük aktiviteleri değerlendirmede EAGY'den daha fazla sensitivite göstermiştir. Türkiye'de Selekler ve ark. (7) tarafından norm belirleme çalışmaları yapılmıştır. On adet karmaşık soru 0-3 puan arasında değerlendirilir. Toplam skor 0-30 puan arasında değerlendirilir. İşlevsel Faaliyetler Anketi'nde yer alan 10 adet faaliyetin üç ya da daha fazlasından, 9 ya da daha fazla puan almak bağımlılık göstergesi olarak kabul edilmektedir (EK-10).

Hem Temel Hem Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini Değerlendiren Ölçekler:

Bu testlerin tek bir ölçekte daha büyük bir aralığı değerlendirebilmektedir.

Performans ölçekleri

Diğer ölçeklerden daha hassas olmalarına rağmen, çok zaman aldıkları için çok yaygın kullanılmamaktadırlar. İşlevsel durumun doğrudan değerlendirilmesi (27), bağımsız yaşam ölçeğinin yapısal değerlendirmesi (28) GYA Performans testi (29) bu ölçeklere örnektir.

Bilgi veren kişiye dayalı ölçekler

Bu tip ölçekler demans ilaç çalışmalarında yaygın şekilde kullanılmaktadır. Genellikle iyi geçerlilik ve güvenilirliğe sahiptirler.

Modifiye Eski Amerikan Kaynakları ve Hizmetleri Prosedürleri Enstrümanı:

Fillenbaum tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, TGYA ve EGYA'larını değerlendiren 2 alt ölçekten oluşur. Lawton ve Brody'nin geliştirdiği EAGY ve PSMS'den modifiye edilmiştir. Jenerik bir ölçektir, demanslı hastalarda validasyon çalışması yapılmamıştır. Sorular hasta yakınlarına yöneltilir ve hastanın kapasitesini değerlendirmesi istenir. Dokuz temel, 7 EGYA sorgulanır. Aktivitede tam bağımsızlık 0, hafif bozukluk ya da yardım ihtiyacı 1, tam bağımlılık 2 puan alır (30). Modifiye Eski Amerikan Kaynakları Enstrümanı adıyla anılan bu ölçeğin Türkçe uyarlaması mevcuttur (1).

Alzheimer hastalığı kooperatifi çalışma etkinlikleri

Demans spesifik bir ölçektir. Demans şiddetinin geniş bir aralığında fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek üzere yapılandırılmış bir ankettir. Her bir madde tam bağımsızdan tam bağımlıya doğru hiyerarşik olarak sıralanmış şekilde düzenlenmiştir ve 0-78 arasında puanlanır, düşük skorlar bağımlılığı gösterir. Hasta yakınına uygulanır. Bu ölçek 12 ay üzerinde değişikliklere duyarlılık göstermektedir. Mini Zihinsel Devlet Sınavı (MMSE) ile koreledir, iyi geçerlilik ve

güvenilirliğe sahiptir (31,32) Türkçe uyarlaması yapılmıştır ve toplumumuzda yaşayan Alzheimer hastalarının takibinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir (2,3)

Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği

Yönetmelikte EK-2’de yer alan “Erişkinler için Engelli Sağlık Kurulu Raporları Engel Oranları Alan Kılavuzu” heyete başvuran bireylerin bağımlılık/bağımsızlık durumlarının değerlendirilmesinin “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği” yapılarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (EK-7). Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği esas olarak nörolojik sekin değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçeğe göre maksimum puan 125, minimum puan 18’dir. Motor alanda 13, bilişsel alanda 5 soru vardır. Kendine bakım, sfinkter kontrolü, transfer, yer değiştirme, iletişim ve sosyal algılama sorgulanır. Her bir soru başlığında 6 ve 7 puanlar başkalarının yardımı olmadan kendi başına görevi yerine getirmeyi tanımlarken, 1 ve 2 puanlar sırasıyla görevin yerine getirilmesi için tam yardım ve maksimal yardım gereksinimini ifade eder. Beş puan sadece sözel yardım ve yönlendirme gereksinimini belirtirken 4 ve 3 puanlar sırasıyla minimal ve orta derece yardım gereksinimine karşılık gelirler. Yönetmeliğe göre fonksiyonel bağımsızlık ölçeğinin engellilik değerlendirilmesi istenen her bireye uygulanması istenmekle birlikte test için bir kesme değeri belirtilmemiştir. Görüşümüze göre pratikte fonksiyonel bağımsızlık ölçeği özellikle kısmi engelliliğin değerlendirilmesinde ve hastanın engellilik açısından takibinde faydalı olacaktır.

Sonuç

Bu ölçeklerden hangisinin kullanılacağına karar vermede önemli olan neyi amaçladığımızdır.

Güvenilir bir hasta yakını varsa, hasta yakınının bilgi vermesine dayalı ölçekler kullanılabilir. Fakat güvenilir bir bilgi veren yoksa performansa dayalı ölçekler kullanılabilir. MMSE ve CDR gibi tarama testleri problemi saptar fakat değişik demans tipleri arasında ayırım yapamaz. Ayrıca çoğu tarama testi, entelektüel fonksiyonları yüksek ve eğitilmiş hastalardaki ılımlı demansa duyarlı değildir.

Kullanılacak testlerin hastanın demografik özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) esnek düzenlenmiş olması, dile ve kültüre uyarlanmış ve standardize edilmiş olması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış olması gereklidir. Hiçbir testin skoru tek başına değerlendirilmemeli, klinik öykü ve değişik testlerin sonuçları bir kognitif profil oluşturmak üzere kullanılmalıdır (3,12). Demansta işlevsellik değerlendirilmesi için sık kullanılan ve Türkçe’ye uyarlanan testler ekler kısmında bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Gürvit İH., Baran B. Scales in Demantia and Cognitive Disorders. Archives of Neuropsychiatry. 2007;44:58-65
2. İnce A, Mavioğlu H, Eser E. Adaptation to Turkish Community and Reliability-Validity of ADCS-ADL Scale. J Neurol Sci [Turk]. 2011;28:4-13.
3. İnce A. ADCS-ADL Ölçeğinin Türk toplumuna Uyarlanması ve Geçerlilik-Güvenilirliği. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
4. Barberger-Gateau P, Fabrigoule C, Amieva H, Helmer C, Dartigues JF. The disablement process: a conceptual framework for dementia-associated disability. Dement Geriatr Cogn Disord. 2002;13:60-6.

5. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999;48:445-469.
6. Desai AK, Grossberg GT, Sheth DN. Activities of daily living in patients with dementia: clinical relevance, methods of assessment and effects of treatment. *CNS Drugs*. 2004;18:853-785.
7. Selekler K, Cangöz B, Karakoç E. Adaptation And Norm Determination Study Of The Functional Activities Questionnaire (FAQ) On Turkish Adults (Ages 50 And Over). *Turk J Neurol*. 2004;10:102-107.
8. Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Chronic Dis*. 1987;40:481-489.
9. Bachman DL, Wolf PA, Linn RT, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, et al. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study. *Neurology*. 1993;43:515-519.
10. Thal LJ, Grundman M, Klauber MR. Dementia: characteristics of a referral population and factors associated with progression. *Neurology*. 1988;38:1083-1090.
11. Gauthier S, G  linas I, Gauthier L. Functional disability in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 1997;163-165.
12. G  l İ. Demansın Hukuki Boyutları. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstit  s   Hukuk Yüksek Lisans Programı; 2012.
13. Riter RN, Fries BE. Predictors of the placement of cognitively impaired residents on special care units. *Gerontologist*. 1992;32:184-190.
14. Newens AJ, Forster DP, Kay DW. Dependency and community care in presenile Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry*. 1995;166:777-782.
15. Knopman DS, Berg JD, Thomas R, Grundman M, Thal LJ, Sano M. Nursing home placement is related to dementia progression: experience from a clinical trial. *Alzheimer's Disease Cooperative Study*. *Neurology*. 1999;52:714-718.
16. Potkin SG. The ABC of Alzheimer's disease: ADL and improving day-to-day functioning of patients. *Int Psychogeriatr*. 2002;7-26.
17. Brodaty H, McGilchrist C, Harris L, Peters KE. Time until institutionalization and death in patients with dementia. Role of caregiver training and risk factors. *Arch Neurol*. 1993;50:643-650.
18. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20-30.
19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Katz Index of activities of Daily living. In: *Handbook of psychiatric Measures*. Washington DC: American Psychiatric Association. 2000;130-131.
20.   zkan Pehlivano  lu EF, Özkan MU, Balcio  lu H, Bilge U,   nl  o  lu İ. Ya  lılar için Katz Günlük Ya  şam Aktiviteleri   l  einin Türkçe'ye Uyarlanması ve G  venilirli  i. *Ankara Med J*. 2018;219-223.
21. Wallace M, Shelkey M; Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *Urol Nurs*. 2007;27:93-94.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily. *Gerontologist*. 1969;9:179-186.
23. Fillenbaum GG, van Belle G, Morris JC, Mohs RC, Mirra SS, Davis PC, et al. Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD): the first twenty years. *Alzheimers Dement*. 2008;4:96-109.
24. Rossetti HC, Munro Cullum C, Hynan LS, Lacritz LH. The CERAD Neuropsychologic Battery Total Score and the progression of Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2010;24:138-142.
25. Lawton MP, Brody EM. Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton IADL): *Handbook of psychiatric Measures*. Washington DC: American Psychiatric Press. 2000:131-133.
26. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *Am J Nurs*. 2008;108:52-62.

27. Loewenstein DA, Amigo E, Duara R, Guterman A, Hurwitz D, Berkowitz N, et al. A new scale for the assessment of functional status in Alzheimer's disease and related disorders. *J Gerontol.* 1989;44:P114-21.
28. Mahurin RK, DeBettignies BH, Pirozzolo FJ. Structured assessment of independent living skills: preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia. *J Gerontol.* 1991;46:P58-66.
29. Kruiansky J, Gurland B. The performance test of activities of daily living. *Int J Aging Hum Dev.* 1976;7:343-52.
30. Fillenbaum GG. Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33:698-706.
31. Galasko D, Bennett D, Sano M, Ernesto C, Thomas R, Grundman M, et al. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 1997;2:S33-39.
32. Galasko D, Bennett DA, Sano M, Marson D, Kaye J, Edland SD, et al. ADCS Prevention Instrument Project: assessment of instrumental activities of daily living for community-dwelling elderly individuals in dementia prevention clinical trials. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2006;20:S152-69.

DEMANS HASTASININ DAVRANIŞSAL YETİLERİNİ DEĞERLENDİRME

BÖLÜM 6

Uzm. Dr. Ahmet Onur Keskin

Başkent Üniversitesi Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Adana, Türkiye

aonurkeskin@gmail.com

Özet

Demans sendromu semptomatolojisinde temel olarak üç kardinal alan etkilendirir. Bu üç kardinal alanın değerlendirilmesi ve normale özgü süreçlerin patolojik olanlardan ayırt edilmesi ile demans tanısına ulaşılmaya çalışılır. Davranışsal bulgular; kişilik değişikliklerini (apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk), duygudurum bozukluklarını, algı bozukluklarını (görsel ve diğer halusinasyonlar), düşünce bozukluklarını (hezeyenler) ve davranış bozukluklarını (amaçsız ve tekrarlayıcı hareketler, dolanma-adımlama, ajitasyon-saldırganlık) kapsar. Davranışsal belirtileri değerlendirmek için Alzheimer hastalığında Davranış Patolojisi Ölçeği, nöropsikiyatrik envanter, frontotemporal demansta frontal davranışsal envanter ve nöropsikiyatrik envanter kullanılabilir. Yaşlı ve demanslı hastalarda depresyon ve ajitasyonu değerlendirmek için geliştirilmiş özel ölçeklerin kullanılması doğru değerlendirme yapılabilmesi için çoğu zaman gereklidir. Bu bölümde demans hastalarının davranışsal yetilerini değerlendirmesi için sık kullanılan ölçekler tartışılmıştır

Anahtar Kelimeler: Demans, BEHAVE-AD, frontal davranışsal envanter, nöropsikiyatrik envanter

Davranışsal belirtilerin şiddetini saptamak, zaman içindeki değişimlerini ve ilaç tedavisine yanıtlarını değerlendirmekte davranışsal ölçekler kullanılabilir (1). Farklı davranış bulgularını ve davranış bulgularının farklı demans tiplerinde değerlendirilmesi için geliştirilmiş ölçeklerden yararlanılabilir (Tablo 1). Sağlık kurulunda demans hastalarını “Klinik Demans Skoru” ölçeğini kullanarak değerlendirmemiz istenmektedir. Bu ölçekte hastanın ve hastaya bakım veren yakınlarının hayatlarında ciddi zorluklara yol açan davranış bulguları ayrıntılı olarak değerlendirilmemektedir. Bu ölçek klinik pratikte sıklıkla Alzheimer hastalarının değerlendirilmesi için kullanılmakta olup diğer demans tiplerinin değerlendirilmesinde yetersiz kalabilmektedir. 20 Şubat 2019 tarihinden itibaren yürürlükte olan “Erişkinler İçin Engelli Sağlık Kurulu Raporları Engel Oranları Alan Kılavuzu” gereğince, organik kişilik bozukluğu, frontal lob sendromu, postkontüzyonel sendrom “Geçici Fonksiyon Kaybına Yol Açan Ruhsal Hastalıklar” başlığı altında yer almaktadır. Bu başlık esas olarak psikiyatri uzmanlarının kullandığı bir alt başlık olup, yönetmeliğe göre

Tablo1. Demansta davranış bulgularını değerlendirme ölçekleri			
ÖLÇEKLER	Kullanıldığı alanlar	Türkçe uyarlama	Türkçe standardizasyon
BEHAVE-AD	Alzheimer hastalığı davranışsal bozukluklar	VAR	YOK
Nöropsikiyatrik Envanter	Demansta davranışsal değerlendirme	VAR	VAR
CERAD-BRSD	Alzheimer hastalığında davranışsal değerlendirme	YOK	YOK
Frontal Davranışsal Envanter	Frontotemporal demans ayırıcı tanısı	VAR	VAR
Geriatrik Depresyon Ölçeği	Geriatri ve demansta depresyon	VAR	YOK
Cornell Demansta Depresyon Ölçeği	Demans hastasında depresyon değerlendirilmesi	VAR	VAR
Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri	Demansta ajitasyonun değerlendirilmesi	VAR	YOK
Yaşlılarda Saldırgan davranış İçin değerlendirme Ölçeği	Demansta ajitasyon ve saldırganlık	VAR	YOK
Apati Değerlendirme Ölçeği	Apati, ilgi kaybının değerlendirilmesi	VAR	VAR

davranış bozukluğu ile giden organik kişilik bozukluğu hastalarının psikiyatristler tarafından değerlendirilmesi istenmektedir. Bizce bu grup hastaların altta yatan organik bozukluğunun tam olarak anlaşılabilmesi için nöroloji hekimleri tarafından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu durum giderilmesi gereken bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır.

BEHAVE-AD

Alzheimer Hastalığında Davranış Patolojisi Ölçeği (BEHAVE-AD; Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale): Reisberg ve ark. (2) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçekte davranış semptomlarının yedi kategorisi gözden geçirilir. Gerekli bilgi hastaların bakım verenlerinden klinik gözlemler sonucunda elde edilir. Yedi kategori; paranoid ve hezeyanlı fikirler, halüsinasyonlar, aktivite rahatsızlıkları, saldırganlık, günlük ritim bozuklukları, affektif rahatsızlıklar, anksiyete ve fobileri içerir.

Alzheimer hastalığında görülen hezeyanlar olan sadakatsizlik, hırsızlık, terk edilme ve düşünce bozuklukları iyi bir şekilde değerlendirilebilir.

Sorular semptom şiddetine göre 0-3 puan arasında puanlanır. Paranoid ve hezeyanlı fikirler bölümünde 7 (toplam puan 21), halüsinasyonlar bölümünde 5 (toplam puan 15), aktivite bozuklukları bölümünde 2 (toplam 6 puan), saldırganlık bölümünde 3 (toplam 9 puan), dirunal ritim bozuklukları bölümünde 1 (toplam 3 puan), affektif bozukluklar bölümünde 2 (toplam 6 puan), anksiyete ve fobiler bölümünde 4 (toplam 12 puan) soru ile değerlendirme yapılır.

Genel değerlendirme bölümünde de 54 bu semptomların bakıcıya oluşturduğu tehlike 0-3 puan arasında (0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: ileri derecede) bir puan alır. Ölçekten alınan toplam puan toplam 0-78 arasında değişir.

Nöropsikiyatrik Envanter

Günümüzde araştırmalarda ve davranışsal semptomların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Hezeyanlar, halüsinasyonlar, ajitasyon/saldirganlık, depresyon/disfori, anksiyete, elayon/öfori, apati/kayıtsızlık, disinhibisyon, irritabilite/labilite, anormal motor davranışlar, uyku/gece davranışları, iştah/yeme değişimleri olmak üzere toplam oniki farklı semptomatik alan değerlendirilir (3). Tarama soruları ile ilgili alanda semptom olup olmadığı değerlendirilir. Eğer semptom varsa semptomun sıklığı ve şiddeti değerlendirilip puanlanır. Semptom sıklığı ve şiddetinden elde edilen puanlar çarpılıp o alanla ilgili puan hesaplanır. Tüm puanlardan elde edilen puanların toplamı azami 144 puan olabilir.

Frontal Davranışsal Envanter

Fronto-temporal demansa kişilik değişiklikleri, davranış bozuklukları, yürütücü işlev bozuklukları sıklıkla eşlik eder. Frontal davranışsal envanter (FBI) frontotemporal demans ile diğer demans tiplerinin ayırıcı tanısında faydalıdır (4). Test toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Skorlama hafif (1 puan), orta (2 puan), ağır (3 puan) olarak yapılır. FBI hastalığı iki farklı kısımdan oluşur. İlk kısımda hastanın motivasyon kaybı ve negatif semptomları değerlendirilir. Bu kısımda elde edilen skor negatif davranış skorunu verir. İkinci kısım disinhibisyon ve uygunsuz davranışlarla ilgilidir. Bu kısımdan elde edilen skor "disinhibisyon" skorunu belirler. Bu iki kısımdan elde edilen skorların toplanması ile FBI skoru hesaplanır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale)

Demansa depresyonun değerlendirilmesi, demans tablosunun klinik özelliklerinin depresyonla benzeşebilmesi ve ağır depresyonun demans benzeri bir tabloya yol açması nedeni ile zordur. Depresyonun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılagelen Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri gibi ölçekler yaşlı ve demanslı hastaların değerlendirilmesinde yetersiz kalabilmektedir. Yesavage ve ark. (5) tarafından yaşlı ve demanslı hastalarda depresyonun değerlendirilmesi amacıyla Geriatrik Depresyon Ölçeği geliştirilmiştir. Toplam 30 sorudan oluşur. Sorular evet ve hayır olarak cevaplanır. Hastanın kendisi tarafından veya muayene eden tarafından doldurulabilir. Sağduyu (6) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Depresyonu olan yaşlılarda kesme noktası 13 ile 14 puanlar arasında alındığında duyarlılığının 0,90, özgüllüğünün 0,97 olduğu bulunmuştur. Sınır değer 14 olarak alındığında duyarlılık: 0,80 özgüllük: 1,0 yüksek bulunmuştur. İleri evre demanslar için testin duyarlılığı ve özgüllüğünde düşme olması nedeni ile ayırt ediciliği azalmaktadır (1).

Cornell Demansa Depresyon Ölçeği

Orta-ileri evre demanslı hastalarda depresyonu değerlendirmek için faydalıdır (1). Topam 19 madde vardır. Önce hasta yakınından bilgi alınarak değerlendirme yapılır. Sonra hasta gözlemi yapılır. Hasta ve hasta yakını görüşmesi arasında bir uyumsuzluk olduğu düşünülürse, son olarak hasta yakını ile görüşülerek her maddenin şiddeti değerlendirilir (7). On puanın üzeri muhtemel depresyon tanısı, 18 puanın üzerinde ise depresyon tanısı düşünülür. Amuk T. (8),

Türk demanslı hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve geçerlilik yüksek oranda anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri

Demanslı hastalarda ajitasyonu değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir (9). Özellikle dil bozukluğu olan hastalarını ve tedaviye cevabı değerlendirmekte faydalıdır (1). Ajite davranışlar 29 soruluk bir liste ile sıklığa göre (0: hiçbir zaman, 7: her saat defalarca) skorlanır. Türkçe uyarlaması vardır fakat Türkçe standardizasyonu yapılmamıştır.

Yaşlılarda Saldırgan Davranış İçin Değerlendirme Ölçeği

Demansta ajitasyon ve saldırganlığı değerlendirmek için kullanılır. Bakımevi personeli tarafından doldurulabilir, tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde faydalıdır (10). Toplam 21 sorudan oluşur. Türkçe uyarlaması vardır, Türkçe standardizasyonu bulunmamaktadır.

Apati Değerlendirme Ölçeği

Apati bilinç değişikliği, kognitif etkilenme ve emosyonel distresse atfedilemeyen motivasyon kaybı olarak tanımlanmaktadır. Marin ve ark. (11) tarafından geliştirilen apati değerlendirme ölçeği bireylerin günlük yaşamdaki hobileri ve uğraşlarına, bunlardan zevk almasına odaklanmakta ve bu alanlardaki yitimini ölçmektedir. Ölçek 18 maddeden oluşur ve son 4 hafta dikkate alınarak skorlama yapılır. En düşük puan 18, en yüksek puan 72'dir. Türkçe uyarlama ve geçerlilik çalışması Gülseren ve ark. (12) tarafından yapılan ölçeğin Türkçe versiyonu için herhangi bir kesme puanı belirlenmemiştir.

Kaynaklar

1. Gurvit H, Baran B. Scales in Demantia and Cognitive Disorders. *Neuropsychiatry*. 2007;44:58-65.
2. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int Psychogeriatr*. 1996;8:301-308; discussion 351-354.
3. Cummings JL, Mega M, Gray K. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-2314.
4. Kertesz A, Nadkarni N, Davidson W, Thomas AW. The Frontal Behavioral Inventory in the differential diagnosis of frontotemporal dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2000;6:460-468.
5. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatric Res*. 1983;17:37-49.
6. Sagduyu A. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile Karşılaştırmalı Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması *Türk psikiyatri Dergisi*. 1997;8:3-8.
7. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23:271-284.
8. Amuk T, Karadag F, Oğuzhanoğlu N, Oğuzhanoğlu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14:263-271.
9. Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:722-727.
10. Patel V, Hope RA. A rating scale for aggressive behaviour in the elderly-the RAGE. *Psychol Med*. 1992;22:211-221.
11. Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res*. 1991;38:143-162.
12. Gülseren Ş, Atun Ç, Erol A, Aydemir Ö, Çelebisoy M, Kültür S. Apati değerlendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2001;38:142-150.

DEMANSTA GLOBAL EVRELENDİRME ÖLÇEKLERİ

10 BÖLÜM

Uzm. Dr. Didem Uz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ozdidem12@gmail.com

Özet

Sağlık kuruluna objektif veya subjektif semptomlarla başvuran bir hastada demans kavramından söz edebilmemiz için, bellek bozukluğu ve zihinsel işlevlerdeki azalmaya davranış ve kişilikteki değişikliklerin eşlik ettiği, psikososyal performansta bozulma ile sonuçlanan bir sendromu tanımlamamız gerekmektedir. Demans tanısı ancak ve ancak ayrıntılı bir klinik öykü ve dikkatli bir klinik değerlendirme ile konur. Kognitif değerlendirmenin amacı doğru tanı koymak ve demans evresini belirlemektir. Tüm alt grupları genelleyecek olursak, demansta progresyon globaldir ve kognitif işlevselliğin tüm alanlarında etkilidir. Kognitif muayenede üç temel kardinal alan (kognitif, davranışsal ve işlevsel) ve bunlara sıkça eşlik edebilecek alanlarda (motor, uyku, otonom) tüm başlıkların eksiksiz ve pratik bir şekilde sorgulanıp derecelendirilebilmesi için uygun ölçeklerin kullanılması ve daha önceden tasarlanmış bir algoritmanın izlenmesi gerekmektedir. Uygun materyal ile evrelendirme, hastalığın şiddeti konusunda bilgi verir; tedavi seçeneklerine karar vermede ve hastalığın izlenmesinde yardımcı olur. Kognitif bozukluğun şiddetini ve/veya demansın evresini derecelendirmekte kullanılan en önemli iki ölçek; Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği ve Global Bozulma Ölçeği'dir. Mini Mental Durum Muayenesi her ne kadar bir yatak başı tarama testi olarak tasarlanmış olsa da bilişsel durumun derecesi ile ilgili bilgi vermektedir. Fonksiyonel değerlendirme evrelemesi ise de işlevselliği değerlendiren bir test olup klinisyen tarafından hasta ile ilgili tüm bilgiler alındıktan sonra doldurulup derecelendirilir.

Anahtar Kelimeler: Demans, demansta evrelendirme, minimental durum muayenesi, Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği, Global Bozulma Ölçeği

Giriş

Bilişsel yetersizliği olan hastanın sağlık kurulunda değerlendirmesi hasta ile birlikte birden çok kişiyi ilgilendirmekle birlikte; vesayet durumu, hastanın yeterliliğinin değerlendirilmesi, karar verme yetisinin olup olmadığı, hastanın kendisine bakıp bakamayacağı, mali varlıklarını yönetme yeterliliğinin olup olmadığı, araç kullanabilirliği ve istismar gibi önemli konularda

kısa bir sürede doğru kararı vermek hekimin sorumluluğundadır. Bu kısa sürede tıbbi açıdan kanaat belirtilirken, bu kararın sosyal, ekonomik ve tıbbi yanları, bu karardan kimin etkilendiği, nasıl etkilendiği sorularına da aslında cevap aranmaktadır. Bu nedenle kognitif durumun derecelendirilmesi son derece önemlidir.

Kognitif bozukluklar büyük ölçüde öznel ve sosyokültürel görecelik sergilerler. Bu göreceliklerin kafa bulandırıcı etkilerini en aza indirmek için hasta ve hasta yakını ayrı ayrı sorgulanmalı; ölçekler kognitif, davranışsal ve işlevsel durumu eksiksiz sorgulayacak nitelikte ve pratik olmalıdır. Bu amaçla pratikte kullanılan en önemli iki test Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) ve Global Bozulma Ölçeği'dir (GDS).

Demans evrelendirilmesinde kullanılan ölçeklerden pratik ve en yaygın kullanılanı kolaylıkla 10 dakikada uygulanabilen ve 11 sorudan oluşan Kısa Mental Durum Muayene testidir (MMSE). Farklı tanı gruplarında bir yatak başı tarama testi olarak kullanılan MMSE'nin tüm bilişsel alanlardaki bozulmaları kapsadığı kabul edilmektedir. Mental durum muayenesi ile oryantasyon, dikkat, yakın hafıza, uzak hafıza, lisan, yürütücü fonksiyonlar, yapılandırma, görsel-uzaysal işlevler, gnozi, praksi gibi kognitif fonksiyonlar kısaca araştırılır. Yirmi dört-otuz puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ağır demansla uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, vizyospasiyel yetenekleri test eder. Hastanın durumu ile ilgili genel bir fikir vermesi açısından son derece yararlıdır; ancak yalancı negatif ve yalancı pozitif olabilmekle birlikte hasta yakını gözlemi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgi içermediği için kesin demans evresinin belirlenmesinde yetersiz kalmaktadır.

Hafif kognitif bozukluk, ağır demans, frontal lob demansı, eğitim düzeyi düşük olanlarda yalancı pozitif sonuç; eğitim düzeyi yüksek olanlarda yalancı negatif sonuç alınabilir. Yaş, eğitim, etnik grup, lisan gibi çeşitli etmenler test sonuçlarını büyük oranda etkiler. Bu testler belirgin demansta kullanışlı olup, erken dönemdeki silik kognitif değişiklikler ve geç dönemde duyarsızdır.

Demans evrelemesinde en sık kullanılan test; tüm demans gruplarını evrelendirmek üzere 1993 yılında Morris ve ark. (7) tarafından tasarlanmıştır ve halen benzer şekilde uygulanmaktadır. Hasta ve yakınıyla ayrı ayrı yapılacak olan görüşme ve mental durum muayenesi sonrasında muayene eden klinisyen tarafından doldurulur.

Toplam 6 eksen (bellek, oryantasyon, yargılama-problem çözme, ev dışında işlevsellik, ev yaşamı-hobiler, kişisel bakım), görüşme ve muayene sonuçları yargılanarak 5 puan üzerinden (0, 0,5, 1, 2, 3) derecelendirilir ve bu ölçeğin altı ekseninin toplamına karşılık gelen "kutu toplamı skoru (KTS)" bir işlevsel skor olarak kullanılabilir.

Evreleme için bellek puanı esastır. Eğer en az 3 eksenin puanı bellek puanının üstünde ya da altında değilse, evre bellek puanı ile aynı kabul edilir (aksi halde 0 3 eksenin puanı evreyi belirler). Buna istisna olarak; üç kategorinin puanı bellek puanının bir tarafında, diğer iki kategorinininki ise diğer tarafında ise evre bellek puanıdır. Bellek puanı 0,5 ise evre 0 olamaz, diğer kategorilerin puanına bağlı olarak 0,5 ya da 1 olmalıdır. Bellek puanı 0, fakat en az iki kategori 1 ya da daha fazla ise evre 0,5 olmalıdır.

Evre 0 normal yaşlılık, evre 0,5 şüpheli demans, evre 1 erken evre, evre 2 orta evre, evre 3 ileri evre demans anlamına gelir. Evre 0,5 klinik olarak sıklıkla hafif kognitif bozukluğa karşılık gelirken bu evredeki hastalar bazen erken evre Alzheimer tipi demans kriterlerini de karşılar. Bu altı eksenin puanlarının toplamı (CDR-KTS) bir işlevsel bozulma ölçeği olarak kullanılır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafınca ortak standart bir dil ve bakış açısı oluşturmak amacıyla geliştirilen İşlevsellik Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması'nda demans, mental durum, kognitif fonksiyonlar ve yüksek kortikal fonksiyonlarla ilgili özürölülük oranı yüzdesi belirlenirken CDR'den yararlanılır (Tablo 1). Tablo 1'den elde edilen klinik demans skoru Tablo 2'deki ilgili sütuna yerleştirilerek özür oranı bulunur (Tablo 2).

Global Bozulma Ölçeği

En sık kullanılan iki global evrelendirme skalasından biridir. 1982 yılında Reisberg ve ark. (8) tarafından geliştirilmiştir. Hastaların klinik durumu ve mental kapasitesi sorgulanarak demansı yedi evreye ayırır, bunlar; sağlıklı birey, normal yaşlanma, hafif kognitif bozukluk, hafif demans, orta şiddette demans, orta-şiddetli demans ve şiddetli demans evreleridir. Bellek bozukluğunu toplam 7 puanlık bir şiddet ölçeğinde değerlendiren bu test daha sonradan yine yedilik şiddet ölçeğine dayandırılan işlevsel (Fonksiyonel Değerlendirme Evrelendirmesi) ve kognitif (Kısa Kognitif Derecelendirme Ölçeği) değerlendirme ölçeklerinde temel alınmıştır.

GDS 1-Bellek yakınması olmayan normal yaşlı,

GDS 2-Subjektif bellek yakınmaları olan kaygılı yaşlı *GDS 1* ve *GDS 2: CDR* Evre 0,

GDS 3-Objektif bellek yakınması: *CDR* Evre 0,5,

GDS 4-Bellek dışına taşan semptomlar: *CDR* Evre 1,

GDS 5-Orta evre demansa karşılık gelen işlevsel bozukluklar: *CDR* Evre 2,

GDS 6, GDS 7-Ağır davranışsal sorunlarla giden ağır demans, yatağa bağımlı: *CDR* Evre 3.

Demans düşünülen bireylerde GDS uygulanmadan önce nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar dışlanmalıdır. Skalanın avantajı çok hafif bozukluk ve ciddi bozukluğu tanımda üstün ve güvenilir olması, dezavantajı ise güvenilirliği sağlamak için eğitimli uygulayıcı gerektirmesidir.

Yönetmeliğe göre özür durumuna göre özür oranı %50 ve üzerinde olduğu tespit edilen hastalardan günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine özürölü sağlık kurulu tarafından karar verilen kişiler ağır özürölü olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda Klinik Demans Skoru 8 ve üzeri olan hastaların ağır özürölülük açısından heyette değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık kurulunda hasta değerlendirildikten sonra demans evresi konusunda varılan kanaatin geçerlilik süresi de önem taşımaktadır. Demansın progresif özelliği dikkate alınırsa, ağır demans kriterlerini karşılayan hastalarda ömür boyu kanaat belirtilebilir. Travmatik beyin hasarı, anoksik ensefalopati, inme ile akut başlangıç sonrası durağan seyreden bir kognitif tabloda olduğu gibi statik seyirli demanslar ise çoğunlukla ani bir şekilde başlarlar, başlangıç anındaki maksimum hasarın ardından nöroplastisite mekanizmaları devreye girer ve bu hasar onarım çabasına paralel bir klinik iyileşme beklenir. Birinci yılın sonunda ise nöroplastisite eforu pratik olarak biter. Birinci yılın sonunda hala tam bir düzelme sağlanamamışsa izlenen kognitif problemler statik

Tablo 1. Klinik Demans Skoru

Klinik Demans Skoru					
	0,0	0,5	1,0	2,0	3,0
Hafıza	Hafıza kaybı yok veya kalıcı olmayan, hafif hafıza kaybı	Kalıcı hafif unutkanlık; olayları kısmen hatırlar, benign unutkanlık	Orta derecede hafıza kaybı; yeni olaylarda daha belirgin; defekt günlük aktivitelerde karışıklıklara neden oluyor	Şiddetli hafıza kaybı; sadece iyi öğrenilen materyal hafızada tutulmakta yenileri çabucak hafızadan silinmekte	Şiddetli hafıza kaybı sadece fragmanlar kalır
Oryantasyon	Tam oryante	Zaman oryantasyonunda hafif zorluk dışında tam oryante	Zaman oryantasyonunda orta derecede zorluk; muayene ortamına oryante olsa da başka ortamlarda mekana dezoryante olabilir	Zaman oryantasyonunda şiddetli bozukluk; genellikle zamana sıklıkla mekana dezoryante	Sadece şahıs oryantasyonu kalmış
Yargılama ve problem çözme	Günlük hayat, iş ve finansal konulardaki problemleri çözer, geçmişteki performansıyla ilişkili olarak yargılama iyidir	Problem çözmede, benzerlik ve farklılıkları belirlemede hafif bozukluk	Problem çözmede, benzerlik ve farklılıkları belirlemede orta derecede bozukluk; sosyal yargılama genellikle sürdürülebilir	Problem çözmede, benzerlik ve farklılıklarda şiddetli bozukluk; sosyal yargılama genellikle bozulmuştur	Yargılama yapamaz ve problemleri çözemez
Toplumsal ilişkiler	Sosyal gruplar, istemli aktiviteler, alışveriş ve mesleğinde rutin düzeydeki işlerde bağımsız olarak fonksiyon görebilir	Bu aktivitelerde hafif bozukluk	Bu aktivitelerin bazılarında başarılı olsa da bağımsız olarak fonksiyon göremez. Yüzeyel muayenede normal görünür	Evinin dışında bağımsız hareket edemez. Sinema tiyatro vb sosyal aktivitelerle refakatli olarak katılacak derecede iyi görünür	Evinin dışında bağımsız hareket edemez. Sinema tiyatro vb sosyal aktivitelerle refakatli olarak bile katılamayacak derecede hasta görünür
Ev ve hobiler	Ev yaşamını, hobilerini ve entelektüel ilgisini sürdürebilmekte	Ev yaşamı hobileri ve entelektüel ilgisinde hafif bozulma	Ev içi faaliyetlerinde orta derecede ama mutlak bozulma, daha zor ev işleri, komplike hobiler ve ilgi alanları terk edilir	Sadece basit ev işlerini yapabilir ilgi alanları çok kısıtlanmıştır, zorlukla sürdürebilir	Evde belirgin olarak fonksiyonel değildir
Özbakım	Özbakımını tam olarak yapabiliyor	Özbakımını tam olarak yapabiliyor	Özbakım için destek, cesaret ve hatırlatmaya ihtiyacı vardır	Giyinme, hijyen ve bireysel ilişkiler için bile yardıma ihtiyacı vardır	Özbakımı için daha fazla yardıma gereksinimi vardır. Sık inkontinans

bir sekel olarak kalacaktır. Dolayısıyla bu grup hastanın olay anındaki özürsüzlük durumunun bir yıl sonra tekrar değerlendirilmesi gerektiği belirtilmeli, kontrol değerlendirmedeki kognitif yıkım derecesinin ise uzun süre aynı kalabileceği akıldan tutulmalıdır.

Tablo 2. Mental duruma göre özürsüzlük oranları

		Özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %
Hafif (KDS 4-7)	Arada sırada bazı bozulmalar görülse de günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebiliyor	25
Hafif-orta (KDS 8-11)	Günlük yaşam aktivitelerinin bazıları için yönlendirme gerektirecek derecede bozulma	50
Orta (KDS 12-15)	Günlük yaşam aktivitelerinin bir çoğu için yönlendirme ve destek gerektirecek derecede bozulma	70
Ağır (KDS 16-18)	Öz bakımını yapamaz, kendi emniyeti açısından kollanması gerekir	90
KDS: Klinik demans skoru		

Kaynaklar

1. Gürvit İH. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. In: A. Emre Öge (ed). Nöroloji içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004:407-409.
2. Kırbaş D. Adli Nöropsikiyatri. Nobel Tıp Kitapevleri, 2016.
3. Öktem Ö. Demansların Nöropsikolojik Değerlendirilmesi. In: Selekler K (ed). Alzheimer ve diğer. Ankara: Güneş Kitabevi, 2003.
4. Kumral E. Klinik Nöropsikoloji ve Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Güneş Kitabevi 2014.
5. Hughes C, Berg L, Danziger W, et al. A new clinical scale for the staging of dementia. Brit J Psychiatry. 1982;140:566-572.
6. Murden RA, McRae TD, Kaner S, et al. Mini-Mental State exam scores vary with education in blacks and whites. J Am Geriatr Soc. 1991;39:149-155.
7. Morris J. The clinical dementia rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology. 1993;43:2412-2414.
8. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982;139:1136-1139.
9. Gürvit H, Baran B. Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler. Nöropsikiyatri Arşivi. 2007;44:58-65.

GERİATRİK HASTALARDA PSİKİYATRİK VE GELİŞİMSEL BOZUKLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

11 BÖLÜM

Nazlı Durmaz Çelik¹, Ercan Altınöz²

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

doktornazli@hotmail.com

Özet

Sağlık kurulunda Alzheimer tipi demans ya da diğer sık görülen demansların muayenesi zorluklar içerse de, tanıdan emin olunduktan sonra belli bir çerçevede sağlıklı değerlendirme mümkündür. Ancak gelişimsel bozukluklara ve/veya psikiyatrik rahatsızlıklara sahip hastalarda demans tablosu görüldüğünde önceden varolan mental retardasyon ve/veya kognitif ya da davranışsal semptomlar kliniğin değerlendirilmesinde ve mevcut tablonun demans olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği konusunda kafa karışıklığına yol açabilmektedir.

Bipolar bozukluk, şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklarda, gelişimsel bozukluklarda ve Wilson, Niemann Pick tip C gibi metabolik hastalıklarda, Down sendromu gibi genetik rahatsızlıklar, multipl sklerozda ve dirençli epilepsilerde bilişsel kayıp hastalıkların doğası gereği görülmektedir ve bu grup hastalarda sağlık kurulunda kognitif değerlendirme ve demans tanısı daha da güçleşmektedir. Bu bölümde psikiyatrik, gelişimsel ve diğer kognitif yıkıma yol açan nörolojik hastalıkların geriatrik popülasyonda heyette nasıl değerlendirilmesi gerektiği ve değerlendirmede dikkat edilmesi gereken durumlar ve kullanılabilecek pratik ipuçları tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Demans, psikiyatrik bozukluklar, gelişimsel bozukluklar, kognisyon, geriatrik değerlendirme

PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN GERİATRİK DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Psikoz varlığında geriatrik değerlendirme

Psikoz bireyin gerçeği değerlendirmesinin bozulduğunu gösteren birçok hastalığı kapsayan bir durumdur. Genelde psikoz kliniğinde varsanılar ve sanrılar ön plandadır. Psikoz yalnızca şizofreni hastalığında değil sanrısız bozukluk, madde kullanım bozuklukları, kafa travması da dahil olmak üzere birçok kafa içi gelişen hadiselerde de görülür. Alzheimer hastalığı bağlamında da psikoz çok yaygındır ve özellikle yatan hastalarda sık görülen bir ajitasyon sebebidir.

Geriatrik popülasyonda majör nörokognitif bozukluklara eşlik eden psikotik semptomlar hastalığın gidişatına göre artabilir veya azabilir. Çoğu zaman hastalar semptomlarını tanımaz

veya bu semptomları tanımlama yeteneklerini kaybedebilirler. Bu da günlük pratikte majör nörokognitif bozukluğu ve psikoza olan hastaların değerlendirmesini zorlaştırmaktadır.

Majör nörobilişsel bozukluğun zemininde gelişen psikoz, demansiyel olmayan hastalıklarda gelişmiş psikoza göre oldukça farklıdır. Alzheimer hastalığındaki psikoz, sıklıkla daha hızlı bilişsel kayıp, yaş ve majör nörobilişsel bozukluğun süresi ile ilişkilidir. Diğer yandan cinsiyet, eğitim ve ailede psikoz öyküsü veya majör nörokognitif bozukluk öyküsü ile ilişkili değildir. Şizofreninin aksine majör nörokognitif bozukluk zemininde gelişen psikozda varansılar işitsel değil daha çok görseldir. Sanrılar, çoğu zaman karmaşık değildir ve genelde zarar görme, hırsızlık gibi temalarla ilişkilidir.

Psikoza olan bir yaşlı bireyin değerlendirmesinde öykü yol gösterici olmaktadır. Hem hastadan hem de hastayı uzun süreden beri tanıyan (gençliğini bilen) bir yakınından bilgi almak oldukça faydalıdır. Özellikle psikoz majör nörobilişsel bozukluklar bağlamında ortaya çıktığı zaman, kişinin doğru bir öykü vermesi zor olmaktadır. Ayrıca, hasta yakınları, kişinin premorbid kişilik yapısını ve işlevsellik düzeyini anlamamızda da yardımcı olabilirler. İyi bir öykü genellikle hastanın geç başlangıçlı bir psikoza mı yoksa erken başlangıçlı psikotik bozukluğa mı sahip olduğunu belirlemeye (böylelikle psikozun majör nörokognitif bir bozukluk zemininde ortaya çıkıp çıkmadığını ayırt etmeye) yardımcı olur. Daha önce hospitalizasyon öyküsü yine psikotik bozuklukları anlama ve sınıflandırmada önemli bir fikir verir. Erken başlangıçlı psikoz genç yaşlarda başlar ve yeti yitimiyle devam eder. Hastaların alevlenmeler nedeniyle genellikle birden çok hastaneye yatışı söz konusudur. Geç başlangıçlı psikoz için travma öyküsü ve madde kullanım öyküsü detaylıca sorgulanmalıdır. Erkekler için askerlik öyküsü de çoğu zaman fikir vermektedir. Erken başlangıçlı psikozda bireyler çoğu zaman bu hastalık nedeniyle askerliğe elverişsiz olarak saptanmış ya da psikoz tanısını psikososyal stresörlerin yoğun olduğu askerlik sürecinde almış olurlar. Bu bağlamda askerliğin yapılıp yapılmadığının öğrenilmesi erkek hastalar için önemlidir. Majör nörokognitif bozukluk zemininde ortaya çıksın çıkmasın, geç başlangıçlı psikoz değerlendirirken durumun genel tıbbi duruma ikincil geliştiğini düşündürecek bilgiler şunlardır: ileri yaş ve ani başlangıç, görsel varansılar, eşlik eden yönelim bozukluğu ve/veya konfüzyon, eşlik eden başka tıbbi belirtilerin olması, alkol madde kullanım öyküsü olması, aile öyküsü gibi erken başlangıçlı psikoz lehine bulgu olmaması.

Değerlendirme için öykü kadar önemli bir basamak da kapsamlı bir fizik muayene ve ruhsal durum muayenesidir. Ruhsal durum muayenesinde saptanacak afektif küntlük, düşünce içeriğinde azalma gibi belirtiler hem erken başlangıçlı psikoz için hem de nörokognitif bozukluk zemininde gelişen psikoz için ortakken, varsanı tipi ve sanrı çeşidi çoğu zaman yol gösterici olmaktadır. Bunun yanı sıra hastaların kullanmakta oldukları antipsikotikler nedeniyle gelişmesi olası ekstrapiramidal sistem yan etkilerini kayıt altına alabilmek için Anormal İstemsiz Hareket Ölçeği uygulanabilir. Nörobilişsel değerlendirme için standartize mini mental test ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi (MOCA) kullanılabilir. Geç başlangıçlı psikozda nöropsikolojik bulgular, frontal lob fonksiyonunda ve sözel bellekte genel azalmayı göstermektedir. Bu grubu değerlendirirken premorbid işlevsellik ve bilişsel fonksiyon testleri zaten düşük olanlardaki bozulmayı tespit etmek kolay olmayabilir. Bu noktada öykünün ve hasta dışındaki kaynaklardan edinilmiş veriler kıymet kazanır. Rutin laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme de özellikle genel tıbbi duruma bağlı gelişen geç başlangıçlı psikoza tanımayı kolaylaştırır.

Depresyonda geriatrik değerlendirme

Depresyon normal yaşlanmanın bir parçası değildir. Yaşamın geç dönemindeki depresyon çoğu kez fark edilmemekte ya da yetersiz biçimde tedavi edilmektedir. Geriatrik bireydeki depresyon, yaşamında ilk kez depresyon ile başvuran (geç başlangıçlı depresyon olarak bilinir) yaşlı yetişkinleri ve gençliklerinde de depresif bozukluğu olan hastaları kapsar. Geç yaşam depresyonu olgularının yaklaşık yarısı veya daha fazlası geç başlangıçlı depresyondur. Geç başlangıçlı depresyon erken başlangıçlı olana göre klinik olarak daha yoğun anhedoni ile, daha fazla bedensel belirtilerle ve apatiyle seyreder. İntihar riski yüksektir ve bilişsel kayıplar sıktır.

Geriatrik popülasyonda bilişsel şikayetler genellikle depresyon ile birlikte görülür. Psödo demans olarak adlandırılan bu durumun demanstan ayrımı oldukça önemlidir. Bununla birlikte, altta yatan bir nörobilişsel bozukluk, depresyon başlangıcından da önce gelebilir. Aynı zamanda depresyonun kendisi majör nörobilişsel bozukluk için bir risk faktörüdür. Çalışmalar, depresyon ile nörokognitif bozukluk arasında güçlü bir ilişki olduğunu açıkça göstermiş olsa da, belirsiz olan şey, depresyonun kimilerinin önerdiği gibi nörokognitif bozukluk için bir öncül olup olmadığıdır. Bununla birlikte, depresif ve bilişsel semptomların zaman çizgisini belirlemek için ayrıntılı bir öykü tanı koymaya yardımcı olacaktır.

Depresif yakınmalarla başvuran bir yaşlının değerlendirilmesinde depresyon için rutin laboratuvar çalışmaları (tam kan sayımı, B12, folat, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının, tiroid fonksiyonlarının ve elektrolitler) dışında özellikle beslenme durumunu da değerlendirebilmek adına kalsiyum, albumin, magnezyum, fosfat da istenmelidir. Hipotiroidi, multipl skleroz (MS) ve Parkinson hastalığının depresif belirtilere neden olabileceği akılda tutulmalıdır (1,2,3,4).

2. Gelişimsel bozuklukların geriatrik değerlendirilmesi

Down sendromunda geriatrik değerlendirme

Down sendromu (trizomi 21) mental retardasyonun en sık genetik nedenidir ve 50 yaş altı demansların en büyük grubunu oluşturur. Yaşam beklentisinin ve süresinin uzaması nedeniyle ileri yaş (özellikle 60 yaş üzeri) Down sendromlularda demans değerlendirmesi günümüzde artık önem arz etmektedir.

Down sendromunda ortalama demans başlama yaşı tüm çalışmalarda 60 yaşından önce olarak bildirilmiştir (5,6). Kognitif semptomlar 40 yaşından sonra ortaya çıkar ve ilerleyicidir. Kognitif bozulma 40-49 yaş arasında %55, 60-69 yaş arası %77 ve 70 yaş üzerinde %100'dür.

Down sendromunda 21. kromozdaki amiloid prekürsör proteinin üç kopyasının bulunması nedeniyle Alzheimer tipi demans (ATD) normal popülasyona göre çok daha sıktır ve en sık görülen demans türüdür. Down sendromunda 30-39 yaş grubunda ATD prevalansı %9,4 iken 60-69 yaş arası bu oran %54'e yükselmektedir (7,8), diğer demanslar çok nadir görülür. Down sendromlu hastalarda erken belirtiler klasik ATD'den farklı olarak davranış ve kişilik değişiklikleri, yürütücü işlevlerde bozulma, dürtüsellik, ilgisizlik, apati gibi prefrontal bölge semptomlarıdır ve bellek bozukluğundan daha ön plandadır. Bu durum özellikle yakınmaları 40 yaş öncesi başlayan hastalarda daha belirgindir. Daha ileri dönemde ise klasik ATD ile uyumlu bellek sorunları ortaya çıkar. Bu durumun nedeni ATD patolojisinin dağılım şeklindeki farklılıktan olabilir.

Ancak Down sendromundaki tüm kognitif bozukluğun sadece demanstan kaynaklanmadığı akılda tutulmalıdır. Hastada eşlik eden mental retardasyon, hipotroidi, depresyon ve 45 yaşından sonra epilepsi başlaması demans tablosunu ağırlaştıran faktörlerdir (8). Down sendromunda demansın tanısı ve değerlendirmesi yukarıda bahsedildiği gibi eşlik eden öğrenme güçlüğü, nöropsikiyatrik ve davranışsal semptomlar ve dahili-nörolojik ek hastalıklar nedeni ile zorluklar içerir. Hastalarda görülen ani kötüleşmelerde tedavi edilebilecek psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklar için uyanık olunmalıdır.

Mevcut demans tanısı olan Down sendromunu değerlendirmek kolaydır ancak yeni tanı koymada zorluklar bulunur. Klinik değerlendirme hastaların öğrenme güçlüğü nedeni ile başlangıçtaki kognitif seviyelerindeki değişkenlik, sözel iletişim becerilerindeki düşüklük ve heterojen klinikleri nedeni ile standardize tanı testleri ile tanı koymak zordur. Tanı DSM ve ICD-10 gibi standardize kriterlere nazaran deneyimli bir klinisyenin yorumu ile konduğunda daha erken ve doğru olmaktadır.

Down sendromlu hastalarda demans değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken ipuçları şöyle sıralanabilir (7).

Hastanın anamnezi kendisinden ve en az altı aydır hastayı bilen bir yakınından alınmalı, yakınmaların başlangıcı, ilerleme hızı, eşlik eden epileptik nöbetlerin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Kişinin gelişim öyküsü ve önceki en iyi işlevsellik düzeyi sorgulanmalı, özellikle önceki kognitif durum ve günlük yaşam aktivitelerinde kötüleşme olup olmadığı sorulmalı var ise daha önce yapılmış kognitif testleri karşılaştırma için istenmelidir. Ayrıca ailede demans öyküsü ve hastanın eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ruhsal durum muayenesinde duygu durumu, gerçeği değerlendirme düzeyi, sanrı ve psikoz varlığı değerlendirilmelidir. Nörolojik muayenesi ve fizik muayenesi yapılmalı, fokal nörolojik defisit varlığı ya da endokrin bozukluklar değerlendirilmelidir.

Laboratuvar rutin hemogram biyokimya ve B12, folat, tiroid fonksiyon testleri ve kraniyal görüntülemesi istenmeli epilepsi şüphesi varsa elektroensefalografi yapılmalıdır. Kraniyal görüntüleme lezyon-inme varlığını ekarte etmek için değerlidir ancak demans tanısında değerlendirmesi güçtür. Down sendromundan ATD'de en sık mediyal temporal lob atrofisi görülür ancak demans olmayan DS'lerde de görüldüğü için tek başına demans tanısında faydası olmaz. Klinik ve anamnez ile birlikte değerlendirilmesi uygundur.

Nörokognitif testlerin sensitivitesi yüksek olması nedeniyle ileri düzey mental retardasyon ve demans hastalarında genel geçer kullanılan testlerin kullanıma uygun olmadığı gösterilmiştir. Mini mental durum değerlendirme testi ve MOCA mental retardasyonu olan hastalarda kullanıma uygun değildir. Bu grup hastalarda öncelik hastaların premorbid kognitif durumunu ve işlevselliğini bilmektir. Mental retarde hastalar için hazırlanmış bazı nöropsikolojik testler [örneğin; Cambridge yaşlılarda zihinsel hastalıkların muayenesi, Cambridge kognisyon testi, NAID kognitif değerlendirme testi, Down sendromuna özel mini mental değerlendirme testi (MMSE-DS) gibi] vardır ancak hiçbirinin henüz Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yoktur.

Sonuç olarak, Down sendromlu hastalarda demansın klasik ATD'den farklı olarak daha çok kişilik ve davranış değişiklikleri ile başlayabileceğini bilmek ve bu yakınmalarla gelen hastalarda Alzheimer hastalığı semptomu olabileceğini akılda tutmak önemlidir. Standardize

testlerin yanlış sonuç verebileceği bilinmelidir. Bu nedenle önerilen özgül bir test yoktur. Hangi test yapılırsa yapılsın anamnez oldukça önem taşımaktadır. Kısa ve uzun süreli bellek, yönelim, iletişim seviyesi ve duyu durumu değerlendirilmelidir.

Hastanın premorbid kognitif durumu ve günlük yaşamdaki işlevselliğinin gözönüne alınması, demans tanısında testlerden çok klinisyen yorumunun daha önemli olduğu unutulmamalı ve sağlık kurulunda değerlendirme yaparken bu unsurla akılda tutulmalıdır.

3. Nörometabolik hastalıklarda geriatrik değerlendirme

Doğumsal ya da edinilmiş metabolik hastalıklar hücrel homeostaz bozukluklarına ikincil ilerleyici bilişsel yıkıma yol açabilir. Sıklıkla çocukluk çağında ve genç erişkinlikte görülsa de hastalığın ilerleme hızına göre özellikle edinsel formlarına geriatrik popülasyonda da karşılaşılabılır. Hastalığa göre hafif kognitif yıkımdan ağır ensefalopatiye kadar geniş yelpazede bir klinik ile karşımıza çıkar. Bu klinik çeşitlilik hücrel dekompanasyonun görüldüğü ve dejenerasyonun başladığı yaşın değişkenliğinden kaynaklanmaktadır. Bu bölümde klinik pratikte sağlık kurulu muayenesinde nadiren de olsa karşımıza çıkabilen metabolik demanslardan bahsedilecektir. Tablo 2'de kognisyonla ilişkili metabolik hastalıklar özetlenmiştir (9).

Tablo 2. Erişkin başlangıçlı kognitif bozulma ile ilişkili metabolik bozukluklar	
Edinilmiş	Doğumsal
Beslenme bozuklukları	Karbonhidrat / aminoasit / mitokondriyal enerji metabolizması bozuklukları
Asit-baz ve elektrolit bozuklukları	Vitamine yanıt veren bozukluklar
Endokrinopatiler	Nöro-transmitter metabolizması bozuklukları
Organ yetmezlikleri	Pürin-primidin/lipid-bilier asit metabolizma bozuklukları
Hipoksi - hiperkarpri	Hem metabolizması bozuklukları
Toksin ve ilaçlar	Elementer kofaktör ve metalloprotein /lizozomal makro molekül katabolizma bozuklukları

4. Edinilmiş metabolik demansların değerlendirilmesi

Genel olarak metabolik demanslarda heterojen klinik nedeni ile değerlendirme zordur, kognitif bulgular daha çeşitlidir, kimi zaman dalgalı bir tablo görülebilir. Eşlik eden başka nörolojik ve/veya psikiyatrik bulgular bulunur. Hastadaki hastalık öncesi durumu aktarabilecek bir bakımların anamnezde bulunması çok önemlidir. Tedavi edilebilir demanslar açısından da uyanık olunmalı, hasta uygun süre uygun replasman yapıldıktan sonra değerlendirmeye alınmalıdır. Ayrıca anamnezde yakın zamanlı ani bilinç değişikliği varsa özellikle artmış katabolik duruma yol açabilecek bir stres faktörü (açlık, inflamasyon, cerrahi, intoksikasyon travma, vb.) olup olmadığı kontrol edilmeli, varsa mevcut durumu stres yatıştıktan sonra hastanın fonksiyonelliğine karar verilmelidir. Lipid depo hastalıkları gibi makromolekül bozukluklarına ikincil demanslar subakut seyreder.

Erken başlayan metabolik demanslarda (<65) genel olarak çocukluk çağında gelişim geriliği öyküsü olur ve mevcut durumu değerlendirmek daha da zorlaşır, mutlaka öyküyü bilen bir yakından anamnez almak gerekir. Ailede benzer hastalığı olan bireylerin varlığı da bilgi verebilir. Hastaların diğer tüm demans tiplerinde olduğu gibi kullandığı ilaçlar sorgulanmalı, kognitif kötüleşme yaratabilecek olanlar varsa kesilmeli ve hasta öyle değerlendirilmelidir. Alkol kullanımı da önemli bir etkidir.

Bu hastalıklar sadece kognitif sorunlarla gelmez, eşlik eden diğer semptomlardan ötürü 'demans artı' sendromlar olarak kabul edilir, hastalar heyette değerlendirilirken nörokognitif değerlendirmenin yanı sıra gerekli ise sistemik, oftalmolojik ve dahili yönlerden de ilgili branşlara yönlendirilmelidir. Bu bölümde görece sık görülen metabolik demanslarda sağlık kurulu değerlendirmesinde dikkat edilecek noktalar özetlenmeye çalışılmıştır. Klasik nörokognitif testler kognitif yıkımın görüntüsünü göstermekte oldukça faydalıdır.

Beslenme bozuklukları ve endokrinopatiler

Özellikle sinir sistemi gelişimi ve hücrel döngüsünde kritik olan mikro ve makro besinlerin yokluğu kognitif yıkıma yol açar. Bu hasta grubunda heyette en çok dikkat edilmesi gereken yeterli süre yeterli replasman tedavisi alıp almadığıdır. Hastaların tedavisiz dönemde değerlendirilmesi, tedavi ile düzelebilecek bir tabloyu kalıcı kognitif kayıp gibi yorumlamamıza yol açabilir.

B grubu vitamin yetmezlikleri edinilmiş demansın büyük kısmını kapsar, klinik çeşitlidir. B1 (tiamin), B6 (niasin) ve kobalamin (B12) vitaminlerinin kronik yokluğu hafif konfüzyondan anterograd ve retrograd amneziye (Wernicke Korsakoff sendromu) kadar geniş yelpazede sorun görülebilir uzun süreli eksiklikte replasman kalıcı hasar gelişir. Marchiafava-Bignami hastalığında kronik demansiyel tabloda ideomotor apraksi ve psikiyatrik semptomlar tipiktir ve prognoz genelde kötüdür. Bu hastalarda kognitif testlerle değerlendirme yapılması uygundur (9). Endokrinopatiler içinde tiroid, paratiroid, adrenal bez bozuklukları, diyabet uzun süre tedavi edilmezse yaygın kognitif yıkım yaptığı akılda tutulmalıdır ve tüm kognitif alanları etkiler. Özellikle diyabette subkortikal demans tipiktir.

Erişkinde kognitif yıkıma yol açan doğumsal metabolik hastalıklar

Karbonhidrat metabolizması bozuklukları nöron içinde poliglikozan cisim birikmesine yol açan Lafora hastalığı gibi serebral glikogenez bozukluklarında frontal demans paterni ön plandadır ve görsel halüsinasyonlar görülür, erişkin tipinde semptomlar 40 yaş sonrası görülür, yürütücü işlev bozuklukları ön plandadır. Mitokondriyal sitopatilerden MELAS, MNGIE gibi hastalıklarda görsel konstrüksiyonda, dikkat ve soyutlamada bozulma tipiktir, diğer kognitif alanlar görece korunur. Yağ asidi oksidasyon bozuklarında kognitif bozulma çok beklenmez. Aminoasit metabolizması bozukluklarında erişkin başlangıçlı formlarda progresif lökoensefalopatiye ikincil nöropsikiyatrik semptomlar görülür. Fenilketonüri gibi hastalıklarda nörokognitif bozukluklar fenil alanin diyetine uyulmadığında görülür, genelde çocukluk dönemi görülür ancak erişkinlikte diyetin bozulduğu durumlarda da karşılaşılabılır, progresif lökoensefalopatiye ikincil demans ve nöropsikiyatrik semptomlar görülebilir.

Lipid metabolizması bozuklukları ise metabolik demanslarda popülerleşen bir konudur. Serebrotendinöz ksantomatozis kolesterolden biliyer asit sentezinde rol alan sterol 27-hidroksilaz eksikliğidir, kolesterol ve biliyer asit prekürsörlerinin vücutta birikmesi ile karakterizedir, genellikle kognitif yıkım ilk iki dekatta görülse de erişkinlikte de sık görülür, davranışsal bozukluklar ön plandadır. Fabry gibi sfingolipid bozukluklarında da benzer şekilde nöropsikiyatrik semptomlar ön plandadır, ekstra piramidalsistem hastalıkları da eşlik eder. Nieman-Pick tip C de hücresel kolesterol trafiğinde sorun vardır ve esterleşmemiş kolesterol ve kompleks sfingolipidlerdenozomal-lizozomal sistemde birikir. Distoni ve serebellar disfonksiyona eşlik eden nöropsikiyatrik semptomlarla giden demansa yol açar.

Wilson hastalığında kognitif değerlendirme

Wilson hastalığı bakır metabolizmasının etkilendiği otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. 13. kromozomun uzun kolundaki *ATP7B* geninde mutasyon sonucu aynı isimde bakır taşıyan ATPaz transmembran proteininde (*ATP7B* proteini) bozulma olur ve ihtiyaç fazlası bakır safra ile atılamaz. Karaciğer, kornea ve beyin başta olmak üzere pek çok organda bakır birikimine bağlı işlev bozukluğu olur (10). Günümüzde şelasyon tedavisinin etkin kullanılması sonucu yaşam süresi uzamıştır ve sağlık kurulunda kognitif bulgularla karşılaşma ihtimali yüksektir.

Tüm hastalarda karaciğer tutulur, beyinde bakır birikimi sonucunda hareket bozuklukları (parkinsonizm, distoni, tremor), dizartri, disfaji, yürüme bozuklukları yanında kognitif bozukluklar, uyku sorunları, depresyon, mani anksiyete ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklar ve davranış bozuklukları sık görülür. Nörolojik bulgular hastaların %40-50'sinde ilk semptomdur ve sıklıkla 2. ve 3. dekatta görüldüğünden erken dönemde hareket bozuklukları ile birlikte kognitif yakınmaları olan hastalarda akıldaki tutulması gereken bir hastalıktır.

Kognitif ve davranışsal belirtiler çok hafif olabileceği gibi çok özürleyici de olabilir. Genç hastalarda okul başarısında düşüklük ilk bulgu olabilir. Kognitif bulgular bağımsızlığı azaltır, duyu durumunda dalgalanmalara yol açar, tedaviye devamlılığı bozar. Nöropsikolojik değerlendirmede en çok yürütücü işlevler, bellek (primer bellek bozukluklarından çok dikkate ve yürütücü işlev bozukluğuna bağlı gelişen) ve görsel mekansal işlevler bozulur. Sözel yetiler ve epizodik bellek görece korunur (11). Nörolojik motor semptomu olan hastaların %25'inde kognitif bulgular görülmektedir. Wilson hastalığındaki demans subkortikal demans olarak düşünülür ve prefrontal-subkortikal döngü bozukluğu ön plandadır ancak günlük yaşam aktiviteleri görece korunur. Beyindeki lezyon yükü ile kognitif bozulma paraleldir. Bu nedenle Wilson hastalarında kognitif yakınmaları değerlendirirken hastanın MR görüntülemesi de önem arz etmektedir.

Hasta sağlık kurulunda değerlendirilirken kognitif düzeyi etkileyebilecek yukarıda bahsedilen psikiyatrik semptomlar da sorgulanmalıdır. Görüntülemeye tipik olarak bazal gangliada ve beyin sapında intensite artışı ve diffüz atrofi görülür. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, fokal nörolojik bulgular, dizartri gibi nöropsikiyatrik testleri etkileyebilecek konuşma bozukluklarına ya da metabolik bozukluklara ikincil kötüleşmeler ayırt edilmelidir. Kliniğin heterojenliği nedeni ile MMSE veya MOCA gibi standart testlerin yanı sıra bozulması beklenen kortikal fonksiyonları da kapsayan ayrıntılı kognitif testler de yapılmalıdır. İleri evrede tanı koymak ve değerlendirmek

kolaydır ancak özellikle erken dönemde hastaların uygun şelatör tedavisini alıp almadığı da mutlaka kontrol edilmelidir, çünkü uygun tedavi ile erken dönemde klinik semptomlar gerileyebilmektedir.

Epilepside geriatrik değerlendirme

Altmış beş yaş üzeri yetişkinlerde epilepsi siktir, ayrıca genç yaşta epilepsi tanısı alan hastaların da yaşam beklentisi uzamıştır bu nedenle geriatrik popülasyonda da epilepsi hastalarına sağlık kurulu değerlendirmelerinde sık karşılaşılmaktadır.

Epilepsi hastalarında nöbete ikincil iktal ve post iktal kognitif bozulma olur ve bu durum geçicidir; ancak yıllar geçtikçe özellikle ATD ve vasküler demans normal popülasyona göre daha sık görülmektedir. Kronik epilepsi hastalarında bu oran %70-80'i bulmaktadır (12). Ayrıca 65 yaş üzeri ATD ve vasküler demans hastalarında epilepsi gelişme riski yaklaşık 10 kat fazladır (13). Sonuç olarak epilepsi ve demans arasında önemli ve iki yönlü bir ilişki var gibi gözükmemektedir. Sağlık kurulunda özellikle dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur.

Epilepsili hastaların yaşlılarına göre en sık kısa ve uzun süreli görsel ve sözel bellek süreçleri, yürütücü işlevler, dikkat bozukluğu ve psikomotor yavaşlama tespit edilmiştir. Bu bozulmalar hem fokal hem jeneralize nöbet hastaları için geçerlidir. Epileptik hastalarda iskemik ve hemorajik olayların görülme riski artmaktadır, bu duruma ikincil vasküler demans riski artar.

Genç yaşta epilepsi tanısı alan hastalarda 3-4 yıl gibi kısa bir sürede kognitif yıkım görülebilir ve 65 yaşından önce dahi demans saptanabilmektedir. Özellikle temporal lob epilepsi (TLE) hastalarında epilepsi hastalığının süresi arttıkça kognisyondaki bozulmada artış belirginleşmektedir, yaş ilerledikçe kognisyondaki kötüleşme hızı artar. Premorbid dönemde düşük zeka ve düşük eğitim seviyesi, genç yaşta nöbetlerin başlaması TLE hastalarında kognitif bozulma ihtimalini artırmaktadır. Bu özellikleri olan hasta grubunda daha dikkatli olmak gerekir. TLE hastalarında dil, bellek, yürütücü işlevler ve psikomotor beceriler etkilenmektedir. Nöbetlerin sıklığı ve süresinin fazlalığı demans gelişme riskini artırmaktadır (12). Sonuç olarak tüm epilepsi gruplarında demans sağlıklı kontrollere göre daha siktir. Sağlık kurulunda kognitif bozukluğu olan epilepsi hastası değerlendirilirken mutlaka altta yatan lezyon varlığı için görüntüleme yapılmalı ve nöropsikolojik değerlendirme ile özellikle ATD ve vasküler demans varlığı araştırılmalıdır, eşlik edebilecek ve kognisyonu daha da kötüleştirebilecek duyu durum bozuklukları (özellikle depresyon) mutlaka değerlendirilmelidir.

Multiple sklerozda geriatrik değerlendirme

MS hastalarında kognitif bozulma sıklığı %40-70'tir ve hastalığın özürüllüğünde artışa yol açar. Hastalık süresi arttıkça ve hastanın yaşı ilerledikçe daha şiddetlenir ve progresif kliniği olan hastalarda kognisyon daha kötüdür. MS'de kognisyonun zamanla kümülatif bir şekilde kötüleştiği kanıtlanmıştır (14), bu nedenle geriatrik yaş grubundaki MS hastalarında kognitif yıkım kaçınılmaz gibidir.

MS'de subkortikal demans ön plandadır, bunun nedeni kognisyon açısından önemli olan beyaz cevher yapılarındaki (singuler girus, üst ve orta serebellar pedinküller gibi) plakların yarattığı hasarın kortiko-subkortikal diskonneksiyona yol açtığı ve farklı beyin bölgeleri arasındaki

iletişimin bozulmasına neden olmasıdır, primer kortikal hasar da süreçte rol alır ancak daha az belirgindir. Korpus kallosum lezyonları prefrontal lezyonlar bilgi işleme hızında azalmaya ve çalışan bellekte bozukluğa yol açarken, uncinat fasikül hasarı bellek kaybına yol açar.

Özellikle bilgi işleme, kompleks dikkat, uzun süreli bellek ve yürütücü işlevlerde (muhakeme, planlama, akıcılık ve organizasyon yeteneği) bozulmalar belirgindir, basit dikkat ve isimlendirme ve anlama gibi basit lisan yetenekleri görece korunur. Kognitif yıkım orta düzeydedir ve ağır demans pek gözlenmez. İlk görülen bozulmalar bilgi işlemede yavaşlık ve görsel bellekte bozulma ilk tespit edilen bulgulardır. Uzun süreli bellek hastaların %40-60'ında bozulur, geri çağırmada güçlükten çok öğrenme güçlüğü daha belirgindir. Eğitim düzeyi düşük hastalarda bu bozukluklar daha belirgindir. MS hastalarında yorgunluk (%90) ve depresyon (%50) gibi kognitif performansı bozan semptomlar da sıklıkla bu nedenle sağlık kurulunda değerlendirirken dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

- Altinoz AE, Yenilmez C, Oner SK, Yıldız P. Completed suicide rates of older adults in 5-year age bands in Turkey between 2002 and 2013: A retrospective study. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19:66-69.
- Cheng T. Late-Life Depression. In: Hategan A, Bourgeois JA, Hirsch CH, Giroux C, editors. *Geriatric Psychiatry: A Case-Based Textbook*. Cham: Springer International Publishing; 2018.p.219-235.
- Hegeman J, De Waal M, Comijs H, Kok R, Van der Mast RJJoad. Depression in later life: A more somatic presentation? 2015;170:196-202.
- Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf P, Au RJN. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. 2010;75:35-41.
- McCarron M, McCallion P, Reilly E, Mulryan N. A prospective 14-year longitudinal follow-up of dementia in persons with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2014;58:61-70.
- Alexander M, Petri H, Ding Y, Wandel C, Khwaja O, Foskett N. Morbidity and medication in a large population of individuals with Down syndrome compared to the general population. *Dev Med Child Neurol.* 2016;58:246-254.
- Görmez A, Kırpınar İ. Down Sendromu ve Demans: İlişkisi ve Klinik Özellikleri. *Yeni Symposium.* 2016;54:25-28.
- Ballard C, Mobley W, Hardy J, Williams G, Corbett A. Dementia in Down's syndrome. *Lancet Neurol.* 2016;15:622-636.
- Smith NJC, Cox TM. Metabolic dementia In: Husain M, Schott J, editors. *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia*. United Kingdom: Oxford University Press; 2016.p.255-272.
- Hanagasi F, Hanagasi H. Wilson Hastalığı. *Turk J Neurol.* 2013;19:122-127.
- Biswas S, Paul N, Das SK. Nonmotor Manifestations of Wilson's Disease. *Int Rev Neurobiol.* 2017;134:1443-1459.
- Helmstaedter C, Witt JA. Epilepsy and cognition - A bidirectional relationship? *Seizure.* 2017;49:83-89.
- Sen A, Capelli V, Husain M. Cognition and dementia in older patients with epilepsy. *Brain.* 2018;141:1592-1608.
- Ron M. Cognition in multiple sclerosis. In: Husain M, Schott J, editors. *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia*. United Kingdom: Oxford University Press; 2016.p.295-298.

DEMANS HASTASINI DEĞERLENDİRMEDE EĞİTİM FAKTÖRÜ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

12 BÖLÜM

Nazlı Gamze Bülbül, Serkan Demir

İstanbul Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

nzl.gmzb@gmail.com

Özet

Alzheimer Hastalığı (AH), primer dejeneratif demanslar arasında en sık görülmekte ve başta bellek olmak üzere, dil, dikkat ve yürütücü işlevler ve gnostik-praksik fonksiyonlar gibi bilişsel fonksiyonlarda bozulmayla seyretmektedir. Eğitimsiz ve az eğitilmiş popülasyonda bilişsel performansın daha kötü olduğu hatta AH görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. The Mini Mental State Examination (MMSE) [mini mental test (MMT), MMSE], tüm dünyada yaygın şekilde kullanılan bir tarama testidir. MMSE’de başlıca yönelim, kayıt belleği, dikkat, geri çağırma, dil ve görsel-mekansal beceriler değerlendirilmektedir. MMSE dışında, Blessed oryantasyon-bellek-konsantrasyon testi, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ve Addenbroke kognitif değerlendirme bataryası da tarama testi olarak kullanılabilir. Nöropsikolojik değerlendirme sırasında kişisel normal, yani o bireyin kendi normaliyi diye bir kavram olduğu unutulmamalıdır. Hastanın sadece testten aldığı puanla yetinilmemeli ve şu andaki performansı eski muhtemel performansı ile karşılaştırılmalıdır. Bunun için hastanın kendisinden ve yakınlarından ayrıntılı bir yaşam öyküsü alınmalı, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, iş ve meslek yaşamı ayrıntılı biçimde sorgulanmalıdır. Dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise, uygulamanın yapıldığı hastanın “en iyi performansını göstermesini” sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, eğitim düzeyi, çözüm önerileri

GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AH), primer dejeneratif demanslar içinde en sık görülmekte ve sıklığı yaşla birlikte giderek artmaktadır (1). AH, başta bellek olmak üzere, dil, dikkat ve yürütücü işlevler ve gnostik-praksik fonksiyonlar gibi bilişsel fonksiyonlarda bozulmayla seyretmekte ve tüm demansların %50-75’ini oluşturmaktadır (2,3). Türk İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye’de 65 yaş üzeri yaşlı nüfusu %7,3’dür ve yaklaşık 5.48 milyon yaşlı birey olduğu bildirilmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde bu yaş grubunda okuma yazma bilmeyenlerin oranı %45’in üzerindedir (4). Eğitimsiz ve az eğitilmiş popülasyonda bilişsel performansın daha kötü olduğu hatta AH görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (5,6).

The Mini Mental State Examination (MMSE) [mini mental test (MMT) MMSE], tüm dünyada yaygın şekilde kullanılan bir tarama testidir. MMSE’de başlıca yönelim, kayıt belleği, dikkat, geri çağırma, dil ve görsel-mekansal beceriler değerlendirilmektedir (7). MMSE testinin en az 5 yıl eğitim almış olan Türk popülasyonu için hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği Güngen ve ark. (8) tarafından yapılmıştır. Benzer şekilde, eğitimsiz popülasyon için revize edilmiş olan formun (MMSE-E) geçerlik ve güvenilirlik çalışması da Babacan-Yıldız ve ark. (9) tarafından yapılmıştır. MMSE dışında, Blessed oryantasyon-bellek-konsantrasyon testi, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ve Addenbroke kognitif değerlendirme bataryası da tarama testi olarak kullanılabilir (10).

Nöropsikolojik testlerde esas olarak değerlendirilen, Mesulam’ın beş büyük işlev şebekesidir. Bunlar; 1) Yürütücü/yönetici işlevler ve sosyal davranış; 2) Bellek; 3) Dil; 4) Görsel-uzamsal işlevlerden mekan oryantasyonu ve yapılandırma (konstrüksiyon); 5) Yüz ve nesne tanıma için karmaşık görsel algı işlevidir. Nöropsikolojik değerlendirme sırasında kişisel normal, yani o bireyin kendi normal diye bir kavram olduğu unutulmamalıdır. “Hastanın şu anda karşımızda testle başa çıkma biçimi, kendi eski performansı gibi midir, kendi normaline uygun mudur, ya da bunun altında mıdır? Eğitim düzeyi iyi ve çok parlak olan bireyler, eski bilişsel düzeylerinin bir miktar altında iken bile, verdiğimiz testte hala normal puan sınırları içinde değerlendirilmiş olabilirler. Bu yüzden kişinin eğitim düzeyi ve kendi normalinin ne olduğu bilinmiyorsa, aldığı puan hala normal sınırlar içinde olacağından, bilişsel kaybı da çok kolay atlanabilir. Bu bakımdan, hastanın sadece testten aldığı puanla yetinilmemeli ve şu andaki performansı eski muhtemel performansı ile karşılaştırılmalıdır. Bunun için hastanın kendisinden ve yakınlarından ayrıntılı bir yaşam öyküsü alınmalı, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, iş ve meslek yaşamı ayrıntılı biçimde sorgulanmalıdır” (10).

Dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise, uygulamanın yapıldığı hastanın “en iyi performansını göstermesini” sağlamaktır. Kayıplarının farkında olan hasta, değerlendirme esnasındaki endişe ile, özellikle testi yapan kişi kendisine uzak ve soğuk davranıyorsa, normalde yapabileceğini de yapamaz hale gelecektir. Bunun için hastaya sıcak ve yakın davranmak, “evet”, “güzel”, “peki” gibi kelimelerle onu cesaretlendirmek yararlı olacaktır (11). Başka bir deyişle asıl yapılması gereken, “hasta neyi yapabilir ile şu anda ne yapabiliyor” arasındaki farkı en aza indirmektir (12).

Hastanın aldığı puandan çok, nasıl yaptığı önemlidir. Bir testten düşük puan alma, yalnızca o testin ölçtüğü bilişsel işlevdeki bozulmadan kaynaklanmaz, başka bir işlev bozukluğundan da kaynaklanabilir. Bir testi doğru olarak tamamlamanın da birçok yolu vardır (13). Bu nedenle, “alınan puandan çok, hastanın o testle nasıl başa çıktığı, yaklaşımı, neyi yapıp neyi yapamadığı” bizim için daha yol göstericidir (10).

Hastalığın çok ileri düzeylerde olması sebebiyle hasta, standardizasyonu yapılmış ve normatif verileri toplanmış olan testlerin hiçbirini yapamayabilir. Bu durumda, hastanın yapabileceği basitlikte bir testi vermek uygundur. Örneğin; geri sayımların hiçbirini yapamayan hastaya 10’dan geriye doğru saydırmak, bunu hatasız mı ya da kaç hatayla kaç saniyede yaptığını kaydetmektir. Bunun yapılması ile örneğin, hastanın 6 ay sonraki kontrolde ilerlemiş olup olmadığı da takip edilmiş olacaktır. Benzer şekilde bellek testleri sırasında da, 15 kelimeyle başa çıkamayan hastayla 10 kelime denemek, o da olmuyorsa 5 kelime ile çalışmak ve belki

20 dakikalık bir aradan sonra hatırlamasına ve tanınmasına bakmak gerekir. Bellek bozukluğu ancak bu şekilde tanımlanabilir (11).

Dikkati bir yerden diğerine çevirmede kullanılabilecek testlere örnek, bir dakika boyunca bir meyve bir insan ismi söylemesini istemek olabilir. Eğitim durumuna göre, yine dikkati sürdürmesini değerlendirmek amacıyla Luria'nın (14) alternan çizim sekansları testi kullanılabılır. Üstü bir kere düz, bir kere sivri, yine düz, yine sivri bir şekil çizip hastadan bir alt satırdan başlayarak bir satır boyunca aynı paterni sürdürerek çizmesi istenir (14).

Bir başka test de İz Sürme (Trail Making) testidir. Hastadan, kalemını kaldırmadan bir rakam-bir harf şeklinde ilerleyerek (1'den A'ya, A'dan 2'ye, 2'den B'ye vb. şeklinde) çizmesi istenir. Türkiye standardizasyonu Cangöz ve ark. (15) tarafından yapılmıştır. Alfabenin harflerini sırayla bilemeyecek kişilerde kullanılmak üzere Renkli İz Sürme testi de vardır (16).

Çeldirici uyaranları dikkat alanı dışında tutabilmek için, eğitilmiş bireylerde ilk akla gelen ve en etkin test Stroop testidir (15). Akıl yürütme, basit problem çözme için, WAIS-R Anlam ve Muhakeme alt testindeki basit sorular kullanılabılır ("Bir ormanda yolunuzu kaybetmeniz ne yaparsınız?" gibi). Planlama ve organizasyon için en çok kullanılan test, saat çizme testidir. Hastadan "saat 11'i 10 geçiyor" gösterecek şekilde saati çizmesi istenir. Eğitim durumuna göre, planlama ve problem çözme için Kule testleri de kullanılabılır. Bunların en bilineni Londra Kulesi testidir (17).

Entelektüel işlevlerden soyutlama becerisini değerlendirmek için, atasözü ve deyim yorumlama ("Ağaç yaş iken eğilir" ne demektir?, "Etekleri zil çalıyor" ne demektir?) kullanılabileceği gibi, eğitim durumuna göre 'WAIS-R Benzerlikler alt testi' de kullanılabılır. Benzerlikler alt testinde hastadan, kolaydan başlayıp giderek zorlaşan şeyler ve kavramlar arasındaki temel benzerliği söylemesi istenir ("Portakal-Muz", "Köpek-Arslan" gibi).

Sonuç olarak demans hastasını değerlendirmede kullanılacak nöropsikolojik testler, eğitim düzeyine göre farklılık gösterebilir. Her değerlendirmede, hastanın kişisel normali göz önünde bulundurularak, en iyi performansı göstermesi sağlanmalı ve yapılacak testin seçilmesi öncesinde hasta ve yakınlarından ayrıntılı özgeçmiş ve eğitim durumu bilgileri alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Alzheimer's Disease International: The Global Impact of Dementia 2013-2050.
2. Braak H, Del Tredici K. Where, when, and in what form does sporadic Alzheimer disease begin? *Curr Opin Neurol.* 2012;25:708-714.
3. Hannay HJ, Lezak MD. The neuropsychological examination: interpretation. In MD. Lezak, B. Howieson, D. W. Loring (eds.), *Neuropsychological Assessment* (4th edn, pp. 133-156). New York: Oxford University Press.
4. Tuik Turkish Statistical Institute. Results of Adult Education Survey.
5. Principe M, Casini AR, Ferretti C ve ark. Prevalence of dementia in an elderly rural population: effects of age, sex, and education. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 1996;60:628-633.
6. Lee JY, Chang SM, Jang HS ve ark. Illiteracy and the incidence of Alzheimer's disease in the Yonchon County survey, Korea. *International Psychogeriatrics.* 2008;20:976-985.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12:189-98.

8. Gungen C, Ertan T, Eker E, ve ark. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Gecerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2002;13:273-281.
9. Babacan-Yıldız G, Ur Özçelik E, Kolukısa M, ve ark. Eğitimsizler için Modifiye Edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı Tanısında Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2016;27:41-46.
10. Öktem Ö. "Demansların Tanısında Nöropsikolojik Muayene". *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1999;36:52-60.
11. Öktem Ö, Bozdemir M. Alzheimer Hastalığında Kognitif Durum Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics.* 2012;5.
12. Lezak MD. *Neuropsychological Assessment.* 4th ed. New York: Oxford University Press. 2004.p.3-11;130-132;214-216;361;485-486;429-434.
13. Lezak MD. *Neuropsychological Assessment.* Third ed. Oxford University Press 1975.
14. Luria AR. *The Working Brain.* The Penguin Press. 1973.
15. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. İz Sürme Testi'nin 50 Yaş Üzeri Türk Yetişkin ve Yaşlı Örneklem için Standardizasyon Çalışması. *Türk Geriatri Derg.* 2007;10:73-82.
16. Maj M, D'Elia L, Satz P, et al. Evaluation of two new neuropsychological tests designed to minimize cultural bias in the assessment of HIV-1 seropositive persons: A WHO study. *Arch Clin Neuropsychol.* 1973;8:123-135.
17. Tanrıdağ O. *Davranış Nörolojisi: Beyin-Davranış İlişkilerinin Organizasyon Prensipleri, Sendromları ve Hastalıkları.* Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul. 2015.pp.15-29.

DEMANSTA HASTA YAKINI YÜKÜ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

13 BÖLÜM

Armağan Uysal

Medicalpark İzmir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

druysalarmagan@yahoo.com

Özet

Türkiye’de ve dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte görülme sıklığı artan hastalıkların başında nörodejeneratif hastalıklardan birisi olan demans gelmektedir. Demansa neden olan etmene bağlı olarak süreç gittikçe zorlaşmakta, kişi kendi kendine günlük yaşantısını sürdüremez hale gelmekte ve sürekli bir bakıma gereksinim duymaktadır. Demanslı bireylere bakım veren kişilerin bakım sürecinde birçok sorunla karşılaştığı bilinmektedir. Bu sorunlar hem hastaya bakan kişi tarafından hem de hastalıktan kaynaklı akıl sağlığı bozukluğuna bağlı olarak, hasta tarafından ortaya çıkarılabilir. Çoğu sorun aile içinde çözüme kavuşurken, bazen içinden çıkılamayacak olaylar ile karşılaşılabilir. Meydana gelen istenmeyen durumlarda gerçekleşen olaya göre varılacak sonuç, Türk Ceza Kanunu, Türk Medeni Kanunu ve Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun’da açıkça belirtilmiştir. Hemen her hastanın ve hasta yakının karşılaştığı benzer durumları önlemek amaçlı, özellikle hasta bakımında sorumlu olan kişilerin biyopsikososyal açıdan rahatlamasını sağlamak için birçok önlem alınabilir. Bakım verenlerin yükünün azaltılması, hastanın demans tanısının öğrenildiği ilk andan başlayarak bu konuda eğitici faaliyetlerle farkındalık oluşturulması, bakım verenlerin hastalarını gereksinim duydukları veya sürekli bırakabilecekleri kurumlar açılması, bakım verenlere her konuda destek olabilecek danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması, her bakım verene hastasının özelliğine göre kişiselleştirilmiş destekleyici bakımın sunulması, bakım verenlerin hastane ortamında karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkabilmesi ve erken dönemde tükenmesini önlemek amacı ile hemşirelerin ve sağlık personellerinin danışmanlık yapması gibi çözüme katkı sağlayacak uygulamalarla gerçekleştirilebilir. Bu bölümde demans hastasına bakım veren bireylerin yükü ve değerlendirilmesi sistematik bir biçimde sunulacak, bunun yanı sıra, bu kişilerin karşılaşabileceği olaylar, içinde bulundukları durum da gözetilerek, hukuki sorumlulukları ile beraber örneklerle açıklanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Demans, hasta bakımı, medikolegal sorunlar

Tanım

Demans açık bir bilinç düzeyinde, başta bellek olmak üzere zihinsel ve sosyal yeteneklerin kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek derecede yıkılması şeklinde tanımlanabilir. Başta bellek bozulurken dikkat, lisan, görsel-alansal beceriler, algılama, problem çözme gibi fonksiyonlar da bozulur. Zamanla tabloya kişilik değişiklikleri, delüzyon, halüsinasyonlar, duygulanım bozuklukları gibi psikiyatrik semptomlar da eklenir. Bu bulgular sonucunda hasta, hastalığın erken dönemlerinden itibaren bakıma muhtaç hale gelebilir (1).

Bakım verme geçici olmayan, bakım veren bireyi tüm hayatı boyunca etkileyecek ve yaşamının gidişini değiştirecek bir süreçtir. Yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir, zaman ve enerji tüketen, maddi ve fiziksel olarak yorucu bir görev olarak görülüp sonucunda ruhsal sorunlar, baş etme güçlükleri ortaya çıkabilir. Bu durum bakım verme işinin uygun şekilde yürütülmesini önleyebilir (2). Bakım hizmeti tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, ilaç alımı, tedavisi, izleme vb. gibi sağlık bakımı, yıkanma, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb. gibi kişisel bakım, hastanın aldığı sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır (3). Bu özellikli hizmet, özel kurumlar, özel bakıcılar ve kamu kurumları tarafından verilen profesyonel bakım ve eş, çocuklar, dost ve akraba tarafından karşılığında ücret alınmadan verilen ve profesyonel olmayan bakım olarak ikiye ayrılabilir (4). Türk toplumunda eskiden beri süregelen bir düşünce, yaşlılara ve hastalara ailede saygı duyulması gerektiği ve çocuklarının anne babalarına bakım yönünden minnet duyguları hissetmeleri yönünde olduğundan bakım vericilerin en fazla demanslı bireylerin çocukları olduğu düşünülmektedir. Bu durum aile üzerine büyük bir yük getirmektedir. Bazen çok fazla gayret ve mali fedakarlık gerektirir. Sevilen bir kişinin artık hiçbir zaman eskisi gibi olamayacağı gerçeğini kabul etmek ve aynı zamanda aile içindeki sorumlulukların ve ilişkinin değişeceği, aile içinde fikir ayrılıkları çıkabileceği, bakım verenin kendisini yorgun, bitkin, cesaretsiz, terk edilmiş, kızgın hissedebileceği veya depresyona girebileceği anlamına gelebilir (5). Örneğin; Akyar ve Akdemir (6) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %64'ünün ailede güçlük yaşadığı, güçlük yaşayanların %40,6'sının aileden destek almakta sorun yaşadıkları, %34,4'ünün psikolojik, %18,8'inin mali, %6,2'sinin aile içi ilişkilerde sorun yaşadıkları belirtilmektedir. Bütün bunların bir sonucu olarak demans hastalarının bakımı sırasında ister evde ister ev dışı hastane, bakımevi gibi kurumlarda bakım hizmetleri sunulurken finansal, fiziksel ve ruhsal istismar gibi istenmeyen adli olaylar meydana gelebilir.

Bakım Verilen Kişiyne Bağlı Yaşanan Medikolegal Sorunlar

Yaşlılık dönemi bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı bir dönemdir. Ayrıca yine bedenin dış ve iç gerilimlere karşı direncinin azaldığı, pek çok süregelen hastalığın yaşandığı bir dönemdir (7). Yukarıda da bahsedildiği gibi demans bu hastalıkların başında gelmektedir. Demansa ikincil ortaya çıkabilecek aşırı sinirlilik, etrafı tanıma, kendisine yakın kişilerin, arkadaşlarının yüzlerini hatırlamama ya da akraba olan kişileri yabancı biriymiş gibi algılama sonucunda hastalarda şiddet eğilimi olabilir (8). Bu şiddet her zaman masum bir şekilde sonuçlanmaz. Örneğin; hasta bakıcısı ya da kendine bakan akrabasının kafasına ya da uzvuna sert bir cisimle vurup yaralayabilir. Yaralanma sonucunda bakım veren kişi iş gücü kaybına uğayabilir hatta organ fonksiyonu kaybına bağlı iş göremez

hale gelebilir. Bu gibi durumlarda adli olarak varılacak sonuç Türk Ceza Kanununda (TCK) açıkça belirtilmiştir. İlgili bölümlerde ayrıntılı olarak ele alınacağından burada sadece madde ve kanunun içeriğinden bahsedilecektir. TCK'nın 32. maddesi gereğince, akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hüküm olunacağı belirtilir (9). Burada bahsedilen akıl hastalığının ne olduğu ya da akıl hastalarının kimler olduğu hususunda ceza kanunu bir öngöründe bulunmaz. Medikal birimlerde bile sıklıkla akıl hastalığı denilince psikiyatrik bozuklukları düşünme eğilimi gözlenmektedir. Ancak demanslara bağlı işlev kayıpları da kanunun isimlendirdiği akıl hastalığı tanımı içinde değerlendirilmektedir. Bunun yanında tüm demans hastalarının cezai sorumluluğu yoktur denilemez. Bu hastaların TCK 32. madde kapsamında cezai sorumluluğunun olmaması için fiilin hukuki anlam ve sonucunu algılayamaması gerekmektedir. Cezai sorumluluğun değerlendirilmesinde ise uzman hekim görüşü oldukça önemli ve değerlidir (10).

TCK'nın 32. maddesine göre, cezai sorumluluğu olmadığı halde kişiye muhafaza ve tedavi amacı ile yüksek güvenlikli sağlık kuruluşlarında güvenlik tedbiri uygulanması şartı koşulmuştur. Bu kanun TCK 57. maddesinde de şu ibare ile desteklenmiştir. Fili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar. Bu sebeple örnekteki gibi istenmeyen olaylarda TCK'nın belirtilen maddelerine göre işlem yapılır (9). Ortaya çıkan iş göremezlik durumunda hasta bakımı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında çalışan birisi tarafından gerçekleştiriliyor ise mağduriyet, SGK anlaşmalı bir hastane sağlık kurulu tarafından malulen emeklilik şeklinde giderilebilir.

Bunun dışında yaşlılığa bağlı olarak bakım hizmeti alan, aslında demans hastalığı olan ancak henüz bir nöroloji, geriatri veya psikiyatri uzmanı tarafından demans tanısı almamış kişi, işlediği suçla ilgili olarak ceza alıp hüküm giydikten sonra demans tanısı alır ise Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un (CGTİHK) 16. maddesine göre akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü iyileşinceye kadar Türk Ceza Kanunun'un 57'nci maddesinde belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Sağlık kurumunda geçen süreler cezaevinde geçmiş sayılır (11).

Demans hastalığına ikincil olarak ortaya çıkan bilşsel bozukluğun yanı sıra paranoid bulgular gibi çeşitli psikiyatrik semptomların da görülebildiği daha önce belirtilmişti. Bu süreç içinde ortaya çıkan perseküsyon hezeyanları demans hastası tarafından, bakım veren kişiler başta olmak üzere, birçok insanla ilgili gerçeğe uymayan iddialar ortaya atılmasına neden olabilir. Örneğin orta-ileri dereceli demans hastalığı olan bir kişi yaşadığı psikiyatrik sorunlara bağlı olarak bakım veren kişi hakkında parasını çalma, kendisine yemek vermeme vb. gibi asılsız iddialarda bulunabilir. Bazen işi daha da ileriye götürüp evlat reddi, vasiyetname düzenlemesine kadar getirebilir. Bu durum hukuki düzenlemeler yapılmasını gerektirir ve Türk Medeni Kanunu'nda (TMK) bu durum açıkça belirtilmiştir. TMK 405. madde gereğince, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar

(12). Söz konusu kanundaki kısıtlama kavramı bu bölümün konusu olmayıp başka bir bölümde ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

Bakım Veren Kişiye Bağlı Yaşanan Medikolegal Sorunlar

Kendini koruyabilme yetisinde azalma demans hastalarında etkili eyleme maruz kalma, ihmal ve istismar gibi bakım veren tarafından gerçekleştirilen her türlü maddi ve manevi ya da fiziksel ve ruhsal zarar görmeye sebep olur. İster kendi evinde kendi başına yaşamını sürdürsün, ister yine kendi evinde bakıcı desteği ile hayatına devam etsin, isterse bir kurumda bakılıyor olsun risk hep aynıdır. Aslında bakım kavramının ilkeleri sosyal hizmetler tarafından netleştirilmiş olsa da bu şartları sağlayan bir bakım hizmeti sunabilmek çoğu zaman bakım veren kişinin ya da kurumun inisiyatifine terkedilir. Bu durum pratik hayatta bahsedildiği gibi olsa da ceza kanununda demans hastasına yönelik fiziksel, duygusal, cinsel, finansal vb. gibi haksız eylemlerin suç teşkil edecek karşılıkları bulunmaktadır. Hatta yasada bu tür suç oluşturan eylemleri akli dengesi yerinde olmayan kişilere yönelik yapıldığının saptanması durumunda ceza artırımına gidilir (10). Bu eylemleri ve kanundaki karşılıklarını örneklerle açıklayalım.

Yetmiş beş yaşında erkek hasta, lise mezun, emekli memur, iki yıl önce Alzheimer tipi demans tanısı almış ve yalnız yaşıyor. Eşi uzun yıllar önce vefat etmiş, tek çocuğu da aynı şehirde başka bir semtte yaşıyor ve babası ile ilgilenmiyor. Hasta ocağı açık bırakıp dışarı çıktıktan bir süre sonra eve döndüğünde kendi evini ve komşusunun evini yanmış olarak buluyor. Can kaybı yok. Ancak mali zarar mevcut. Ceza hükmü olmayan hastanın bakım ve gözetim yükümlülüğü tek birinci derece akrabası olan çocuğunda olduğundan TCK 175. madde gereğince akıl hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünü, başkalarının hayatı, sağlığı veya mal varlığı bakımından tehlikeli olabilecek şekilde ihmal eden kişi, altı aya kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır hükmüne varılabilir (9). Bu olgu özelinde de görüldüğü gibi bir demans hatasına bakımla yükümlü kişinin belirli sorumlulukları mevcuttur. Burada sadece mali kayıptan bahsedilmiştir ancak yangın sonucu bir can kaybı da olabilirdi ve can kaybını yaşayan aile tarafından kayıba yönelik dava açılıp işler çıkmaz hale girebilir ve bakmakla yükümlü olan kişinin cezası artabilirdi. Tüm bu sebeplerle bakım ve gözetim yükümlülüğünün ciddi bir iş olduğu unutulmamalı ve sorumluluk bilincinde olmayan hasta yakınları bu hususta bilgilendirilmelilerdir.

İkinci olgu seksen iki yaşında kadın hasta, ilkokul mezunu, ev hanımı, altı yıl önce Alzheimer tipi demans tanısı almış, son altı aydır kendi evinde bir bakıcı yardımı ile beraber yaşamakta. Eşi başka bir hastalıktan dolayı hastanede yatıyor. İki çocuğu var ve oldukça ilgililer. Demansa ikincil ajitasyonları ve bağırmaları olan hastanın son zamanlarda çocukları eve geldiğinde onlara sarılarak bırakmama, çocuklarının kollarında ağlama atakları meydana gelince bakıcı tarafından odaya kilitlendiği ve uzun süreler dışarı çıkarılmadığı anlaşıyor. Bu durumda bakıcı, TCK 109. maddede yer alan bir kimseyi hukuka aykırı olarak bir yere gitmek veya bir yerde kalmak hürriyetinden yoksun bırakan kişiye, bir yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir hükmüyle ceza alabilir. Hatta aynı yasanın üçüncü fıkrasının f bendine göre beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halinde verilecek ceza bir kat artırılır (9). Görüldüğü gibi yasalar bu tip alıkoymalarda oldukça açıktır. Demans

hastasının filli ehliyeti olmasa bile kişisel hak, hürriyet ve özgürlüklerinin kısıtlanamayacağı unutulmamalıdır.

Üçüncü olgu doksan yaşında kadın hasta, yüksekokul mezunu, emekli banka müdürü, geçirilmiş serebrovasküler iskemik hadiseden sonra unutkanlıkları olan ancak vasküler ya da başka tipte demans tanısı almamış, mobilize, hiç evlenmemiş, çocuğu yok ancak kız kardeşinin iki çocuğu tarafından bakılıyor. İki kardeşin arasında çıkan anlaşmazlığa bağlı olarak kardeşlerden birisi hastaya ait yüklü miktarda altın ve parayı tehdit ve cebir ile üzerine geçiriyor. Bunun anlaşılması üzerine diğer kardeş adli makamlara başvuruyor. Yapılan tıbbi incelemede hastaya demans tanısı konuluyor. Olay sonucunda üzerine para geçiren kişi hakkında TCK 149. madde birinci fıkranın e bendi uyarınca beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı yapılan nitelikli yağma suçundan fail hakkında on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hüküm olunur ifadesi bulunmaktadır. Bununla beraber aynı yasanın ikinci fıkrasında, yağma suçunun işlenmesi sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerinin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır ibaresi yer almaktadır (9).

Dördüncü olgu altmış altı yaşında erkek hasta, ilkokul terk, esnafıktan emekli, yaklaşık iki yıl önce Parkinson hastalığı tanısı konulan ancak tedaviden fayda görmeyip bilişsel fonksiyonlarında aynı yıl hızlı bir kötüleşme saptanan hastada Lewy-cisimcikli demans düşünülmüş. Bu tanı ile izlenen hastanın üç çocuğu bulunuyor. Üçü de ilk eşinden ancak hasta şu an başkası ile evli. Kendisine bakım işini de ikinci eşi üstlenmiş. Çocukları tarafından bir ziyaret esnasında vücudunda morluklar, sigara yanığı izleri gözlenmesi üzerine çocukları olayı güvenlik ekiplerine bildirmiş. Eşinin sorgusunda hastanın son zamanlarda öfke nöbetlerinin olduğu, olmayan kişiler ile konuşup, olmayan seslere cevap verdiği, iki gün önce de büyük tuvaletini salonun üzerindeki halının üzerine yaptığı ve bütün bu hadiseler üzerine kendisinin şiddete başvurarak olayı kontrol altına almaya çalıştığı öğreniliyor. Bunun üzerine hastanın eşi kasten yaralama ve kötü muamele ile mahkemeye sevk ediliyor. Yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren herhangi bir davranıştır. Özellikle demans hastasında istismar fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik ve hak istismarı şeklinde olabilir. Gerek sivil toplum kuruluşları gerekse klinisyenler tarafından daha ön planda tutulan ihmal ve istismar mağduru çocuklardır. Oysaki özellikle demans hastası olan yaşlılar bu açıdan çocuklar kadar hatta kimi zaman daha da fazla risk altındadırlar. Genç erişkinlerde herhangi bir hasara yol açmayacak olan fiziksel şiddet yaşlıda geçici ya da kalıcı nörolojik ve psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (13). Bu olguda da hastaya karşı yapılan davranış sonucu TCK 232. maddesi gereğince aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır hükmüne varılabilir. Bu yasaya ek olarak TCK 86. madde gereğince kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Aynı yasanın üçüncü fıkrasının b bendine göre beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halinde şikayet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu olguda gözlemlenmeyen ancak başka olgularda karşımıza çıkan cinsel istismar durumunda ise TCK 102. madde gereğince cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, beş yıldan on yıla kadar

hapis cezası ile cezalandırılır. Aynı yasanın üçüncü fıkrasının a bendine göre beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi hâlinde, verilen cezalar yarı oranında artırılır (9).

Çözüm Önerileri

Demans hastalarına bakım veren kişilerin karşılaştıkları güçlükler ve bunlara bağlı olarak hem hasta kişiye karşı hem de bakım veren kişiye karşı oluşabilecek medikolegal problemler yukarıda örnekleri ile beraber ayrıntılı olarak tartışıldı. Demans hastasına bakım vermek oldukça yorucu, sabır gerektiren ve uzun bir süreçtir. Bu süreçten çok fazla etkilenmemek için öncelikli olarak hastalığın kabullenilmesi, hastalık hakkında bilgi edinilmesi ve yardım alınması gerekmektedir (14). Hem hasta hem bakım veren açısından medikolegal problemleri en aza indirmek için saydığımız başlıkları biraz daha ayrıntılandırmak gereklidir. Öncelikle bakım verenlere hastanın demans tanısının öğrenildiği ilk andan başlayarak bu durumla nasıl başa çıkacakları konusunda eğitim verilmesi, bu konuda eğitici faaliyetlerle farkındalık oluşturulması gerekir. Bakım verenlerin hastalarını gereksinim duydukça veya sürekli bırakabilecekleri kurumlar açılması, bakım verenlere her konuda destek olabilecek danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması yükü hafifletecek temel unsurlardandır. Hastalığa erken tanı konulması amacı ile kamu spotları, el broşürleri oluşturulması sosyal projelerin ilk adımı olabilir. Bakım yükü zaman içinde değişebileceğinden belirli aralıklarla ve düzenli olarak verilerin toplanması ve bakım yükünü arttıran etmenlere göre güncel yaşamı kolaylaştırıcı çözümler aranması gerekmektedir. Her bakım verene hastasının özelliğine göre kişiselleştirilmiş destekleyici bakımın sunulması, sonuçlar doğrultusunda özellikle evde bakım hemşireleriyle elde edilen bulgular paylaşılıp gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması organize edilebilir. Bakım verenlerin hastane ortamında karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkabilmesi için hemşirelerin ve sağlık personellerinin danışmanlık yapması, özellikle toplum sağlığında çalışan hemşirelerin bakım verenin üstlendiği rol nedeniyle erken dönemde tükenmesini önlemek amacı ile destek faktörlerini belirlemesi ve bakım sürecinin planlanmasına yardımcı olması sağlanabilir. Ülkemizde bakım verme güçlüğünü belirlemeye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olması, bu konuda yurt dışında bakım verme ile ilgili yapılmış ölçeklerin geçerlilik güvenirliği saptanarak ya da Türk kültürüne özel yeni ölçekler geliştirilerek konu ile ilgili literatürün genişletilmesi temel hedefler arasındadır (5,15).

Kaynaklar

1. Keskin A.O, Uncu G, Tanburoglu A, Ozbabalık Adapınar D, Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Nörolojik Hastalıklar. Osmangazi Tıp Dergisi, Beyin Farkındalığı Özel Sayısı. 2016;38:75-82.
2. Sakakibara K., Kabayama M., Ito M. (2015). Experiences of "Endless" Caregiving of Impaired Elderly at Home By Family Caregivers: A Qualitative Study. BMC Research Notes. 2015;8:827. Erişim:10.03.2017, DOI 10.1186/s13104-015-1829-x.
3. Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016;7:1-9.
4. Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED). 2017;3:375-387.
5. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, Eğilli CS ve Sunal N. G.O.P Taksim E.A.H. JAREN. 2017;3:83-91.

6. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Hacettepe Hemşirelik Dergisi 2009;16:32-49. http://hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_83.pdf
7. Gökçe Kutsal Y: Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2003;24:1-6.
8. Gürvit Hİ. Demans sendromu. Alzheimer hastalığı ve Alzheimer-dışı demanslar. İçinde: Bahar SZ, Öge EA, editörler. Nöroloji 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. p.367-415.
9. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
10. Kırbaş D. Adli Nöropsikiyatri: Nobel Tıp, 2016.
11. Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunu <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5275.htm>
12. Türk Medeni Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>
13. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7:57-61.
14. Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a metaanalysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003;58:112-128.
15. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:445-54.

VESAYET, VASİLİK VE BUTLAN ÜZERİNE BİR NÖROLOĞUN BİLMESİ GEREKENLER

14 BÖLÜM

Dursun Kırbas

Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

drkirbas@gmail.com

Özet

Nedenleri Türk Medeni Kanunu'na (TMK) göre belirtilmiş kişilerin haklarını korumak için, vasi yani temsilci tayin edilmesi vasilik kurumudur. Belirli işleri görmek veya malları yönetmek için yapılan görevlendirme ise kayyımlıktır.

Vasi veya kayyım atamasının temelinde kişinin yasal haklarının teminat altına alınması yatmaktadır. Çünkü burada tarif edilen kişilerin fiili ehliyeti yoktur. Butlanın karşılığı kesin hükümsüzlük, geçersizliktir. Yani yapılan işlemin hukuki karşılığı yoktur. Fiili ehliyeti olmayan bir kişiye, hukuki ehliyeti varmış gibi işlem yaptırmak veya tartışmak bir fiil ehliyeti raporu ile işlem yapılması butlanıdır. Daha çok demans hastalığı olan veya olmayan yaşlı kişilerin yaptığı evliliklerde, yaşlı kişinin mirasçıları tarafından mahkemelere taşınan bu durum evliliğin butlan olmasıdır. Yani yok sayılması isteğidir. Bunun altında yatan da evlenen ve iddiada konu olan kişinin fiili ehliyetinin olup olmadığıdır. Hukuki haklarını kullanıp kullanmayacağına mahkeme karar vermeden önce, bir bilirkişi raporuna ihtiyaç duyar ki bu da çoğu zaman konu ile ilgili uzmanlardır. Yani nöroloji ve psikiyatri uzmanları, bazen her ikisi bazen de heyet raporu talep edilebilir. Biz konunun bizi ilgilendirdiği alanlarına, bu konuda Türk Medeni Kanunu (TMK) ne diyor, biz hekimler nasıl bakıyor kısmına ilgi gösterdik.

Anahtar Kelimeler: Vasi, vesayet, butlan, fiili ehliyeti, kayyım

Giriş

Son 10'lu yıllarda, eski pederşahi aile sisteminden çekirdek aile sistemine hızlı bir geçiş yaşanmaktadır. Bu yaşanırken, devlet bu geçişe uygun alt yapı, sosyal kurumlar yaratmakta yetersiz kalabilmektedir. Yani yaşlı evleri, yaşlı köyleri gibi sosyal kurumlar günümüzün ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Bu durum aileleri, bireysel çözümlere yöneltmektedir.

İnsanlar, yaşlılarına bakılmak üzere, paraya ihtiyacı olan bakıcılar ile çözüm bulmaktadırlar. Bu durum bir başka konuyu da beraberinde getirmiştir ki, bu da yaşlı bakım ihtiyacı olan kişilerin suistimalidir. Bazen bu bakıcılar bazen de örgütlü gruplar tarafından gerçekleştirilen suistimaller, hakiki mirasçıları devre dışı bırakmayı amaçlamaktadır. İşte bu durum hukuka

yansımakta ve bu suistimal olan kişinin fiil ehliyeti ve hukuki durumunun ne olduğu da ilgili bilirkişilerden görüş alınmaktadır. İşte tamda bu nedenlerle hekimler konuyla ilgili olarak donanımlı olmak zorundadırlar.

Vasi ve Vesayet Nedir, Bu İşlem Nasıl Yürütülür?

Vesayet

Hukuki haklarını kullanma yetisini kaybetmiş ya da kazanamamış, fiil ehliyeti olmayan kimselere mahkeme kararıyla vasi atama işlemine denir.

Vasi

TMK.m403/1'e göre: Vesayet altındaki küçüğün veya kısıtlının kişiliği ve mal varlığı ile ilgili bütün menfaatlerini korumak ve hukuki işlemlerde onu temsil etmekle yükümlüdür (1).

TMK.m397/2'ye göre: Vesayet makamı, Sulh hukuk mahkemesi, denetim makamı ise Asliye hukuk mahkemeleridir (2).

Vasi alan kişiler, defter tutar, değerli şeyleri saklar, taşınırın satımı, paraların yatırılması, ticari ve sınai işletmelerin işletilmesi ve taşınmazların satılması gibi görevleri vardır ve bu görevleri hukuka karşı sorumludurlar yani Asliye hukuk mahkemelerinin denetimine tabidirler.

Vasi olan kişiler, vesayet altındaki kişi adına kefil olamazlar, vakıf kuramaz ve önemli bir bağışta bulunamazlar.

TMK.m418'e göre: kısıtlılar, kamu hizmetinden yasaklı olanlar ve haysiyetsiz hayat sürerler ile vesayet altına alınacak kişi ile menfaat çatışması olanlar, düşmanlığı olanlar, vesayet daireleri hakimleri vasi olamazlar.

TMK.m417'e göre ise; 60 yaşını doldurmuş olanlar, kronik hastalığı ya da bedensel özürü olanlar, üzerinde vasilik görevi olanlar, cumhurbaşkanı, TBMM üyeleri, hükümet üyeleri, hakimlik ya da savcılık mensupları vasilikten kaçınabilir.

Kayım

TMK.m403'ün ikinci bendinde tarif edildiği gibi, "belirli işleri görmek veya mal varlığını yönetmek için atanır".

Yine aynı bendin devamında belirtildiğine göre, bu kanunun vasi hakkındaki hükümleri, aksi belirtilmiş olmadıkça kayyım hakkında da uygulanır (1).

Kayımı gerektiren haller ise TMK.m426'da belirtilmiştir. Ergin kişi, hastalık sebebiyle veya başka yerde bulunması gibi kendi işlerini görecektir ya da temsilci atayacak durumda değilse veya yasal temsilci ile menfaat çatışması varsa ya da yasal temsilci görevini yerine getiremiyorsa vesayet makamınca kayyım atanır.

İstek üzerine yani ergin kişinin kendi isteği üzerine atanabileceği gibi, yönetimi kimseye ait olan mallar için ya da sahibinin nerede olduğu belli olmayan, ya da sahibinin vesayet altına alınması için yeterli sebep bulunamayan ama kendi başına yönetilemeyen mallar içinde vesayet makamı kayyım atayabilir (TMK.m.427, TMK.m.428).

Yasal Danışmanlık

TMK.m429'a göre; Kısıtlanması için yeterli sebep bulunmamakla beraber korunması bakımından fiili ehliyetinin sınırlandırılması gerekli görülen ergin bir kişiye aşağıdaki işlerde görüşü alınmak üzere bir yasal danışman atanır.

Bu işler aynı kanunda tarif edilmiştir.

- Dava açma ve sulh olma,
- Taşınmazların alımı, satımı, rehnedilmesi ve bunlar üzerinde başka bir ayni hak kurulması,
- Kıymetli evrakın alımı, satımı ve rehnedilmesi,
- Olağan yönetim sınırları dışında kalan yapı işleri,
- Ödünç verme ve alma,
- Anaparayı alma,
- Bağışlama,
- Kambiyo taahhüdü altına girme,
- Kefil olma.

Gibi işlerde yasal danışmanlık almak zorunluluğu getirilen kişi aynı zamanda kısmi kısıtlı kişidir. Bütün kayyım atama işleri (temsil kayyım, yönetim kayyımı) vesayet makamlarınca yürütülür (1).

Butlan

Borçlar hukuku genel hükümleri içinde geçen butlan, kesin hükümsüzlük, geçersizlik anlamına kullanılmaktadır. Sözlük anlamında karşılığı ise çürük, temelsiz olma durumu, hükmü olmama durumu, geçersiz olma, geçersizlik anlamına gelmektedir.

Butlan (Kesin Hükümsüzlük, Geçersizlik) Nedir?

Sözleşmenin kurucu unsurları var. Ancak geçerlilik şartlarından biri bulunmamaktadır

Bizim konumuzla ilgili yanı üzerinde duralım. Tam ehliyetsizlik (Temyiz kudretinden yoksunluk) yani fiili ehliyetin olmama durumunu ifade eder. Sözleşmeyi imzalayan şahıslardan birinin fiili ehliyeti yoksa bu sözleşme butlandır, yani geçersizdir, yok hükmündedir (3).

Özellikle yaşlı bakıcılarının baktığı kişiyle yaptığı evlilik sözleşmelerinde butlan olma ihtimali bulunmaktadır. Bu evlilikte evlilik sözleşmesi yapıldığı anda, bu sözleşmeyi imzalayan kişinin fiili ehliyeti olup olmadığı sorgulanır. Bu nedenle kişiler ilgili hekime bilirkşi olarak gönderilir. Mahkemelerde gelen sonuca göre evlilik sözleşmesinin butlan olup olmadığına karar verir (4).

Bu noktada hekim, sözleşmenin yapıldığı tarihte, kişinin fiili ehliyeti olup olmadığına, eğer kişi yaşıyorsa bugünü değerlendirerek geçmişe gidebilir. Kişinin yakınlarından, komşularından alınan bilgilere itibar edebilir. En önemlisi SGK'dan gelen bilgiler, daha önce aldığı tanımlar, kullandığı ilaçlar kişiyi değerlendirmeye katkı sağlar.

Evlenme merasiminde taraflardan biri, akıl hastası, akıl zayıflığı içinde ise bu ve benzeri sebeplerle temyiz kudretinden yoksunsa, fiili ehliyeti yoktur ve bu evlilik sözleşmesi butlandır (5).

Konuyla İlgili Türk Medeni Kanunu'ndaki Maddeler

Türk Medeni Kanunu (TMK) incelenmiş ve ilgili maddeler aşağıda sıralanmıştır.

TMK.404: Velayet altında bulunmayan her küçük vesayet altına alınabilir.

TMK.405: Akıl hastalığı veya zayıflığı sebebi ile işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

TMK.406: Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

TMK.407: Bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkum olan her ergin kısıtlanır.

Cezayı yerine getirmekle görevli makam, böyle bir hükümlünün cezasını çekmeye başladığını, kendisine vasi atanmak üzere hemen yetkili vesayet makamına bildirmekle yükümlüdür.

TMK.408: Yaşlılık, sakatlık, ağır hastalık gibi durumlarda kişiler kendi isteği ile vesayet altına alınabilir.

TMK.15: Kanunda gösterilen ayrık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukuki sonuç doğurmaz.

TMK.133: Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler.

TMK.159: Evlenmenin butlanını dava etme hakkı mirasçılara geçmez. Ancak, mirasçılar açılmış olan davayı sürdürebilirler. Dava sonucunda evlenme sırasında iyi niyetli olmadığı anlaşılan sağ kalan eş, yasal mirasçı olamayacağı gibi, daha önce yapılmış olan ölüme bağlı tasarruflarla kendisine sağlanan hakları da kaybeder.

TMK.426: Vesayet makamı, aşağıda yazılı olan veya kanunda gösterilen diğer hallerde ilgisinin isteği üzerine veya re'sen temsil kayyımı atar:

1. Ergin bir kişi, hastalığı, başka bir yerde bulunması veya benzeri bir sebeple ivedi bir işini kendisi görebilecek veya bir temsilci atayabilecek durumda değilse,
2. Bir işte yasal temsilcinin menfaati ile küçüğün veya kısıtlının menfaati çatışyorsa,
3. Yasal temsilcinin görevini yerine getirmesine bir engel varsa.

TMK.427: Vesayet makamı, yönetimi kimseye ait olmayan mallar için gereken önlemleri alır ve özellikle aşağıdaki hallerde bir yönetim kayyımı atar:

1. Bir kimse uzun süreden beri bulunamaz ve oturduğu yer de bilinemezse,
2. Vesayet altına alınması için yeterli bir sebep bulunmamakla beraber, bir kişi malvarlığını kendi başına yönetmek veya bunun için temsilci atamak gücünden yoksunsa,
3. Bir terekede mirasçılık hakları henüz belli değilse veya ceninin menfaatleri gerekli kılırsa,
4. Bir tüzel kişi gerekli organlardan yoksun kalmış ve yönetimi başka yoldan sağlanamamışsa,
5. Bir hayır işi veya genel yarar amacı güden başka bir iş için halktan toplanan para ve sair

yardımlı yönetme veya harcama yolu sağlanamamışsa.

TMK.428: İsteğe bağı kısıtlama sebeplerinden biri varsa, ergin bir kişiy e kendi isteğı üzerine bir kayyım atanabilir.

TMK.429: Kısıtlanması için yeterli sebep bulunmamakla beraber korunması bakımından fiil ehliyetinin sınırlanması gerekli görölen ergin bir kişiy e aşğıdaki işlerde görüşü alınmak üzere bir yasal danışman atanır:

1. Dava açma ve sulh olma,
2. Taşınmazların alımı, satımı, rehnedilmesi ve bunlar üzerinde başka bir aynı hak kurulması,
3. Kıymetli evrakın alımı, satımı ve rehnedilmesi,
4. Olağan yönetim sınırları dışında kalan yapı işleri,
5. Ödünç verme ve alma,
6. Ana parayı alma,
7. Bağışlama,
8. Kambyo taahhüdü altına girme,
9. Kefil olma.

Aynı koşullar altında bir kimsenin malvarlığını yönetme yetkisi, gelirlerinde dilediğı gibi tasarruf hakkı saklı kalmak üzere kaldırılabilir (1).

Kaynaklar

1. Türk Medeni Kanunu. <http://www.basarmevzuat.com/dustur/kanun/5/4721/a/4721k-2.htm> (Erişim Tarihi: 14.03.2019)
2. Türk Medeni Kanununda Vesayet ve Vesayet Altına Alınma. <https://www.celik-hukuk.net/8175-2/Vesayet> (Erişim Tarihi: 14.03.2019)
3. Hukuki İşlemlerde Hükümsüzlük Halleri. Doç.Dr.Mehmet ŞENGÜL. (Erişim Tarihi: 14.03.2019)
4. SMMM Sözleşmelerde Hükümsüzlük ve Yaptırımları. <https://www.goruntuludershane.com/bilgi-bankasi/borclarda-sozlesmelerde-hukumsuzluk-ve-yaptirimlari> (Erişim Tarihi: 14.03.2019)
5. Butlan nedir? <http://butlan.nedir.org/> (Erişim Tarihi: 14.03.2019)

SAĞLIK KURULUNDA SÜRÜCÜ ADAYLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

15 BÖLÜM

Uzm. Dr. Ahmet Onur Keskin

Başkent Üniversitesi Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Adana, Türkiye

aonurkeskin@gmail.com

Özet

Sürücü adaylarının değerlendirilmesi 29 Aralık 2015 tarihinde yayımlanan “Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” esas alınarak yapılmalıdır. Bütün branşlarda yapılacak muayene açısından sürücü belgesi sınıfları birinci ve ikinci grup olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Sürücü belgesi almak isteyen adayların ilk muayenelerinin pratisyen tabipler tarafından, sürücü/sürücü adayının genel sağlık durumuna ilişkin yazılı beyanı alınarak ikinci fıkrada tanımlanan durumlarının olup olmadığı araştırılarak yapılacağı belirtilmiştir. Bu yönetmeliğe göre sürücülüğe engel hali olmayanlara muayeneyi yapan tabip tarafından uygun rapor verilir. Yapılan muayene sonucunda, sürücülüğe engel hali tespit edilen veya ikinci fıkrada tanımlanan durumlardan bir veya birkaçının olması veya hakkında karar verilemeyen sürücü/sürücü adayının muayene bulguları ve sevke neden olan uzmanlık muayenesi hariç sürücü belgesi alabileceği sağlık raporunda belirtilir ve ilgili uzman tabip/tabiplere gönderilir. Sürücü belgesi muayenesi yapılacak bireylerde değerlendirilmesi gerekli olan hastalıkların önemli bir kısmı nöroloji kökenlidir. Demans hastalarının değerlendirmesinin yönetmeliğe göre ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından yapılması gerekmekte olup, demans gelişen hastalara sürücü belgesi verilmesi uygun değildir. Nörodejeneratif hastalığı olan bireylere yıllık kontrolleri nöroloji uzmanı tarafından yapılmak koşuluyla sürücü belgesi verilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sürücü belgesi, demans, nörodejeneratif hastalık, alzheimer hastalığı

Sürücü adaylarının değerlendirilmesi 29 Aralık 2015 tarihinde yayımlanan “Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” esas alınarak yapılır (1). Bu yönetmeliğin 4. maddesinde sürücü ve sürücü adaylarının muayeneleri; Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı sağlık tesisleri, aile sağlığı merkezleri ve Sağlık Bakanlığı’nca ruhsatlandırılan özel sağlık kuruluşlarında görevli tabip veya uzman tabip tarafından yapılacağı belirtilmektedir. Aynı maddenin ikinci fıkrasında tabip tarafından, sürücü veya sürücü adayının yapılan genel muayenesinde aşağıda sıralanan hastalıkların değerlendirilmesi istenmektedir.

- a) İşitme kaybı,
- b) Günlük hayatı kısıtlayan denge problemi, baş dönmesi nedeni olabilecek bir hastalık,
- c) Uyku bozukluğu (obstrüktif uyku apnesi sendromu, gündüz aşırı uyuklama hali),
- ç) Malign tümör hikayesi,
- d) Eklem hareketlerinde kısıtlama,
- e) Ekstremitte noksanlığı,
- f) Kas, tendon ve bağ lezyonları,
- g) Hipoglisemiye yol açabilecek ilaç kullanılan diabetes mellitus hastalığı,
- ğ) Kalp-damar hastalığı (anjinal yakınma, akut koroner sendrom tanısı, angioplasti, kalp yetmezliği, hipertansiyon, bilinç bozukluğuna yol açabilecek ritim bozukluğu, kalıcı pil implantasyonu),
- h) Organ yetmezliği (organ nakli geçirilmiş olması, kronik böbrek yetmezliği ve diğer hayati önemi haiz organlarda dekompanse yetmezlik),
- ı) Santral sinir sistemi hastalıkları,
- i) Periferik sinir sistemi hastalıkları,
- j) Epilepsi,
- k) Kas hastalıkları (miyopati, progresif musküler distrofi, kas-sinir kavşak hastalıkları),
- l) Ruh hastalığı (ağır akıl hastalığı, zeka geriliği, demans, kişilik bozukluğu, ağır davranış bozukluğu),
- m) Alkol bağımlılığı,
- n) Psikotrop madde bağımlılığı,
- o) Görme derecelerinin 5. maddenin 2. fıkrasına uygun,
- ö) Görme alanının uygun,
- p) Renk körlüğü (herhangi bir koşul aranmadan sürücü olabilirler),
- r) Gece körlüğü (tavuk karası), gün içinde yapılan yolculuklar ile sınırlı (gün doğumundan bir saat sonra, gün batımından bir saat önce),
- s) Derinlik duyusunun normal,
- ş) Ptozis-hemiptozis,
- t) Diplopi ve şaşılık,
- u) Blefarospazm, katarakt, afaki, progresif göz hastalığı,
- ü) Monoküler görme

Aynı yönetmeliğin 4. maddenin 3. fıkrasında ise sürücü belgesi almak isteyen adayların ilk muayenelerinin pratisyen tabipler tarafından, sürücü/sürücü adayının genel sağlık durumuna ilişkin yazılı beyanı alınarak ikinci fıkrada tanımlanan durumlarının olup olmadığı araştırılarak yapılacağı belirtilmiştir (1). Bu yönetmeliğe göre sürücülüğe engel hali olmayanlara muayeneyi yapan tabip tarafından uygun rapor verilir. Yapılan muayene sonucunda, sürücülüğe engel

hali tespit edilen veya ikinci fıkrada tanımlanan durumlardan bir veya birkaçının olması veya hakkında karar verilemeyen sürücü/sürücü adayının muayene bulguları ve sevke neden olan uzmanlık muayenesi hariç sürücü belgesi alabileceği sağlık raporunda belirtilir ve ilgili uzman tabip/tabiplere gönderilir. İlgili uzman tabip/tabipler tarafından sürücü/sürücü adayının muayenesi yapılarak sağlık raporu verilir. Bu durumda, ilk muayene sonucunu gösteren sağlık raporu ve uzman tabip/tabipler tarafından düzenlenecek sağlık raporu birlikte geçerli olacaktır. Yönetmeliğin 4. madde 2. fıkrasında yer alan uyku bozuklukları, santral sinir sistemi hastalıkları, periferik sinir sistemi hastalıkları, epilepsi, kas hastalıkları hastalıklarının nöroloji uzmanınca değerlendirilmesi gerekebilir. Ayrıca görme bozukluklarının bir kısmı da (diplopi, ptozis, blefarospazm, görme alanı gibi) nörolojik hastalıklara sekonder ortaya çıkmış olabilir.

Bütün branşlarda yapılacak muayene açısından sürücü belgesi sınıfları iki gruba ayrılmaktadır. Birinci grup: M, A1, A2, A, B1, B, BE ve F sınıflarını, ikinci grup: C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE ve G sınıflarını kapsar. Yine yönetmeliğe göre sürücü adayı veya sürücünün sağlık şartları nedeniyle araç kullanması belirli şartlara bağlanmış ise bu şart kod numarası ile birlikte sağlık raporuna yazılmalıdır.

Sürücü adayları ve sürücülerde aranacak sağlık şartlarına ilişkin yönetmeliğin 9. maddesinde ruh sağlığı hastalıklarından; ister doğumsal isterse hastalığa, travma veya beyin sinir ameliyatına bağlı oluşmuş ağır akıl hastalığı olanlar, zeka geriliği olanlar, demans (bunama) ve/veya yaşlılığa bağlı davranış bozukluğu olanlar, muhakeme, davranış ve uyumu belirgin ölçüde bozacak düzeyde kişilik bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu ve ağır davranış bozukluğu olanlar ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirileceği kararlaştırılmıştır (1). Buna göre sürücü belgesi verilemeyecek durumlar; zeka geriliği (IQ düzeyi 79 ve altı), bunama, dikkat bilinci, duygu ve heyecanı düşüncüyü bozan sürekli bir hastalığın ya da ilaç kullanımının olması, alkol bağımlılığı olanlar veya alkollü araç kullanmaktan vazgeçmeyenler, uyuşturucu veya uyarıcı maddelere bağımlı olanlar veya bağımlı olmasa da düzenli olarak kullananlar olarak belirlenmiştir. Bu maddeye göre demans hastalarının ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Tarafımıza göre, demans hastalarının engellilik durumu belirlenirken nöroloji uzmanı tarafından engelliliğinin belirlenmesi, sürücü belgesi muayenesi içinse psikiyatri uzmanının değerlendirmesinin esas alınması bir çelişki doğurmaktadır. Demans hastalığının kalıcı olup olmadığı ve işlevselliği etkileyecek ek organik beyin hasarının olup olmadığını en uygun şekilde değerlendirebilecek hekimlerin nöroloji uzmanları olduğu düşünülürse, mevcut uygulamanın bir eksiklik yarattığı aşikardır.

Sürücü adayları ve sürücülerde aranacak sağlık şartlarına ilişkin yönetmeliğin 9. maddesine göre progresif seyirli, fonksiyon kaybına neden olan parkinson hastalığı, multipl skleroz, motor nöron hastalığı gibi nörodejeneratif hastalıkları bulunan kişilere yılda bir kez nöroloji uzmanı muayenesinden geçmek kaydıyla hastalıklarındaki fonksiyon kayıplarına göre değerlendirme yapılarak sürücü belgesi verilebilir. Böylece demans gelişmemiş nörodejeneratif hastalığa sahip bireyler nöroloji hekiminin yıllık kontrollerinin yapılması şartıyla sürücü belgesi alabilirler.

Sonuç

Sürücü belgesi muayenesi yapılacak bireylerde değerlendirilmesi gerekli olan hastalıkların önemli bir kısmı nöroloji kökenlidir. Demans hastalarının değerlendirilmesinin yönetmeliğe göre

ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından yapılması gerekmekte olup demans gelişen hastalara sürücü belgesi verilmesi uygun değildir. Nörodejeneratif hastalığı olan bireylere yıllık kontrolleri nöroloji uzmanı tarafından yapılmak koşuluyla sürücü belgesi verilebilir.

Kaynaklar

1. 29 Aralık 2015 tarihinde yayımlanan "Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/12/20151229-5.htm>

EK-1 Standardize mini mental test**Ad Soyad:****Tarih:****Yaş:****Eğitim (yıl):****Meslek:****Aktif el:****T. puan:****Yönelim (Toplam puan 10)**

Hangi yıl içindeyiz ()

Hangi mevsimdeyiz ()

Hangi aydayız ()

Bu gün ayın kaçı ()

Hangi gündeiz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz ()

Şuan hangi şehirde bulunmaktasınız ()

Şuan bulunduğunuz semt neresidir ()

Şuan bulunduğunuz bina neresidir ()

Şuan bu binada kaçınıcı kattasınız ()

Kayıt hafızası (Toplam puan 3)

Size sıradan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

Dikkat ve hesap yapma (Toplam puan 5) ()

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin ()

Her doğru işlem 1 puan (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

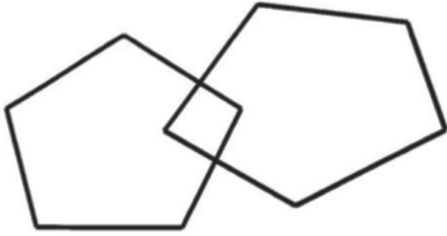
Hatırlatma (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, bayrak, elbise) ()

Lisan (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “Eğer ve fakat istemiyorum” (10 sn tut) 1 puan ()
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. “Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”. Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın (1 puan)
“Gözlerinizi kapatın” (arka sayfada) ()
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) ()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çiziniz (arka sayfada) (1 Puan) ()

**Kaynaklar**

1. State. A practical methodfor grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.
2. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yasar R, Engin F; Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği 2002;13:273-281.

Başlangıç

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiçbir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış “GÖZLERİNİZİ KAPATIN” yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçimde iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

Uygulama

1. SMMT “Size bazı sorular sormak ve çözmeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın” sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci “Teşekkürler, bu kadarı yeterli” diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği artırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

Yönelim

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

Kayıt Hafızası

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. Yirmi sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

Dikkat ve Hesap

Yüzden geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşünöldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

Hatırlama

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemszenmez.

Lisan Testleri

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam puan 2).
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yanlışlarda görölen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (non-dominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceğı alana doğru itmeliştir.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ben yazıyorsa onu yapması istenir (Toplam puan 1).
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. Otuz saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. Bir dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir (Toplam 1 puan).

EK-2 MOCA DEĞERLENDİRME TESTİ

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ Montreal Cognitive Assessment (MOCA)		İsim: Eğitim: Cinsiyet:	Protokol: Test Tarihi: Doğum Tarihi:
GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER 		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan) Küp Kopyalama [] []	
		Çevresi []	Rakamlar []
		Kollar []	PUAN ___/5
ADLANDIRMA [] [] [] ___/3			
BELLEK Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun. BURUN KADİFE CAMI PAPATYA MOR 1. deneme [] [] [] [] [] 2. deneme [] [] [] [] [] Puan yok			
DİKKAT Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı [] 2 1 8 5 4 Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı [] 7 4 2 ___/2			
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB ___/1			
100 den başlayarak yediger çıkarma [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan. ___/3			
LİSAN Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğunu. [] Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı. [] ___/2			
Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydın. [] N ≥ 11 kelime ___/1			
SOYUT DÜŞÜNME Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve. [] tren - bisiklet [] saat - cetvel ___/2			
GEÇİKMELİ HATIRLAMA Kelimeleri İPUCU OLMADAN hatırlama BURUN KADİFE CAMI PAPATYA MOR [] [] [] [] [] SEÇMELİ Kategori ipucu [] [] [] [] [] Çoklu seçmeli ipucu [] [] [] [] [] Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin			
YÖNELİM [] Gün [] Ay [] Yıl [] Gün adı [] Yer [] Şehir ___/6			

Kaynaklar

1. Ozdilek B, Kenangil G. Validation of the Turkish Version of the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA-TR) in patients with Parkinson's disease. Clin Neuropsychol 2014;28:333-343.

EK-3

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok

1: Çok hafif

2: Hafif

3: Orta

4: Orta-şiddetli

5: Şiddetli

6: Aşırı derecede şiddetli

1. Somatik uğraşlar: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. Anksiyete: Hal veya gelecek için aşırı endişe ve korku	0	1	2	3	4	5	6
3. Duygusal içe kapanma: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. Düşünce çözülmesi: Konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. Suçluluk duyguları: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. Gerginlik: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. Maniyerizm ve postür: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. Grandiyozite: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. Depresif duygudurum: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. Düşmanca davranış: Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. Kuşkuçuluk: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. Hallüsinatuvar davranış: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. Motor yavaşlama: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İşbirliği kurma: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6

15. Olağan dışı düşünceler: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. Duygusal küntlük: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. Taşkınlık: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. Dezoryantasyon: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

Kaynaklar

1. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. Psychopharmacol Bull 1988;24:97-99.
2. <http://turkpsikiyatri.org/arsiv/userupload/03b7518114/bprs.pdf>

EK- 4

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalar bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düşüğünde ara kodları da kullanınız, örn: 45,68,72)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirtisi olmaması ya da çok az belirtisi olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkilidir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle arasına olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma da zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. arasına okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derece semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derece de bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır.
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) ya da iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışır; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsayımlardan oldukça etkilidir ya da iletişim ya da yargıda bir ciddi bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) ya da hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) ya da ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimi bile yerine getiremez (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).

1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) ya da kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez ya da açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi bir intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz
PUAN	

Kaynaklar

1. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1976;33:766-771.
2. http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/global_degerlendirme_olcegi.pdf.

EK- 5 HUKUKİ EHLİYET DEĞERLENDİRME FORMU (HEDEF)

Karar verme

0 Yapılacak işlemle ilgili bir tercihte bulunması gerektiği hakkında bir düşünce yok, (Niçin burada olduğunu söylemiyor)

1 Neden ve gerekçeleri, sonuçları önemli olmaksızın yapılacak işlemle ilgili bir seçim yapması gerektiğinden haberdar, bir seçim yapabiliyor (tercihini yakınlarına bırakması, hatta doktora sorması da bir tercih sayılır).

2 Seçeneklerini ve gerekçelerini ayrıntılandıramasa da yapılacak işlemle ilgili kabaca bir seçimde bulunabiliyor, kendince kaba gerekçelerle tercih nedenlerini söyleyebiliyor.

3 Yapılacak işlemle ilgili seçeneklerini ve bunlar içinde tercihini sıralı ve gerekçeli olarak açıklayabiliyor.

Sonuçların mantıklılığı

1 Yapılacak işlemin sonuçları hakkında hiçbir fikri yok, veya vardığı sonuçlar mantıksız ya da genel toplumsal tavra uygun değil.

2 Yapılacak işlemin olası sonuçlarıyla ilgili mantıklı bir fikri var ama ayrıntılandıramıyor.

3 Yapılacak işlemle ilgili mantıklı bir sonuca ulaşabiliyor, bunu ayrıntılarıyla tartışabiliyor.

Uslamlama

0 Formal düşünce bozukluğu, hezeyan, varsanı, bilişsel bozukluk var (yorumlama bu bozukluklardan birine ya da birkaçına bağlı olarak zedelenmiş).

1 a- Uslamlama obsesif-kompulsif bozukluk fobik bozukluk, panik bozukluğu vb psikiyatrik durumlar yüzünden eylemler sonuca ulaşmıyor.

b- Somut düşünce artmış, konuşma fakir afazik, düşüncede sonuca ulaşmada belirli güdük, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü (aynı soruyu tekrar ettirme, sadece kararı tekrar ettirme).

2 Sonuca ulaşma ve akıl yürütme kapasitesi, prosedürün genelini kabaca göz önüne alarak, fakir içerik ve soyutlamada yetersizlikler olsa da rasyonel olarak ifade ederek sonuca ulaşıyor.

3 Yapılacak işlemin prosedürünü toplum kurallarının fakında olarak, geniş bir kelime haznesi ve soyut düşünme, dolaylı ve deneyimsel ifadeler gibi iletişim yolları sonuca (neden sonuç ilişkisini kolaylıkla kurarak) ulaşıyor.

Bilme

a- Anlama

0 Anlama kapasitesi yok- Durumunu bilmiyor.

1 Anlama bilme kapasitesi çok sınırlıydı (Bilgi çok az kişisel bilgilerle sınırlı ya da işlemin çok yetersiz bir bölümünden haberi).

2 Yapacağı işlemin ya da içinde bulunduğu durumun yararlarının farkında, risklerini bilmiyor, gözardı ediyor.

3 Yarar ve riskleri yeterli derecede biliyor, ayrıntılandırıyor, alternatif tartışıyor.

b- Güncel anlama

0 İşbirliğine giremeyecek durumda.

1 Yapılacak işlem anlatıldığında çok azını anlayıp ifade ediyor. Çok genel ya da yineleyerek aynı şeylerden söz ediyor.

2 Ayrıntılara fazla dikkat etmiyor.

3 Yeterli ve doğru kavriyor.

c- Ayırt etme

0 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını ayırt edemiyor.

1 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını kısmen ayırt edebiliyor.

2 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını büyük oranda ayırt edebiliyor.

3 Yapılacak işlemin kendisi için yarar ve zararlarını tam ayırt edebiliyor.

Kaynaklar

1. Can Y, Sercan M, Saatcioglu O, Soysal H, Uygur N, Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF) Geçerlilik, Güvenilirlik ve Duyarlılığı, J Clin Psy. 2006;9:5-16.

EK-6 Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Uygulama Rehberi

FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ (FİM)					
DÜZEYLER	7	Tam Bağımsız - Hiçbir yardıma gerek duymadan belirli bir aktiviteyi gereken zamanda, cihazsız olarak ve emniyetli şekilde yapar	YARDIMCI YOK		
	6	Modifiye bağımsız - Bir aktiviteyi yardımcı bir cihaz yada uzun sürede modifikasyona gerek duyarak emniyetsiz bir şekilde yapar			
	Modifiye Bağımlılık		YARDIMCI VAR		
	5	Gözetim - Fiziksel yardım almadan sözel yardım ile aktiviteyi tamamlar (% 100)			
	4	Minimal yardım - Hafif bir fiziksel temas dışında yardıma ihtiyacı yoktur. Aktivite için gereken eforun en az % 75'ini harcar			
	3	Orta derecede yardım - Aktivite için gerekli eforun % 50 - 75'ini harcar			
	Tam bağımlılık				
2	Maksimal yardım - Gereken eforun % 25 - 50'sini harcar				
1	Tam yardım - Gereken eforun % 0 - 25'ini harcar				
		YATIŞ (.....)	ÇIKIŞ (.....)	İZLEM (.....)	
Kendine Bakım	A	Beslenme			
	B	Kendine çeki düzen verme			
	C	Benyo yapma			
	D	Giyinme - vücut üst kısmı			
	E	Giyinme - vücut alt kısmı			
	F	Tuvalet kullanımı			
Sifinkter Kontrolü	G	Mesane kontrolü			
	H	Barsak kontrolü			
Transferler	I	Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye			
	J	Tuvalet			
	K	Küvet, duş			
Hareket	L	Yürüme / Tekerlekli sandalye W: Yürüme C: Tekerlekli Sandalye B: Her ikisi	☐	☐	☐
	M	Merdiven			
MOTOR SKOR ALT TOPLAMI					
İletişim	N	Anlama A:İşitsel V:Görsel B:Her ikisi	☐	☐	☐
	O	İfade etme V: Sesli C: Sessiz B:Her ikisi	☐	☐	☐
Sosyal Algı	P	Sosyal etkileşim			
	Q	Problem çözme			
	R	Bellek			
KOGNİTİF SKOR ALT TOPLAMI					
TOTAL FİM SKORU					
Not: Boşluk bırakmayınız. Hasta risk nedeniyle test edilemiyorsa 1 puan olarak skorlayınız.					

* Bu form 1. Tıbbi Rehabilitasyon Sempozyumu,
Kurs Düzenleme Kurulu tarafından hazırlanmıştır. Ankara 2006

Kaynaklar

1. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennant A. Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. Clin Rehabil. 2001;15:311-319.
2. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/fonksiyonel-bagimsizlik-olcegi-toad.pdf>

1. Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği uygulama rehberi

Yardımsız

7 Tam bağımsızlık: Kişi dişlerini veya protezini temizler, saçını tarar, ellerini ve yüzünü yıkar, traş olur veya makyaj yapar, bunlar için tüm hazırlıkları yapar ve her aşamada güvenlidir.

6 Modifiye Bağımsız: Kişi çeki düzen verme aktiviteleri için protezler veya ortezler gibi özelleştirilmiş aletlere ihtiyaç duyar veya makul olamayan bir sürede veya güvensiz yapar.

Yardımlı

5 Gözetim veya Hazırlık: Kişi gözetime (yanında durma, sözel yönlendirme veya hazırlanmaya (ortezlerin giydirilmesi, aletlerin düzenlenmesi, makyaj kutularının açılması, fırçaya diş macunu sürme vs.) ihtiyaç duyar.

4 Minimal Temaslı Yardım: Kişi için %75 veya fazlasını yapabilir. Sadece tesadüfi olarak sabun bezi, havlu vs eline verilir: çeki düzen verme aktivitelerinden sadece birinde yardıma ihtiyaç duyar.

3 Orta derecede yardım: Kişi için %50-74'ünü kendisi yapar.

2 Maksimum Yardım: Kişi için %25-49'unu kendisi yapar.

1 Tam Bağımlı: Kişi için %25'inden azına katılır. Yardımcı gerekli aletleri tutar temelde tüm aktiviteleri yerine getirir.

3 Yıkanma: Boynundan aşağı kadar (sırt hariç) yıkanma, durulanma ve kurulanmayı içerir. Kuvette, duşta veya sünger/yatak banyosunda olabilir. Güvenle yapılmalıdır.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi vücudunu güvenle yıkar, durular, kurular

6 Modifiye bağımsız: Kişi yıkanmak için özelleştirilmiş aletlere (ortez-protezleri de içerir) veya uzun zamana ihtiyaç duyar veya güvensizdir.

Yardımlı

5 Gözetim veya Hazırlık: Gözetim (yanında durma, sözel yönlendirme) veya hazırlığa (banyo aletlerinin hazırlanması, suyun ayarlanması gibi) ihtiyaç duyar.

4 Minimal temasla yardım: Kişi için %75 veya daha fazlasını yapar. Tesadüfi olarak sabun bezi eline yerleştirilir veya sadece bir veya iki vücut bölgesini (bir uzuv, veya ayaklar veya perine gibi) yıkanmasına ihtiyaç duyar.

3 Orta yardımcı için %50-74'ünü kendisi yapar.

2 Maksimal yardımcı: Kişi için %25'den azına katılabilir. Yardımcı sabun bezini ve havluyu tutar ve temelde tüm aktiviteleri yapar.

4 Vücut üst yarısını giydirmeye: Belden yukarıyı giydirmeye ve soymayı içerir. Gerektiğinde ortez ve protezleri takıp çıkarmayı da içerir. Güvenle yapılmalıdır.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi giysilerini giyer, çıkarır, çekmece, dolap gibi yerlerinden alabilir, sütyenini, süveterini, hırkasını giyebilir, fermuar, düğme, çıtçıtlarını açıp kapayabilir, ortez ve protezlerini giyer çıkarır. Güvenle yapılmalıdır.

6 Modifiye bağımsız: Kişi velkro veya düğme ilikleyici kanca gibi uyarlanmış yardımcı aletlere ihtiyaç duyar. Ortez veya protez kullanır; veya kabul edilebilir uzun bir zamanda yapar.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişi gözetime (yanında duruma veya sözel yönlendirme) veya hazırlığa (vücut üst yarısı ya da uzağa ortez-protez uygulanması, giysi veya giyinme aletlerinin hazırlanmasına) ihtiyaç duyar.

4 Minimal temaslı yardım: Giyinme aktivitesinin %75 veya fazlasına katılır. Kişi sadece tesadüfi olarak yardım alır, belden yukarısının giydirilmesinin başlatılmasında veya sadece düğme, fermuar veya çıtçıtların kapatılmasında yardım alır.

3 Orta derece yardımlı: Kişi için %50-74'ünü kendisi yapar.

2 Maksimal yardımlı: Kişi için %25-49'unu kendisi yapar.

1 Tam yardımlı: Kişi giyinme aktivitesinin %25'den azına katılabilir ya da giyinemez. Yardımcı çamaşırını tutar ve temelde tüm aktivitelerini yerine getirir.

5 Vücut alt yarısını giydirmeye: Belden aşağısını giydirmeye ve soyma, gerekiyorsa ortez ve protezleri güvenli uygulamayı içerir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi eşyalarını çekmece ve dolaptan alır, giyinir ve soyunur. Pantolon, etek, çorap, külot, ayakkabı ve kemerleri giyip çıkarabilir, fermuarlar, çıt çıtlar, düğmeleri açıp kapayabilir, güvenli yapılabilir.

6 Modifiye bağımsız: Kişi velkro gibi özelleştirilmiş yardımcı kapatıcılara ihtiyaç duyar, veya ortez, protezleri de dahil giyinmek için yardımcı cihazlara ihtiyaç duyar (eşyalara ulaşmak için yardımcı alet) veya kabul edilebilir uzun bir zamanda bu işleri gerçekleştirir veya güvensizdir.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişi gözetim (yanında durma, sözel yönlendirme) veya hazırlığa (vücut alt yarısına ortez veya protez uygulaması veya çamaşırları veya giyinme aletlerini hazırlama) ihtiyaç duyar.

4 Minimal temaslı yardım: Kişi giyinme işleminin %75 veya fazlasını kendisi yapar.

3 Orta derecede yardımlı: Kişi için %50-74'ünü kendisi yapar.

2 Maksimal yardımlı: Kişi için %25-49'unu kendisi yapar.

1 Tam yardımcı: Kişi için %25'den azını yapar veya giyinemez. Yardımcı giyecekleri tutar ve temelde tüm aktiviteleri yapar.

6 Kişisel hijyen: Tuvalet veya sürgü kullanımı öncesi ve sonrası güvenle giyecekleri düzeltmek ve perine hijyeni ağılamayı kapsar.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi idrar ve gaita yaptıktan sonra kendi kendini temizler. (Gerekliyse) ped veya tamponunu koyar, tuvalet veya sürgü kullanımı öncesi veya sonrası giysilerini düzeltir. Güvenle yapar.

6 Modifiye bağımsız: Kişi kişisel hijyen sırasında ortez veya protezleri de içeren özelleştirilmiş aletlere ihtiyaç duyar, veya kabul edilebilirden uzun bir zamanda yapar veya güvenlik göz önüne alınmalıdır.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişinin yanında durulması, sözel uyarı ya da sözel yönlendirilmeye ihtiyacı vardır veya yardımcı cihazların uygulanması veya paketlerin açılması şeklinde ön hazırlık gerekir.

Öneri: Kişi (genelde ayda 3-5 gün) ped kullanımında yardım alıyorsa, yardım düzeyi 5 olmalıdır.

4 Minimal temaslı yardım: Kişi kişisel hijyen görevinin %75 veya fazlasını yerine getirir. Örneğin giyinme veya temizlik sırasında dengesini sağlamada aldığı küçük yardım gibi.

3 Orta derecede yardım: Kişi için %50-74'ünü yapar.

2 Maksimal yardım: Kişi için %25-49'unu yapabilir.

1 Tam yardımcı: Kişi için %25'den azını yapabilir.

II- Sfinkter kontrolü

7 Mesane kontrolü: Mesanenin istemli tam kontrolü ve gerekirse kontrol için alet veya ilaç kullanımını kapsar.

Öneri: Mesane kontrolünün fonksiyonel hedefi sadece ihtiyaç anında üriner sfinkteri açmak ve diğer kalan zamanlarda kapalı tutmaktır. Bazı bireylerde aletlere, ilaçlara veya yardıma ihtiyaç duyulabilir. Bu nedenle bu alt bölüm iki değişkenden bahseder.

a) Mesane kontrolünde başarı düzeyi

b) Gereken yardım düzeyi

Genelde bu ikisi birbirini izler. Örneğin kaçırma sayısı arttıkça daha fazla yardım gerekir. Yine de ikisinin düzeyleri tam eşit olmayabilir daima en düşük seviye kadar kayıt edilmelidir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi mesanesini istemli olarak tam kontrol eder ve inkontinans hiç olmaz.

6 Modifiye bağımsız: Kişinin ördek, sürgü, kateter, ped, bez, idrar toplama kabı kullanımına veya üriner diversiyona veya kontrol için ilaç alımına ihtiyacı vardır. Kateter kullanılıyorsa kişi

yardımsız boşaltım aletlerini hazırlar yardımsız kateteri uygular, temizler, sterilize eder. Birey alet kullanıyorsa ileal alet veya drenaj torbaları ile harici kateteri başka kişinin yardımı olmadan birleştirir ve uygular. Bacak torbaları veya ileal boşaltım torbalarını boşaltır, takar, çıkarır, temizler. Hiç kaçırmaz.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişi yanında durulması, sözel uyarı veya sözel yönlendirme şeklinde gözetim veya yerleştirme veya boşaltma şeklinde hazırlığa ihtiyaç duyar. Tatmin edici bir işleme yolu (paterni) veya harici alet uygulaması sağlamak için hazırlık gerekir. Sürgü veya tuvalete yetişemediği için nadiren kaçırmalar veya sürgü veya toplayıcının dökülmesi şeklinde yardım alabilir. Ancak her ayda daha nadir kaçırma olmalıdır.

4 Minimal temaslı yardım: Kişinin harici alet bakımı için aletlerin eline yerleştirilmesi gibi minimal temaslı yardıma ihtiyacı vardır. Kişi mesane kontrolü görevinin %75'ini kendisi yerine getirir. Haftada birden az kaçırma olur.

3 Orta dercede yardım: Eksternal alet bakımı için orta dercede yardım gerekir kişi için %50-74'ünü yapar. Hergünden daha az kaçırma olur.

2 Maksimum yardımlı: Kişi mesane kontrolü işinin %25-49'unu yapar.

1 Tam yardımlı: Kişi mesane kontrolü işinin %25'den azını yapar. Kişi yardıma rağmen hemen hemen hergün ıslaktır. Kateter veya karından boşaltım cihazı olsa da olmasa da bez veya ped kullanımı ihtiyacı vardır.

5 Kaçırmaya sayısı ayda birden az,

4 Kaçırmaya sayısı ayda birden fazla, haftada birden az,

3 Kaçırmaya sayısı haftada bir veya daha fazla,

2 Kaçırmaya sayısı hergün, kaçırma sayısını azaltmaya çalışıyor,

1 Kaçırmaya sayısını azaltmaya yardımları olamıyor.

8 Barsak kontrolü: İstemli veya tam barsak kontrolü ve gerekirse kontrol için alet veya ilaç kullanımı ihtiyacı vardır.

Öneri: Barsak kontrolünün fonksiyonel hedefi sadece ihtiyaç anında anal sfinkterin açılması ve diğer tüm kalan zamanda kapalı tutulmasıdır. Bazı bireylerde aletlere, ilaçlara veya yardıma ihtiyaç duyulabilir. Bu nedenle bu bölüm iki değışkene değinir.

a) Barsak kontrolünde başarı düzeyi

b) Gereken yardım düzeyi

Genelde bu ikisi birbirini izler. Örneğin kaçırma sayısı arttıkça daha fazla yardım gerekir. Yine de ikisinin düzeyleri tam eşit olmayabilir daima en düşük düzey kayıt edilmelidir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi barsaklarını istemli ve tam kontrol eder, hiç kaçırmaz.

6 Modifiye bağımsız: Kişinin düzenli olarak sürgü, parmak uyarımı veya gaita yumuşatıcıları, fitiller, doğal olmayan laksatifler veya lavman ihtiyacı vardır veya barsak kontrolü için diğer

ilaçları kullanılır. Kolostomisi varsa bakımını kendisi yapar. Hiç kaçırma olmaz.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişi yanında durulması, sözel uyarı veya sözel yönlendirme şeklinde gözetim veya uygun bir boşaltım şeklinin sağlanması için gereken aletlerin hazırlanması veya ostomi aletlerinin hazırlanması gerekir. Veya ara sıra kaçırması olur. Kaçırma sayısı ayda birden azdır.

4 Minimal temaslı yardım: Kişinin fitil, lazımlık veya hriçe aletle uygun boşaltım şeklinin sağlanması için minimal yardıma ihtiyacı vardır (Uygun aletlerin eline yerleştirilmesi gibi). Boşaltım işinin %75'ini kendisi yapar. Arasıra kaçırma olabilir. Kaçırma sayısı haftada birden azdır.

3 Orta derecede yardımlı: Kişi fitil kullanımı veya lavman veya harici aletle uygun boşaltım paterni için orta derecede yardıma ihtiyaç duyar. Barsak kontrolünün %50-74'ünü yapar arasıra kaçırır. Kaçırma sayısı hergünden azdır.

2 Maksimal yardımlı: Yardıma rağmen kişi hemen hemen hergün kirlenir. Bez veya diğer pedlere ihtiyaç duyar kolostomi aleti yerinde olabilir veya olmayabilir. Barsak kontrolü işinin %25-49'unu kendisi yapar.

1 Barsak kontrolü işinin 25'den azını kendisi yapar.

III- Transferler

9 Yatak, iskemle, tekerlekli iskemle transferi: Yatak, iskemle ve tekerlekli iskemleye her türlü transfer girişimlerini içerir veya hareketin tipik şekli yürüme ise ayakta durur pozisyona gelmeyi kapsar. Güvenle yapılır.

Öneri: Yatak, iskemle transferlerinde kişi transfere supin pozisyonda başlar ve bitirir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Yürüyorsa; kişi sıradan bir sandalyeye yaklaşır, oturur, ayağa kalkar ayakta durur pozisyona gelir, yataktan sandalyeye transferini yapar.

Güvenle yapar. Tekerlekli iskemle kullanıyorsa; yatak veya sandalyeye yaklaşıp, frenleri kilitler, ayak desteklerini kaldırır, gerekirse kol desteklerini çıkarır. Ayağa kalkarak ya da tahta olmaksızın kayarak transferini yapar ve geri döner. Güvenle yapar.

6 Modifiye bağımsız: Kişi yardımcı veya uyarlanmış cihazlara ihtiyaç duyar. Bunlar kayma tahtaları, kaldıraç tutunma kolları, veya özel oturma veya sandalyeler veya koltuk değnekleridir. Transfer için kullanılıyorsa ortez-protezler yardımcı cihaz kabul edilir. İşlem kabul edilebilir uzun zaman alıyordur veya güvenlik problemi vardır.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişi yanında durulması, sözel uyarı veya sözel yönlendirilme şeklinde gözetime veya kayan tahtalara pozisyon verilmesi veya ayak desteklerinin kaldırılması gibi ön hazırlığa ihtiyaç duyar.

4 Minimal temaslı yardım: Transfer işleminin %75'ini kendisi yapar.

3 Orta derecede yardım: İşlemin %50-74'ünü kendisi yapar.

2 Maksimum yardım: İşlemin %25-49'unu kendisi yapar.

1 Tam yardımlı: İşlemin %25'inden azına katılır.

10 Tuvalete transfer: Güvenle tuvalete oturup kalkmayı kapsar.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Yürüyorsa, standart bir tuvalete güvenle oturur-kalkar. Tekerlekli sandalyede ise tuvalete yaklaşır, frenleri kilitler, ayak desteklerini kaldırır gerekiyorsa kol desteklerini kaldırır güvenle ayağa kalkarak ya da tahta olmaksızın kayarak transferini yapar ve geri döner.

6 Modifiye bağımsız: Kişi yardımcı veya uyarlanmış cihazlara ihtiyaç duyar. Bunlar kayan tahtalar, kaldıra. Tutunma kolları, özel oturaçlar olabilir.

Transfer için kullanılıyorsa ortez ve protezler de yardımcı cihaz kabul edilir. İşlem kabul edilebilirlerden uzun zaman alır ya da güvenlik problemi vardır.

Yardımlı

5 Gözetim veya hazırlık: Kişi yanında durulması, sözel uyarı veya sözel yönlendirme şeklinde gözetim veya kayan tahtanın yerleştirilmesi veya ayak desteklerinin kaldırılması gibi öz hazırlığa ihtiyaç duyar.

4 Minimal temaslı yardım: Transfer işleminin %75 ve fazlasını yapar.

3 Orta derecede yardımlı: İşin %50-74'ünü yapar.

2 Maksimal yardımlı: İşin %25-49'unu yapar.

1 Tam yardımlı: işin %25'den azına katılır veya tuvalete transfer yapamaz.

11 Duş veya küvete transfer: Güvenle duş veya küvet bölümüne girip çıkmayı kapsar.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Yürüyorsa; güvenle duş veya küvete yaklaşır, içine girer çıkar. Tekerlekli sandalyede ise; yaklaşır, frenleri kilitler, ayak desteklerini ve gerekiyorsa kol desteklerini kaldırır, güvenle ayağa kalkarak ya da tahtasız kayarak transferi yapar ve geri döner.

6 Modifiye bağımsız: Kişi yardımcı veya ayarlanmış cihazlara ihtiyaç duyar. Bunlar kayan tahtalar, kaldıraç, tutunma kolları, özel oturaçlar olabilir.

5 Minimal temaslı yardım: Transfer işlemin %75 ve fazlasını yapar (Küvete geçerken bir bacağın kaldırılması gibi).

4 Minimal temaslı yardım: Transfer işlemin %75 ve fazlasını yapar.

3 Orta deceli yardımlı: İşin %50-74'ünü yapar.

2 Maksimal yardımlı: İşin %25-49'unu yapar.

1 Tam yardımlı: İşin %25'den azına katılır veya tuvalete transfer yapamaz.

IV- Hareket

12 Yürüme/tekerlekli iskemle: Düz bir zeminde güvenle ayakta durup yürümeyi veya oturur pozisyonda tekerlekli iskemle kullanmayı kapsar. Hareketin en sık uygulanan tipi gözden geçirilmelidir. Her iki tip de eşit oranda kullanılıyorsa her ikisi de gözlenir.

Öneri: Eğer iki kişi hareket için yardımcı cihaz kullanıyorsa (tekerlekli sandalye, protez, yürüteç, kanadien, kısa bacak yürüme cihazı, ayarlanmış ayakkabı vs.) skor hiçbir zaman 6'dan fazla olamaz. Giriş ve taburcu değerlendirilmesinde değerlendirilen hareket tipi aynı olmalıdır. Eğer yattığı dönemde hareket tipi değişmiş ise (genelde tekerlekli sandalyeden yürüme tipine geçiş) giriş tipi ve çıkıştaki en hakim hareket tipi puanlanır.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Tekerekli sandalye kullanmaz, güvenle, yardımcı cihaz kullanmadan minimum 50 m yürür.

6 Modifiye bağımsız: Kişi minimum 50 m yürür ancak yardımcı cihaz kullanır (bacağa uygulanan ortez veya protezler, özel ayarlanmış ayakkabılar, kanadien, koltuk değneği, yürüteç gibi) veya güvensiz veya uzun zamanda yapabilir. Yürümüyorsa kişi manuel veya motorlu tekerlekli sandalyesini 50 m kullanır. Köşeleri döner, sandalyeyi yatağa, tualete, masaya yakalaştırabilir, kapı eşiklerinde, halıda manevra yapabilir.

5 Ev içi hareket: Yardımcı cihaz olsun ya da olmasın 17 m gibi kısa mesafede yürür. Uzun zaman alır veya güvenlik sorunu vardır veya 17 m kadar tekerlekli sandalyesini kullanabilir.

Yardımlı

5 Gözetim: Yürüyorsa; 50 m gidebilmesi için yanında durulması, sözel uyarı ya da yönlendirme gerekir. Yürümüyorsa; tekerlekli sandalye kullanımında yanında durulması, sözel uyarı ve sözel yönlendirme gerekir.

4 Minimal temaslı yardım: Kişi 50 m yürüme işlemin %75 veya fazlasını kendi yapar.

3 Orta derece yardımlı: İşin %50-74'ünü yapar.

2 Maksimal yardımlı: Minimum 17 m boyunca hareketin %25-49'unu yapar. Sadece bir kişinin yardımına ihtiyacı vardır.

1 Tam yardımlı: İşin %25'den azına katılabilir, 2 kişinin yardımına ihtiyacı vardır. On yedi metre bile yürüyemez veya tekerlekli iskemle kullanamaz.

13 Merdiven: Güvenle bina içinde 12-14 basamak (1 kat) inip çıkmayı kapsar.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Güvenle, trabzana dayanmadan destek almadan en az 1 kat basamağı iner çıkar.

6 Modifiye bağımsız: En az 1 kat basamağı iner çıkar ancak yandan destek, trabzan, kanadien veya portatif desteklere ihtiyaç duyar, yavaş veya güvensizdir.

5 Ev içi hareketi: Yardımcı alet olsun olmasın 4-6 basamağı iner çıkar, yavaş veya güvensizdir.

Yardımlı

5 Gözetim: Bir kat inip çıkarken gözlem, sözel uyarı veya sözel yönlendirime ihtiyaç duyar.

4 Minimal temaslı yardım: İşin %75 veya fazlasını yapar.

3 Orta derecede yardımcı: Bir kat basamak çıkma işinin %50-74'ünü yapar.

2 Maksimal yardımcı: Kişi, 4-6 basamak çıkma işinin %25-49'unu yapar, adece bir kişinin yardımına ihtiyaç vardır.

1 Tam yardımcı: İşin %25'den azına katıdır. İki kişinin yardımına ihtiyaç vardır veya 4-6 basamak çıkıp inemez veya taşınır.

V- İlişki kurma

14 Anlama: Yazışma, işaret dili ve vücut lisanı gibi görsel ve işitsel haberleşme araçlarını anlamayı içerir. Hastanın en sık kullandığı anlama tipi (işitsel-görsel) belirlenip değerlendirilir. Her ikisi de eşit derecede ise ikisi de değerlendirilir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi karmaşık veya soyut konuşmaları, komutları anlar. Sözel ya da yazılı olabilir.

6 Modifiye bağımsız: Pek çok durumda kişi çabucak anlar ancak karmaşık veya soyut konuşmalarda, komutlarda hafif zorlanır. Hatırlatma, düzeltmeye gerek yoktur. Görme ya da duyma için yardıma, yardımcı cihazlara gereksinim duyabilir, ya da bilgiyi anlamak için ek zaman gereklidir.

Yardımlı

5 Yanında durup hatırlatma: Kişi temel günlük ihtiyaçları ile ilgili komutları ve konuşmaları zamanın %90'ında anlar. %10'dan az bir zamanda hatırlatmaya, ihtiyaç duyar (konuşma hızını yavaşlatma, tekrarlar yapma, belli kelimeler ve kalıpları vurgulama, duraklamalar; görsel veya vücut diliyle ip uçları verme).

4 Minimal hatırlatma: Temel günlük ihtiyaçları ile ilgili konuşma ve komutları zamanın %75-90'ında anlar.

3 Orta derecede hatırlatma: Zamanın %50-74'ünde anlar.

2 Maksimal hatırlatma: Günlük temel ihtiyaçlarla ilgili komut ve konuşmaların %25-49'unu anlar. Sadece basit, sıklıkla kullanılan sözel terimleri (merhaba, nasılsın) veya vücut dilini (hoşçakal, teşekkür ederim gibi) anlar. Zamanın yarısından fazlasında hatırlatılmaya ihtiyaç duyar.

1 Tam bağımlı: Kişi ancak zamanın %25'inde günlük ihtiyaçlarla ilgili konuşma veya komutları anlayabilir veya basit sıklıkla kullanılan sözel terimleri veya vücut dilini anlayamaz veya hatırlatmalara rağmen uygun cevap veremez.

Öneri: Karmaşık veya soyu bilgileri anlamayı, televizyon veya gazetelerdeki güncel olayları veya din, mizah, matematik, maliye gibi soyut günlük yaşam bilgilerini içerir ama bunlarla limitli değildir. Aynı zamanda grup konuşmalarında verilen bilgileri de anlamayı içerir. Günlük temel ihtiyaçlar hakkında bilgiler kişinin beslenme, boşaltım, hijyen ve uyku hakkındaki bilgilerdir.

15 İfade etme: Dilin açıkça sözel veya sözel olmayarak ifade edilmesidir. Bu bölüm anlaşılır bir konuşma veya yazım ile veya bir iletişim cihazı ile dilin açıkça ifadesini içerir. Hastanın ifade etmede en sık kullandığı tip belirlenir. İki tipi de (vokal-nonvokal) kullanıyorsa ikisi de değerlendirilir.

Öneri: Karmaşık veya soyut fikirlerin örnekleri, güncel olayları tartışma, din veya diğer kişilerle ilişkilerdir ama bunlara limitli değildir. Kişinin temel ihtiyaçları ve fikirlerini ifadesi beslenme, boşaltım, hijyen ve uyku gibi gerekli günlük aktivitelerini dile getirme yetisidir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi karmaşık ve soyut fikirleri açıkça ve akıcılıkla ifade eder.

6 Modifiye bağımsız: Pek çok durumda kişi karmaşık veya soyut fikirleri nispeten açıkça veya çok az güçlkle ifade eder. Hatırlatma gerekmez. Yükseltici, iletişim cihazı veya iletişim sistemleri gerekebilir.

Yardımlı

5 Yanında durup hatırlatma: Zamanın %90'dan fazlasında günlük temel ihtiyaçlarını ve fikirlerini ifade eder. Hatırlatmaya zamanın %10'dan azında ihtiyaç duyar (sık tekrarlar gibi).

4 Minimal hatırlatma: Kişi zamanın %75-90'ında günlük temel ihtiyaçlarını ifade eder.

3 Orta derecede hatırlatma: Zamanın %50-74'ünde günlük temel ihtiyaç fikirleri ifade eder.

2 Maksimal hatırlatma: Zamanın %25-49'unda günlük temel ihtiyaç ve fikirleri ifade eder. Sadece az sayıda kelime ve vücut dili kullanır. Zamanın yarıdan çoğundan hatırlatma gerekir.

1 Tam hatırlatma: Kişi temel günlük ihtiyaç ve fikirlerini zamanın %25'den azında ifade eder veya hatırlatma olmadan uygun ve akıcı olarak temel ihtiyaçları ifade edemez.

VI- Sosyal idrak

16 Sosyal etkileşim: Terapötik ve sosyal durumlarda diğer kişilere katılma, onlarla geçinme, ilişki kurma yetilerini, kişinin kendi ihtiyaçları ile birlikte başkalarının ihtiyaçları ile de ilgilenmesini içerir.

Öneri: Sosyal açıdan uygun olmayan davranışlara örnek olarak, huysuzluk nöbetleri, bağırarak, küfrederek konuşma aşırı gülme ve ağlama, fiziksel saldırı veya aşırı çekingen veya uygunsuz davranışlar verilebilir.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi personel, diğer hastalar ve aile bireyleri ile uygun ilişki, etkileşim içindedir (Hiddetini kontrol eder, eleştirileri kabul eder, başkalarına zarar veren sözcük ve davranışlardan kaçınır) kişinin kontrol için ilaç kullanımına ihtiyacı yoktur.

6 Modifiye bağımsız: Çoğu zaman kişi personel, diğer hastalar ve aile bireyleri ile iyi ilişki içindedir ve nadiren kontrolünü kaybeder. Gözlem gerekmez. Kontrol için ilaç kullanımı veya sosyal durumlara uyum için daha uzun zaman gerekiyor olabilir. Diğer bireyler ile yapılandırılmış modifiye ortamlarda ilişki kurabilir.

Yardımlı

5 Gözlem: Kişi sadece stresli ve alışılmamış durumlarda, sözel kontrol sözel yönlendirme ve sözel uyarı şeklinde gözleme ihtiyaç duyar ancak bu zamanın %10'undan az bir sürede olur. Katılımı başlatmak için cesaretlendirilmeye gereksinim duyar.

4 Minimal yönlendirim: Kişi zamanın %75-90'unda uygun iletişim kurar.

3 Orta derecede yönlendirim: Kişi zamanının %50-74'ünde uygun iletişim kurar.

2 Maksimal yönlendirim %25-49'unda iletişim kurar. Sosyal açıdan uygunsuz davranışlar nedeniyle sınırlandırılmaya ihtiyaç duyabilir.

1 Tam yardımcı %25'den azında veya hiç iletişim kuramaz. Sosyal açıdan uygunsuz davranışlar nedeniyle sınırlandırılmaya ihtiyaç duyabilir.

17 Problem çözme: Günlük yaşam ile ilgili problemleri çözme yetilerini kapsar. Kişisel, sosyal, finansal olaylarla ilgili mantıklı, güvenli ve zamanında karar vermek ve problemleri çözmek için aktiviteleri ve görevleri başlatmak, sürdürmek ve kendini düzeltmek anlamına gelir.

Öneri: Problemlerden örnekler: Karmaşık problem çözme, çek hesabını idare etme, taburcu planlarında yer alma, ilaçlarını kendi kendine alma, personelle arasındaki problemlerle yüzleşebilme ve işiyle ilgili kararlar vermeyi kapsar. Rutin problemler: günlük işlerini beceriyle tamamlama veya günlük aktivitelerde, planlanmamış olaylarda başarılı olmak, transferini yaparken uygun bir şekilde yardım istemesi, önüne getirilen sütünde bir problem varsa onun değiştirilmesini isteyebilmesi, giymeye çalışmadan önce tişörtünün düğmelerini çözmesi, yemek tepsisinde eksik olan çatal bıçağı sorması şeklinde sıralanabilir.

18 Bellek: Toplumda veya hastane ortamında günlük aktivitelerini yaparken tanıma ve hatırlama ile ilgili yetilerini kapsar. Bu çevrede bellek özellikle sözel ve görsel bilgileri depolama ve geri çağırma yetisini içerir. Belleğin fonksiyonel göstergesi sıklıkla ilişkide olduğu kişileri tanıması, günlük rutinlerini hatırlaması, hatırlatılmadan istekleri yerine getirmesidir. Bellekteki bir kayıp öğrenmeyi ve görevlerindeki performansını azaltır.

Yardımsız

7 Tam bağımsız: Kişi problem varsa bunu farkeder, uygun kararlar alır, karmaşık problemi çözmek için basamakları başlatır ve sürdürür iş halloluncaya kadar devam eder. Yanlış yaparsa kendini düzeltir.

6 Modifiye bağımsız: Çoğu durumda problem varsa kişi bunu farkeder, çok az güçlüklerle uygun kararlar alabilir, problemi çözmek için basamaklara başlar ve sürdürür, uygun kararlar vermek ve problem çözmek için normalden uzun zamana ihtiyacı vardır.

Yardımlı

5 Gözetim: Stresli ve tanıdık olmadığı durumlarda rutin problemleri çözmek için sözel uyarı ve sözel yönlendirme şeklinde gözleme ihtiyaç duyar. Ancak bu zamanın %10'unu geçmez.

4 Minimal yönlendirme: Kişi rutin problemleri zamanının %75-90'ında çözebilir.

3 Orta derecede yönlendirme: Kişi rutin problemlerini zamanının %50-74'ünde çözebilir.

2 Maksimal yönlendirme: Kişi rutin problemlerini zamanının %25-49'unda çözer. Basit günlük aktivitelerde zamanın yarısından çoğunda boşalma, planlama veya tamamlamada yönlendirilmeye ihtiyaç duyar. Güvenlik için sınırlandırılmaya ihtiyaç duyar.

1 Tam bağımlı: Zamanın %25'den azında rutin problemlerini çözebilir. Hemen hemen her zaman yönlendirmeye ihtiyaç duyar. Etkili biçimlerde problemlerini çözemez. Basit günlük aktiviteleri tamamlamada sabit birebir yönlendirme gereklidir. Güvenlik için sınırlandırılmaya ihtiyaç duyar.

EK- 7 NINCDS-ADRDA Tanı Kriterleri

NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığı Tanı Kriterleri

A. Kesin AH tanı kriterleri:

Muhtemel (Probable) AH klinik kriterlerinin karşılanması ve biyopsi ya da otopsi ile AH histopatoloji özelliklerinin görülmesi.

B. Muhtemel (Probable) AH tanı kriterleri:

1. Tanı kriterleri:

Klinik muayene ile demansın varlığının ortaya konması

İki ya da daha fazla kognitif işlev alanında kusurun varlığı

Bellek ve diğer kognitif işlevlerinin progresif olarak bozulması

Bilinç bozukluğu yok

40-90 yaş arasında başlangıç

Belirleyici bellek veya diğer kognitif işlev bozukluğuna yol açabilecek diğer sistemik ya da beyin hastalığının olmaması

2. Tanıyı destekleyen özellikler:

Dil (afazi), motor becerileri (apraksi) ve algı (agnozi) gibi spesifik kognitif işlevlerde ilerleyici bozulma

Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve davranış paternlerinde değişme

Benzer hastalıklara ilişkin aile öyküsü, özellikle nöropatolojik olarak kanıtlanmışsa

Standart tekniklerle incelendiğinde normal lomber ponksiyon sonuçları

EEG'de normal patern ya da yavaş dalga aktivitesinin artması gibi non-spesifik değişiklikler

BBT ya da karania MRG'de seri gözlemler belgelenmiş ilerlemenin eşlik ettiği serebral atrofi bulgusu

3. Diğer demans nedenlerinin dışlanması halinde muhtemel AH tanısı ile uyumlu olabilecek klinik özellikler:

Hastalığın ilerlemesinde platolar

Depresyon, uykusuzluk, inkontinans, delüzyon, ilüzyonlar, halüsinasyonlar, katastrofik sözel, emosyonel ya da fiziksel patlamalar, cinsel bozukluklar ve kilo kaybı

Özellikle hastalığın ileri dönemlerinde artmış kas tonusu, myoklonus ve yürüme bozukluğu gibi diğer nörolojik bozuklukların eşlik etmesi

Hastalığın ileri dönemlerinde nöbetler

Yaş için normal BBT/Karania MRG

4. Muhtemel AH tanısını güçleştiren bulgular:

Ani, apopletik başlangıç

Hastalığın erken döneminde hemiparezi, duyuşsal kayıp, görme alanı bozukluğu ve inkoordinasyon gibi fokal nörolojik bulgular

Hastalığın başında ya da erken döneminde nöbetler ya da yürüme bozukluğu

C. Muhtemel AH tanısını güçleştiren bulgular:

Demansa yol açabilecek başka nörolojik, psikiyatrik ya da sistemik hastalık yokluğunda, başlangıç, ortaya çıkış ya da klinik seyrinde varyasyonlar olduğunda bu tanıya ulaşılabilir.

Demansa yol açabilecek ikinci bir sistematik ya da beyin hastalığının varlığında eğer bu hastalık demans nedeni olarak görülmüyorsa konabilir.

Başka tespit edilebilir neden yok iken yavaş ilerleyen tek bir kognitif bozukluk olduğunda bu tanı konulabilir.

D. Alzheimer hastalığının araştırma amaçlı sınıflamalarında, hastalığın alt tiplerini birbirinden ayıracak aşağıdaki gibi özellikler belirlenmelidir.

Ailevi özellik

Altmış beş yaşından önce başlangıç

Yirmi bir trisomisi varlığı

Parkinson hastalığı gibi diğer ilişkili durumların varlığı

Kaynaklar

1. Pehlivanoğlu EF, Özkan MU, Balcioğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu I, Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish, Ankara Med J. 2018;219-223.

EK- 8 Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksi

Bağımsızlık Puan	(1 Puan) Nezaret eşliği olmadan, yönlendirme olmadan ya da kişisel destek almadan	(0 Puan) Nezaret eşliğinde, yönlendirme ile kişisel destek alarak, ya da tam himaye ile
Banyo yapma	Kendi kendine banyo yapabilme ya da sadece sırt, genital bölge gibi vücudun bir bölümünü ya da engelli bir uzvunu yıkarken yardıma ihtiyaç duyma	Vücudun birden fazla bölgesini yıkarken yardım alma ihtiyacı ya da duşa veya küvete girerken veya çıkarken yardım alma, tüm banyo boyunca ihtiyaç duyma
Giyinme	Elbiselerini dolabından veya çekmecedan alabilme ve elbise ve diğer giysilerini tamamıyla ilikleyerek giyebilme (Ayakkabılarını bağlarken yardım alabilir)	Kendi kendine giyinirken yardım ihtiyacı ya da tamamen başkası tarafından giydirilme ihtiyacı duyma
Tuvalet	Yardım almadan; tuvalete gidebilme, kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilme ve giysilerini düzenleyebilme ve genital bölgeyi temizleyebilme	Tuvalete giderken yardım ihtiyacı çekme, kıyafetlerini çıkarıp giyinirken yardım alma, sürgü vb. malzemelere ihtiyaç duyma, genital bölge temizliğinde yardım alma
Hareket yeteneği	Yataktan kalkabilme ya da sandalyeye yardım almadan oturabilme (Mekanik destek aletlerini kullanabilir)	Yataktan kalkarken ya da sandalyeye otururken tamamıyla destek alma
İdrar ve gaita kontrolü	İdrar ve gaita kontrolünü sağlama	Kısmen ya da tamamen barsak ve mesane fonksiyonlarına hakim olamama
Beslenme	Yemeği tabağından alıp ağzına götürebilme (Yemeğin hazırlanması başka insanlar tarafından yapılabilir)	Kısmen ya da tamamen beslenirken destek ihtiyacı duyma ya da parenteral olarak beslenme

Kaynaklar

1. Pehlivanoğlu EF, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu I, Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish, Ankara Med J. 2018;219-223.

EK- 9 Blessed Demans Derecelendirme Ölçeği-Cerad Versiyonu-CERAD-BDRS

Bellek ve günlük aktivitelerde performans

Yetenek

- | | |
|---|--|
| 1 | Ev işleriyle uğraşma yeteneği |
| 2 | Para çekip çevirebilme yeteneği |
| 3 | Kısa bir malzeme listesini hatırlama yeteneği (örn. alışveriş listesi) |
| 4 | Evde yolunu bulma yeteneği (kendi evi veya diğer tanıdık mekanlar) |
| 5 | Sokakta bildik mekanlarda yönünü bulma yeteneği |
| 6 | Olayları veya açıklamaları kavrayabilme yeteneği |
| 7 | Yakın geçmişe ait olayları hatırlayabilme yeteneği |
| 8 | Geçmişte yaşama eğilimi |

SKOR: 0: Yok 0.5: Hafif 1: Ağır

Alışkanlıklar

Alışkanlık

- | | |
|----|---|
| 9 | Yemek yeme |
| 0 | Yardımsız yemek yiyebiliyor |
| 1 | Biraz yardımla yemek yiyebiliyor |
| 2 | Yemekte oldukça yardım gerekiyor |
| 3 | Yedirilmesi gerekiyor |
| 10 | Giyinme |
| 0 | Yardımsız |
| 1 | Bazen düğmeleri karıştırabiliyor, vb., biraz yardım gerekiyor |
| 3 | Yanlış sırayla giyiniyor, bazı giysileri unutabiliyor, oldukça yardım gerekiyor |
| 4 | Giydirilmesi gerekiyor |
| 11 | Tuvalet |
| 0 | Temiz kalabiliyor, tuvalet sorunsuz |
| 1 | Seyrek inkontinans veya hatırlatılması gerekiyor |
| 2 | Sık inkontinans veya oldukça yardım gerekiyor |
| 3 | Sfinkter kontrolü yok |

Kaynaklar

1. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. Br J Psychiatry. 1968;114:797-811.

EK- 10 The Functional Activities Questionnaire (FAQ): İşlevsel Faaliyetler Anketi (IFA)

- 1- Fatura ödemek, gelir ve giderleri dengelemek, para hesabı yapmak
 - 2- Vergi, aidat, elektrik-su-telefon makbuzlarını, KDV fişlerini, işine ait evrakları tasnif etmek,
 - 3- Giyecek, ev ihtiyaçları veya yiyecek almak için tek başına alışverişe çıkmak,
 - 4- Beceri gerektiren bir oyun oynamak, bir hobiyle uğraşmak (örn., tavla, iskambil vb. oynamak, yün örmek)
 - 5- Su kaynatmak, bir bardak hazır kahve ya da çay yapmak, ocağı söndürmek,
 - 6- Besin dengesi olan bir öğün yemek hazırlamak,
 - 7- Güncel olayları takip etmek
 - 8- Bir TV programını, kitabı veya gazeteyi dikkatle izlemek, ya da okumak, anlamak, tartışmak,
 - 9- Randevuları, ailenin özel günlerini, tatilleri, ilaç dozlarını veya zamanlarını hatırlamak,
 - 10- Şehiriçi ulaşım araçları ile bulunduğu semtin dışına seyahat etmek, otobüsten yer ayırtmak, veya otomobil kullanmak.
- Hasta yakınları, hastalarının her maddede yer alan performansla ilişkin 0-3 arası puan verirler .
- 0 puan: "Başarılı veya işlevi hiçbir zaman yapmadı; ancak istendiğinde yapabilir

Hesaplama:

- 1 puan: Güçlük çekmesine rağmen işleri yapmayı başarıyor. veya işlevi hiçbir zaman yapmadı; ancak istendiğinde güçlükle de olsa yapabilir"
- 2 puan: "Yardımla yapabilir",
- 3 puan: Başarısız

Kaynaklar

1. Selekler K, Cangöz B, Karakoç, Türk E, Adaptation And Norm Determination Study Of The Functional Activities Questionnaire (FAQ) On Turkish Adults (Ages 50 And Over). Turk J Neurol. 2004;10:102-107.



Türk Nöroloji Derneği

Kızılırmak Mah. 1446 Cad. No: 12 / 7 (Alternatif Plaza) Çukurambar / ANKARA

Tel: +90 312 435 59 92 - 287 22 40-47 | Faks: +90 312 431 60 90 | E-Posta: info@noroloji.org.tr