



Demanslı Yaşlı Hastaların Bakımı ve Mesleki Yeterlilikler

* Kezban UÇKAÇ

** Leyla BAHAR

Öz

Demans, bellek ve çeşitli bilişsel bozukluklarla, kişilik değişikliklerin, değişkenlik gösteren psikiyatrik ve davranışsal bulguların birlikte yer aldığı nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Bu çalışmada; demanslı yaşlı hastaların bakımının önemi, eksikliklerin tamamlanması ve bu konuda yapılan mesleki yeterliliklerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda, 'demanslı yaşlı hastaların bakımında mesleki yeterlilikler ve pratik uygulamaları' ortaya koymak amacıyla özellikle son 10 yıl literatürdeki verilerin tarama yönteminden yararlanılmıştır. Pub Med, Google Akademik, EBSCO ve Tez merkezi veri tabanındaki konuyla ilgili çalışmaların sonuçlarından yararlanılarak, ortak değerlendirmeler tespit edilmiştir. Beş ana tema ele alınarak, literatürde "yaşlılık, demans, Alzheimer hastalığı (AH), hemşirelik bakımı, mesleki yeterlilik" olarak 5 anahtar kelime ile tarama yapılmıştır. Nitel ve nicel çalışmaları yorumlamak için kritik bir değerlendirme ve tematik bir analiz gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, öncelikle demansın tanımı ve oluş mekanizmasından yola çıkarak demanslı yaşlı hastaların bakımında pratik uygulama stratejileri üzerinde durulup; demanslı hastada tedavi ve profesyonel bakımın ve demanslı hasta ile iletişimin önemi vurgulanmıştır. Demanslı yaşlı hastanın bakımında temel hedeflerin belirlenmesi ve mesleki becerilerle bütünleştirilmesinin, hastanın günlük yaşam kalitesini yükselten ve hayati önemi olan değerler taşıdığına dikkat çekilmiştir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer Hastalığı, Yaşlılık, Demans, Mesleki Yeterlilik, Hemşirelik Bakımı

Care of Elderly Patients with Dementia and Professional Competencies

Abstract

Dementia is a neuropsychiatric disorder in which personality changes and psychiatric and behavioral symptoms coexist with memory and various cognitive disorders. In this study; the importance of the care of elderly patients with dementia, completing the deficiencies and evaluating the professional competencies in this regard are aimed. In our study, in order to reveal professional competencies and practical applications in the care of elderly patients with dementia, the method of scanning the data in the literature for the last 10 years was used. Common evaluations were determined by using the results of studies on the subject in Pub Med, Google Academic and the thesis center database. In this study, starting from the definition of dementia and its mechanism of occurrence, practical application strategies in the care of elderly patients with dementia are emphasized; The importance of treatment and professional care in dementia patients and communication with dementia patients are emphasized. Determining the basic goals in the care of the elderly patient with dementia and integrating them with professional skills; It has been pointed out that the patient has vital values that increase the quality of daily life.

Key words: Old Age, Dementia, Alzheimer's Disease, Professional Competence, Nursing Care.

Geliş Tarihi: 09/11/2020

Kabul Tarihi: 21/12/2020

*Mersin Davultepe Mes. ve Tek. An. Lis., Mersin, E-mail: kezbanuckac@hotmail.com, Orcid ID: 0000-0001-2345-6789

**Mersin Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Mersin, E-mail: laylabahar@gmail.com, Orcid ID: 0000-0002-6910-6167

GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfusun artması sonucunda, yaşlılar tarafından sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu da artmış olup, bu alanda yeni sağlık politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur (Savaş S, 2010). Dünya sağlık örgütü (DSÖ) yaşlanmayı, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma olarak tanımlamaktadır (Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı, 2013). Türkiye genelinde 65 yaş üstü nüfus oranı 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre %6.8 iken 2013'te %8'e yükselmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013). Dünya yaşlandıkça insan ömrü uzamakta, yeni sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlı hasta bakımları günümüzde tüm toplumları etkileyen, birçok kronik hastalığı içine alan önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2023 yılında ülkemizin 65 yaş üstü yaşlı nüfus oranının yüzde 10'un üzerine çıkacağı ve demans hastalıklarının sıklığının büyük bir hızla artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir, 2050'de hasta sayısının tüm dünyada 135 milyona çıkması beklenmektedir. Yaşlı nüfusu çok olan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşılaşılan, damarsal-dejenerasyonlara bağlı olarak gelişen demans hastalığı geri dönüşsüz ve ilerleyicidir (Gürvit, 2010). Demans, bağımsız, günlük işleyişe müdahale edecek kadar önemli olan bilişteki herhangi bir düşüştür. Demans, belirli bir hastalıktan çok, bir sendrom olarak tanımlanır. Demansın nedenleri sayısızdır ve birincil nörolojik, nöropsikiyatrik ve tıbbi durumları içerir. Birden çok hastalığın herhangi bir hastanın demans sendromuna katkıda bulunması yaygındır. Alzheimer hastalığı ve Lewy cisimcikli demans gibi nörodejeneratif demanslar en çok yaşlılarda görülürken, travmatik beyin hasarı ve beyin tümörleri genç yetişkinlerde yaygın nedenlerdir (Gale, 2018).

Demanslı hasta bakımında temel hedefler; hastanın işlevselliğinin korunması, engellerinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların telafi edilmesi, hastanın kişiselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecektir terapötik ortamın sağlanmasıdır. Bu hedeflere ulaşmak için hemşirelerden güncel ve pratik bilgiler ile hastaların gereksinimlerini tanımları, doğru araçları seçmeleri, uygun bakım vermeleri ve bakım verenlere tanı, tedavi ve hastalığın tüm evrelerinde destek olmaları beklenmektedir (Akyar, 2009). Yaşlı hastaların bakımları daha çok nöroloji ve psikiyatri servislerinde yapılmakta olup bu konuda profesyonel bir anlayışa ihtiyaç vardır. Yaşlı hastaların bakıldığı evlerde ise hastalığa özel spesifik bakım uygulamaları yerine genel bir bakım verilmektedir. Bakım hemşireliği, demans gibi yaşlı hastalıklarında, daha çok amatör olarak sergilenmektedir. Yaşlı hastalarda tedavi, hasta bakımı, sosyal düzenlemeler ve yaptırılan egzersizler konusunda daha profesyonel ve eğitilmiş meslek grubuna ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır (Akyar, 2009). Avrupa'da yaşlı nüfusun fazla olması nedeniyle yaşlı hastaların bakımına yönelik yenilikçi uygulamalar yaklaşık 30 yıldır yapılmaktadır. Bu kapsamda yaşlılar için günlük veya sürekli bakım veren merkezler kurulmuştur. Buralarda yaşlı yaşamının iyileştirilmesine yönelik çalışmaları, kişisel bakımları, beslenme, ergoterapik yaklaşımlar, akranlarıyla sportif ve kültürel etkinlikler yapılmaktadır (Akyar, 2011). Klinik olarak demans tanısının konabilmesi için hastanın zihinsel fonksiyonlarında sonradan oluşan bozulma, bellek, dikkat, konuşabilme gibi edinilmiş zihinsel işlevlerde birden fazla kaybın olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelmesi beklenmektedir (Hanağası, 2010). Klinikte demans; hafif, orta ve ileri demans olarak üç evreye ayrılabilir. Hafif evrede; hastalarda gün geçtikçe ilerleyen, günlük yaşamı etkileyen unutkanlıklar, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmada ve eşyaların yerini hatırlamakta güçlük gibi belirti ve davranışlar görülür. Yeni tanınan yabancıların isimleri unutulabilir. İnişli çıkışlı bellek bozukluğu söz konusu olup, geçmişe yönelik hafıza yoğunluğu olduğu görülür (Moller, 1998; Erkol, 2005; Balam, 2008). Orta evrede; hafıza bozukluğu daha da ilerlemiş, eski olayları da unutma başlamış olabilir. Yer-zaman-mekan oryantasyonu bozulmaya başladığı için tanımadığı çevrede hasta kaybolur. Anlama bozuklukları, kelime bulmada güçlük baş gösterir. Davranış bozuklukları ve psikiyatrik belirtiler ortaya çıkar ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık azalır. İleri evrede;

demans hastası tamamen geçmişte yaşar ve en yakınlarını bile tanımamaya başlar. Tanıdık çevrede kaybolan hasta konuşma içeriğini zaman ve yere uyduramaz. Ortalıkta amaçsız gezinme, tekrarlayıcı hareket ve ajitasyon görülür. Bu evrenin sonuna doğru tam bağımlı bir hal alır (Moller, 1998; Erkol, 2005).

Demans oluşturan en sık nedenlerden biri %50-60 görülme sıklığı ile Alzheimer hastalığıdır. Tüm ülkelerin bu hastalığın seyrini izlemek için düzenli olarak tekrarlanan ulusal bilgilendirmelere ihtiyaç vardır. Alzheimer hastalığı bellek kaybı, konuşma yeteneğinin bozulması, paranoid bulgular ve delüzyonlar ile tanımlanmıştır. Nöropatolojisinde nörofibriler yumaklar ve senil plaklar yer almaktadır (Möller, 1998; Prince M, 2013). Demans ve demansın en sık görülen tipi Alzheimer hastalığının risk faktörleri arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, ailede öykü, kafa travması öyküsü, vasküler olaylar, beslenme bozuklukları ve stresör ajanların yoğunluğu sayılabilir (Gürvit H, 2010). Demans gelişme riski, artan yaş, yaşam tarzı ve kardiyovasküler sağlıkla ilişkilidir. Alzheimer demansı, ilerleyen bilişsel eksiklikler ve fonksiyonel yeteneklerde düşüş ile karakterizedir. Klinisyen, geçmiş muayene ve laboratuvar testlerini kullanarak demanslı hastayı değerlendirebilir. Bunlar; koşullara özgü, biliş, nöropsikiyatrik semptomlar ve işlevsellik düzeyi değerlendirmeleridir. Nöropsikiyatrik semptomları yönetmek zordur ve ilaçlarla tedavi düşünülmeden önce farmakolojik olmayan stratejilerin tercih edildiği bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Hastalığı sağlıklı durumdan ayırmak ve hastalığın seyrini izlemek için çeşitli teşhis yöntemleri geliştirilmektedir. İlaç keşfi, altta yatan hastalık mekanizmalarını hedef alan yeni molekülleri tanımlamaktadır (Nowrangi, 2011).

İleri bakım planlamasının, bilinçli kararlar alma yeteneklerini kademeli olarak kaybeden demanslı insanlar için öneminin evrensel olarak kabul edilmesine rağmen, hala nadiren gerçekleştirilmektedir ve bu karmaşık sürecin ne zaman ve nasıl gerçekleştirileceğine dair kanıta dayalı öneriler eksiktir. Demans bakımında; ileri bakım planlaması (ACP)'nin pratik uygulamasında ortamlarda profesyonellere rehberlik etmek için kanıta dayalı klinik öneriler geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Piers, 2018). Alzheimer tedavisi birçok yaklaşımın bir arada kullanılması esasına dayanır. Hastalığın tedavisinde nöroprotektif yaklaşım, yaşam tarzı değişiklikleri, semptomların tedavisi, eksik olan nörotransmitterlerin yerine konması, nonfarmakolojik diyetler, hastanın psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi, bakım verenlerin ve yakınlarının desteklenmesi gibi çeşitli yöntemler birlikte kullanılır. Bu sebeple, çoğunluğunu demanslı yaşlı hastaların oluşturduğu bakım merkezlerinde primer hastalıkların tedavisinin yapılmasına ek olarak kapsamlı geriatrik değerlendirmelerle, bireylerin sağlık durumlarını koruyucu önlemler alınması gerektiği kanaatindeyiz.

Bu çalışma, 21.yüzyıl mesleki becerilerine uygun olarak, demanslı yaşlı bakımındaki yetersizliklerin ortaya konması ile hizmet kalitesini artırma ve hızla yaşlanan dünya nüfusunun ortak sorunlarını çözüme diğer Avrupa ülkeleri ile paydaş olabilmeyi hedeflemiştir.

Demanslı Yaşlı Hastada Bakım

Demanslı yaşlı hastada bakım hizmeti; kişide enerji ve zaman tüketen, maddi ve fiziksel olarak yorucu bir görev olarak tanımlanabilmektedir (Sakakibara, 2015). Bakım hizmeti tek bir yardım çeşidi ile sınırlandırılmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (beslenme, yıkanma, tuvalete gitme, giyinme vb), hastanın sosyal hizmetlerinin koordine edilmesi, ev yönetimi, alışveriş, maddi yardımda bulunma ve aynı evi paylaşma gibi durumları içermektedir (Özlu, 2009; Karahan, 2013). Alzheimer hastalarının bakımını yapan kişilerin yaşlarının, orta yaş ve üstü olduğu (Torti, 2004) ve yapılan başka bir araştırmada Alzheimer hastasına bakan kişilerin %34'ü'nün 65 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (Alzheimer's Association, 2017). Yapılan çalışmalarda bakım hizmeti verenlerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Alzheimer hastalarına bakım hizmeti veren kadın grubunun genellikle, Alzheimer olan hastanın eşi veya yetişkin kızları olduğu bildirilmiştir (Sharma, 2016). Sıklıkla demanslı hastaların bakımı evlerinde aileleri tarafından

yapılmaktadır. Bu durumda, hemşireler aileye, hastalığın anlaşılması ve etkin uygulamaların yapılması için destek olmalıdır (Akyar, 2009).

Hemşire ve hemşire yardımcıları; demans tanılı bireye hastanede, toplumda ve bakım kurumlarında uzun dönem bakım verebilmektedir. Hemşirelerin bir diğer fonksiyonu, demanslı hastaların aileleriyle ve ekiple çalışmakta olup, en iyi bakımın sağlanabilmesi amacıyla, ailelere konuyla ilgili özel eğitim, bilgi ve destek sunmasıdır. Demans hastalığına yönelik etkin bir tedavi olduğu söylenemez. Yeni tedavi seçenekleri üzerinde çalışmalar devam etse de hala hastalığın belirtilerine yönelik ve koruyucu içerikte tedaviler kullanılmaktadır. Güncel anlamda kullanılan bu tedaviler, hastalığı ilerletme sürecinde yavaşlama sağlamak ve semptomları hafifletmek üzerine odaklanmıştır. Hastalığın semptomatik tedavisi, hastanın bakımını yapan kişi veya kişilerin tükenmişliği ile paralel olarak tedavi başarılarını etkileyecektir (Hanağası, 2010). Hasta memnuniyetini sağlayacak, sağlıkla ilişkili sorunların çözülmesini kolaylaştıracak yaklaşımların başında, sağlık hizmet sunucularının memnuniyetinin de çok önemli olduğu görülmektedir (Bahar, 2017). Piers ve ark. (2018) demans tedavisinde “İleri Bakım planlaması (ACP) hakkında çok az yüksek kaliteli kanıtın mevcut olduğunu, mevcut kanıtları uzman ve kullanıcı görüşleri ile birleştirerek, bunama yaşayan insanlarda ACP için benzersiz bir dizi öneri tanımladıklarını bildirmişlerdir. Demanslı bireylerin hastabakım vericilerine göre, hastaların nöropsikiyatrik belirtileri ve günlük yaşamdaki aktivite düzeyleri arasındaki bağlantının tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada; hastaların “Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri” (TGYA) Ölçeği ile “Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri” (EGYA) Testi arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki bulunduğu ($p < 0.05$), ancak “Nöropsikiyatrik Envanter” (NPE) ile TGYA arasında ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin araştırmalarında farklı demans tanılarını kapsayan ilişkinin daha büyük örneklem sayılarıyla değerlendirilmesi ve bakım vericileri için de psiko-eğitim düzenlemeleri önerileri ön plana çıkmıştır (Atkan, 2017). Aile içinde hasta bakımı verenlerin, herhangi bir kronik hastalığı olan yaşlı hastaların bakımında çok önemli bir rol oynadığı ve bunu genellikle uzun yıllar boyunca önemli bir kişisel maliyetle yaptığı takdirde değer bir konudur. Aslında, yapılan bir araştırmada, "gergin" olarak kategorize edilen bakıcı grubunda; bir akraba için bakıcı olarak hareket etmeyen aile üyeleri ile karşılaştırıldığında ölüm oranının % 63 oranında arttığı sonucu bulunmuştur. (Schulz, 1999).

Demans hastaları için yaşam sonu bakımı iyileştirme olasılıkları konusunda ihtiyatlı bir şekilde iyimser düşünülebilir. Yenilikçi programlar, demans hastaları için mükemmel yaşam sonu bakımının oldukça ulaşılabilir olduğunu göstermektedir (Shega, 2003). Bakım verilen hastanın ihtiyaçlarını önceden tahmin etmek, hastalığı tanımak, tanımlayamadığı bir takım işlemleri yerine getirmek, hayattaki rollerini devam ettirmeye çalışmak, yakınının kaybını gözlemek, bakım vermedeki hizmet zamanının tam zamanlı olması nedenleri ve hastalığın seyrindeki olumsuzluklar, bakım veren hasta yakınlarının zorlanmalarına neden olmaktadır. Bu durum sadece hasta yakınının bakım vermesi durumunda gözlenmez. Bakım verenler bu nedenlerle yorgunluk, uykusuzluk, kilo kaybı, tükenme, sağlık durumunda bozulma, depresyon, korku, ekonomik güçlükler, güçsüzlük, öfke, çaresizlik, kaygı, umutsuzluk, suçluluk, günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal yaşamlarında kısıtlanma, ailedeki diğer bireylerle ilişkilerinde zorlanma ve yeterince zaman ayıramama gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Akdemir, 2004; Duffy, 2005).

Demanslı Hastanın Bakım Gereksinimleri

Koruyucu önleyici, tedavi edici ve geliştirici sağlık hizmeti alanlar veya yakınlarının tıbbi tedavilerden etkin bir şekilde yararlanması, fiziki-ruhsal ve sosyal açıdan sağlığının korunması, tedavi süresi boyunca sağlık hizmeti alanların, yakınları ve çevresi ile yaptığı ilişkilerin düzenlenmesi, tedavi sürecine direkt etki yapan psiko-sosyal ve ekonomik problemlerin çözülmesi; sosyal işlevselliğinin yeniden kazandırılması ve sürdürülmesi amacıyla yürütülen müdahalelerin tamamı “tıbbi sosyal

hizmet” olarak tanımlanmaktadır (Özkan, 2016). Sağlık hizmeti sunumunda etkin meslek gruplarının sosyo-ekonomik durumunun derecesi başarıyı etkilemektedir (Selvi, 2016). Demansın ölümcül bir hastalık olarak görülmemesi de dahil olmak üzere, demans hastalarına mükemmel yaşam sonu bakımı sağlamanın önemli ve kalıcı zorlukları olduğu tartışılmaz bir konudur. Demansın ileri düzeydeki tedavi kararlarında; semptomların değerlendirilmesi ve yönetimi; yaş ve bakıcı deneyimi, sağlık sistemlerindeki sorunlar gibi birçok engelle savaşmak gerekmektedir (Sachs, 2004). Ülkemizde demans tanılı bireyin bakımı yanı sıra yaşlı bakımı profesyonel olmayan bakım verici kişiler tarafından evde yürütülmektedir (Akyar, 2009). Demanslı bireylerin çoğunluğu Alzheimer tipi demans tanısı almaktadır. Demans bir sendrom olarak değerlendirilirken, ırk ve bölgelere göre oranları değişse bile en sık görülen tipi Alzheimer hastalığıdır (Marziali, 2010).

Zihinsel aktivitelerin sürdürülmesi:

Hastanın hayatını sürdürdüğü ortamdaki, ipuçlarının artırılması ve bunun için hastaya sakin bir tavırla yaklaşmak, etkileşimde bulunurken kendini tanıtmak, hastanın ismi ile hitap etmek, çevre tanıtımını basitçe yapmak, günlük yaşamın planlanmasında düzenli bir plan uygulayarak hasta uyumunu kolaylaştırmak, hastanın hafızasını harekete geçirecek ve oryantasyonunu artıracak yardımcı notlar, resimler, etiketler v.b, kullanmak, çevreyi gözleyebilmesi için pencereye yakın oturmasını sağlamak ve çevresel uyaran vermek öneriler arasında sayılabilmektedir (Akyar, 2009; 2011). Demans hastaları yaşlı-bakım hizmeti alsın ya da almasın, demansta ortaya çıkan bilişsel, iletişimsel, işlevsel ve davranışsal sorunlar bu popülasyona palyatif bakım vermeyi zorlaştırmaktadır. Hastanın bilişsel ve iletişim yetenekleri azaldıkça semptomları değerlendirmek zorlaşır. Örneğin, kanser hastalarında ağrının değerlendirilmesi nispeten basittir - hastaya sorulur. Bununla birlikte demans hastaları, hatırlama, duyuları yorumlama ve sözlü ifade etme konusunda zorluk yaşarlar. Hastalığın ileri aşamalarında, yalnızca hastanın değerlendirilme raporuna güvenmek yerine, uzmanların hasta raporu, bakıcı raporu ve hastanın doğrudan gözleminin bir kombinasyonunun kullanılması önerilebilir (AGS Panel, 2002).

Fizyolojik faaliyetlerin sürdürülmesi:

Günlük hayatta iç huzurun sağlanması, yaşam kalite ve standartlarının geliştirilmesi, olumlu duyguların geliştirilmesi hedeflemektedir. Bu amaçla hemşirenin hastayı oryantasyon programına alması gereklidir. Oluşan unutkanlığa karşı sabırlı olmalı, günlük rutinleri uygulamalı, hasta için özel zaman ayırmalı ve onu dinlemeli, hasta ile konuşma konusunda istekli olmalı, hastanın geçmişte mutsuz olduğu durumları önlemeli, yürüyüş, egzersizler, televizyon izleme, müzik dinleme gibi aktiviteler için fırsat oluşturmalıdır. Ayrıca hemşirenin; hastaya duyguları olan bir birey olarak davranması, hastaya iyi davranması, anksiyete oluşturan duygularını konuşması, duygularını ifade etmeye cesaretlendirmesi ve beklenen davranışlarını ödüllendirmesi gibi uygulamaları hasta için çok faydalı olacaktır (Akyar, 2009; 2011). Uzmanlar ayrıca, davranışta veya zihinsel durumda değişiklikler meydana gelirse, teşhis edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş ağrının dikkate alınmasını önermektedir. Demans kendi başına fiziksel ağrıya neden olmamakla birlikte, ileri yaşla birlikte gelen artış nedeniyle, demans hastalarının artrit, osteoporoz, periferik nöropati ve diğer birçok ağrılı komorbid durumdan rahatsız olması muhtemeldir. Bu nedenle, demansta ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde hastanın geçmişinin değerlendirilmesi, bakıcı ve doktorlar tarafından geniş ve kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Sözel olmayan ağrı göstergeleri için gözlem dahil dikkatli bir fizik muayene gereklidir. Ağrıdan şüphelenildiğinde; ajitasyon veya diğer zorlu davranışlar gibi spesifik olmayan semptomların altında yatan ağrının neden olabileceği durumlar dahil olmak üzere ağrının azalmasını sağlayan oral alım analjeziklerin ampirik denemeleri önemlidir (AGS Panel, 2002; Weiner D, 2002).

Yeterli beslenmenin sağlanması:

Beslenme durumu, demanslı yaşlı hastalarda hastalığın ilerlemesini, morbiditesini ve mortalitesini etkileyen faktörlerden biridir (Soysal P, 2016). Demanslı bireylerin yemek yeme alışkanlıklarında görülen davranış değişiklikleri, demans oluşturan en sık nedenlerden biri olan Alzheimer hastalarında yaygın olarak görülen diğer belirtilerendir. Hastalığın orta evrelerinden itibaren sıklıkla anoreksi, iştahın artması ve diyet değişiklikleri görülmektedir (Ören N, 2016). Hastaların bakımında; hastanın beden-kitle indeksi temel alınarak izlenmesi, yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine göre beslenmesinin sağlanması, beslenme ihtiyacını tek başına karşılayamayan hastanın yardımla beslenmesi, beslenme sırasında sakin ve güzel bir ortam sağlanması ve hastanın istediği-bildiği besinlerin yemesine öncelik sağlanması tavsiye edilmektedir. Yeterli beslenme de aynı zamanda ağız bakımı yapılması, sakız çiğnenmesi de öneriler arasındadır (Akyar, 2011).

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık:

Demansın tipik örneklerinden biri olan Alzheimer hastalığının tipik semptomları ortaya çıkmadan çok önce bilişsel eksikliklerin tespit edilebildiği bilinirken, önceki çalışmalar bilişsel işlevin demanstan önce gerçekte ne zaman azalmaya başladığını belirleyememiştir. Bilişsel performansları inceleyen Amieva ve ark. çalışmalarında, anlamsal bellek ve kavramsal oluşum ölçülerinde ilk azalmanın, bunamadan 12 yıl önce ortaya çıktığı, daha sonra, hafıza şikayetleri ve depresif semptomlardaki artışla birlikte daha fazla açık olduğu, yaklaşık 2 yıl sonra, bilişsel işlev bozukluğunun bir sonucu olarak deneklerin, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmeye başladıkları belirtilmişlerdir (Amieva, 2008). Bu nedenle, hastanın günlük aktivitelerini kolay yapabilmesi için hasta bakım planının yapılması, gerçekleştireceği aktiviteler için de uygun araçların seçilmesi hastanın bakımında önemlidir. İşlerin gruplandırılması, işin sonuna kadar hastanın yanında olunması, konfüzyon ya da dikkat dağınıklığı nedeniyle apatik durum sergilediğinde hatırlatma yapılması, vücut fonksiyonlarının iyi gözlenmesiyle erken tanı konması, hastanın eskiden bildiği yerleri tanınması ve hatırlaması için fotoğraf, resim, yazı gibi ipuçları konulması, kolay giyilen ve çıkarılan kıyafetler giydirilmesi, sıklıkla tuvalete gitmesinin teşvik edilmesi, yeterli miktarda besin ve sıvı almasının desteklenmesi, akşam saatlerinde sıvı almasının kısıtlanması gibi uygulamalar yapılmalıdır (Akyar, 2011).

Uyku düzeninin sağlanması:

Gece için yeterli aydınlatma yapılması, gece uyarıların azaltılması, uyanık ise rahatının sağlanması, güvenliği artıracak önlemler alınması, kısıtlayıcı kullanımının engellenmesi, aktivite-uyku sürelerinin dengeleli olması, gündüz uyanık kalınmasının sağlanması, aktivite ve egzersiz programlarının, eklem hareketliliği açısından desteklenmesi önerilmektedir (Akyar, 2011). McCurry ve ark. nın yaptığı çalışmada (2005) olduğu gibi; uyku problemleri yaşayan AD'li yaşlı yetişkinlerde uykuyu iyileştirdiği bilinen davranışsal tekniklerden (özellikle uyku hijyeni eğitimi, günlük yürüme ve artan ışığa maruz kalma) yararlanabileceğine dair çalışmalar mevcuttur. Hastanın halüsinasyonları ve illüzyonları değerlendirmeye alınarak; güven duygusunun desteklenmesi, düşme riski açısından gece ışıklandırmasının uygun hale getirilmesi, doktor tarafından reçetelenen ilaçların düzenli kullanılması; bilişsel işlevlerin üst düzeyde sürdürülebilmesi açısından önemlidir (Dilek F, 2017).

Çevre güvenliğinin sürdürülmesi:

Sağlık belirleyicileri arasında yer alan çevresel faktörler, sağlıklı yaşam beklentisi düzeylerini değiştirebilir, yaralanma, sakatlık, hastalık ve ölümlerle sonuçlandırabilir. İnsan sağlığı, yaşam biçimi ve davranışlardaki değişikliklerden eşit şekilde etkilenmektedir (Briceno, 2015). Çevre kontrolünün yapılması ve güvenliğin sağlanması, hastalığın tedavisinin uygun zaman ve dozda uygulanması ve tedaviye yanıtın izlenmesi, hastanın zarar görmeyeceği şekilde özgürlüğünü kullanabilmesi

uygulamalarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hastanın bağımsız ve özgür olabilmesi için güvenli bir çevre oluşturulması ve ona zarar verecek kısıtlamaların olmaması ve yanında hastalık ve kimliğini belirten bir etiket bulundurması önemlidir (Akyar, 2011).

Kişisel temizliğin ve bakımın sağlanması:

Demansın bir türü olan Alzheimer hastalığında ilk davranışsal bozulmalar hesap yapma, banka ve telefon kartı kullanma, ev işi, yemek yapma gibi düzenli günlük yaşam aktiviteleri yanında, karmaşık işlerde, mesleki aktivitelerde, ev aletlerini kullanmada, araba sürmede ve para yönetiminde görülürken sonraki süreçte giyinme, temizlik yapma ve banyo yapma v.b. günlük yaşam aktivitelerinde, öz bakım ve kişisel temizlikte bozulmalar şeklinde görülmektedir. En son ise yürüme, beslenme, idrar ve gaita inkontinansında bozukluklar olarak ortaya çıkmaktadır (Emre, 2006). Hasta bireyin bağımsızlığı korunmalı, temiz ve bakımlı görünmesi için özendirici iletişim kurulmalı ve kolaylıkla giyebileceği kıyafetler tercih edilmelidir. Gerçekleştiremediği öz bakım aktivitelerinde (tuvalet, banyo yapma, kıyafet giyme, diş fırçalama, vb.) desteklenmeli, cilt bütünlüğünü koruyacak uygulamalar yapılmalıdır. Hastanın kendi öz bakımına en üst düzeyde aktif katılımı ve sürdürebilmesi, etkin bakımın ana hedefleri arasındadır (Dilek, 2017).

Hasta ihtiyaçlarının karşılanması ve sosyalleşmesi:

Hastaların evde tek başına kalmasını engelleyen gündüz bakım evleri sayesinde meydana gelecek risklere karşı hastanın güvenliği sağlanmakta, hastanın problemlerinin çoğunu azaltıp aktiviteler ile aktif hale getirilmekte, bakım verenle paylaşımının artması sağlanarak, bakım veren kişinin olumsuz duyguları azaltılmakta, bakım veren kişi ve bireye destek sağlanmakta dolayısıyla kurumsal bakımdaki yoğunluğu azaltılmaktadır (ASPB, 2017). Alzheimer hastalığının Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri arasında ise; hastalara yönelik müzik, dans, sanat terapisi, masaj gibi uygulamalar; bilişsel yöntemler, psikososyal uygulamalar arasında anımsama ve onaylama terapisi sayılabilir (Keleş & Özalevli, 2018; Aşiret & Kapucu, 2015). 2016 yılında Altın ve Avcı'nın yaptığı 177 Alzheimer hastasını kapsayan araştırmada; Alzheimer hastalığı tedavisinde farmakolojik içeriği olmayan tedavi yöntemlerinden en sık dini uygulamaların tercih edildiği (%51,4) saptanırken, 2. sırada bitkisel yöntemlerin (%30,5) olduğu belirlenmiştir. Alternatif tıp yöntemi olarak kullanılan bir yöntem de ise masaj terapisinin (%21,5) kullandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca alternatif yöntemlerden biri olan müzik terapisinin de kullanıldığı zaman yararlı olabileceğini gösteren araştırmalar da mevcuttur (Lök & Bademli, 2016). Bu tedaviler bazen faydalı olurken bazen de hastaların veya yakınlarının hastaların iyileşebileceği vaatleriyle suistimaline neden olabilmektedir (Keser, 2019).

Demanslı Hasta İle İletişim Kurma

Demans türlerinden Alzheimer hastalığı (AH) için depresyon, en sık görülen psikolojik semptomdur. Ancak, depresyonun gerçekten AH'nın bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı yoksa tek başına bir risk faktörü mü olduğu hala bilinmemektedir. Psikolojik semptomlar kişilikteki ve ruh halindeki değişiklikleri içerir. AH hastaları şüpheli oldukları için bir şeylerini kaybettikleri zaman çalındıklarını düşünebilirler, buldukları gün ve zamanı hatırlamadıklarında kafa karışıklığı yaşayabilirler endişeli, depresif, ve korkulu olabilirler (Alberdi, 2016). Yüksek doyumla çalışan hemşireler vasıtasıyla, hasta ve hasta yakınlarına yönelik; sağlık bakım hizmetleriyle ilişkili olarak yapılan bakımın kalitesinin ve hasta memnuniyetinin de artması da sağlanmaktadır (Karahan, 2009). Bireyin çevre ile etkileşimini anlamak açısından King'in kuramı, hemşirelere yol gösterici olacaktır. King'in Kavramsal Sistem Kuramı hemşirelik sürecinde plan yapma ve uygulama aşamalarını içerdiğinden dolayı, hemşire ve hastanın arasında etkileşim odaklı olan girişimler için yoğunlaşılmasına olanak tanır. Alzheimer hastalarında beklenen bilişsel kayıplar söz konusu olduğundan dolayı etkileşimin büyük kısmı genellikle bakım verici kişi ve hemşire arasında gerçekleşmektedir. Girişimler ve değerlendirmeler

incelendiği zaman etkileşimin sağlandığı görülmektedir. Aynı zamanda, düzenli yapılan ev ziyaretlerinin yanında, kuramın amaca varmaya yönelik olması değerlendirmelerin bireyin kendisine ve çevresine özgü özellikte olmasını sağlamaktadır (Vieira, 2013).

Gerçeğe Oryantasyon

Demanslı hasta bakımında kullanılması önerilen bir diğer program, gerçeğe oryantasyondur. Oryantasyon, hastanın zamana, yere, güne, mekana, mevsime uyum sağlamasının genellikle faydalı olacağı düşünülmeyle birlikte orta ve ileri düzeyde demanslı hastalar için beklentilerin gerçekçi olmaması ve hatırlayamadıkları zaman stres altında kalmalarına neden olabileceği bildirilmektedir. Bu yüzden, demanslı birey oryantasyonunun yapılandırılmadan/ duruma uygunluk içermesi tavsiye edilmektedir (Ebersole, 2008). Bilişsel uygulamalardan; bilişsel rehabilitasyon, bilişsel eğitim, bilişsel uyaran oluşturma, gerçeğe oryantasyon terapisi ayrıca psikososyal uygulamalardan; geçerileştirme ve onaylama terapisi, anımsama terapisi; fiziksel aktivite uygulamalarından; egzersiz terapisi; duyuşsal uygulamalardan; masaj, aromaterapi, müzik, ışık, terapotik dokunma ve snoezelen (çoklu duyuşsal uyaran verme) terapileri yer almaktadır (Olazaran,2010; Herholz, 2013; Akyar, 2011). İngiltere'deki hasta bakım evlerinde uygulanan farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olarak ilk sırada anımsama terapisi yer alırken, 2. sırada gerçeğe oryantasyon terapisinin yer aldığı gözlemlenmiştir (DSDC, 2002).

Geçerileştirme Terapisi

Bilişsel bozukluklara sahip yaşlı bireyler için, Naomi Feil tarafından geliştirilen geçerileştirme terapisi, hastanın duygularını ifade etmesin temelinde bir terapidir (Zhou,2012). Geçerileştirme terapisi, kendi içindeki evrelere bağlı kalarak, kişi tarafından sergilenen hareketleri temel alarak, bazı teknikler sunmaktadır. Bunlar yeniden ifade etme, odaklanma, tersini hayal etme, kutuplaştırma, temas ve müzik kullanımı, kişinin duyguları ve ruh halini gözleme olarak yaklaşık 14 tanedir. Her insanın özel olduğu prensibinden yola çıkan geçerileştirme terapisi, demanslı yaşlı bireylerin her biri için özel olarak, bu teknikleri kullanmaktadır. Ayrıca bu teknik Avrupa'da demanslı hastalara sunulan en yaygın ilaçsız tedavi uygulamalarından biridir (Sherman, 1993; Neal, 2007).

Demanslı Hasta Bakımında Hemşirelerin Kullanabileceği Modeller

Türkiye Sağlık Araştırma verileri incelendiği zaman; 65- 74 yaş arası bireylerin %23,2'sinin ve 75 yaş üstü bireylerin %25,6'sının ilerde sağlık problemleri nedeniyle bakım ihtiyaçlarının oluşacağı belirlenmiştir (Karakuş, 2018). Bu veriler öncülüğünde, gelecek yıllarda her dört yaşlıdan birinin bakım ihtiyacının olacağı ortaya çıkmaktadır. 2019 yılı TÜİK verileri incelendiğinde Alzheimer hastalığı ile ilgili olarak, 2017 yılı itibariyle bu hastalıktan yaşamını kaybeden yaşlı sayısının 13 bin 600'e yükseldiği belirtilmiştir (TÜİK, 2019). Demans, ilerleyici özellik taşıması sebebiyle, hastaların değişimler yaşamasına, aile ve bakım veren bireyin yaşantı biçimlerinin sürekli olarak çeşitli şekillerde etkilenmesine ve zorluklar çekmesine neden olan bir süreçtir (Levine, 2010). Temel rolü bakım verme olan hemşirelerin; danışmanlık, eğitici, araştırmacı, tedavi edici, savunucu ve kollayıcı rolleri gereği, demanslı hastayla ilgilenirken yalnız hastanın değil aynı zamanda bakım veren kişinin de gereksinimlerini düşünmesi ve demanslı hastanın tıbbi tedavi sürecinin bir parçası olarak görmesi gerekmektedir (Lök, 2016).

Hasta bakımında yapılacak temel amaçlar; çevrenin destekleyici olmasını ve hasta öz bakımının sürdürülebilmesini sağlamak, günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığını desteklemek, motor aktivitelerini çoğaltmak, benlik saygısının korunmasını sağlamak, bellek, algılama ve öğrenme yeteneklerini en üst düzeyde tutmak ve hastada oluşabilecek gerilemeleri en az düzeye indirgemektir. Hemşireler, bu hedeflere ulaşabilmek amacıyla hasta ve yakınları için hemşirelik girişimlerinde bulunmalıdır. Bu girişimler; hastanın ailesine toplumsal kaynakları kullanmak açısından kılavuzluk

etmek, bakım vericinin eğitimini sağlamak, danışmanlık etmek, hasta ve ailesine bütüncül olarak bakım sunmayı kapsamaktadır (O'Connell, 2013).

Azaltılmış Stres Eşiği Modeli PLST (Progressively Lowered Stres Threshold) Model

Aşamalı Olarak Azaltılmış Stres Eşiği (PLST), demanslı bireylerde davranışsal semptomları azaltmak için kavramsal bir modeldir. PLST temelli müdahalenin, bakım verenlerin yükü, depresyon semptomları ve yaşam kalitesi (YK) ile demanslı bireylerin nöropsikiyatrik semptomları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğini değerlendirmektedir. Bu konuda çalışma yapan Söylemez ve ark. (2016), hasta değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmediğini, PLST modeline dayalı bakımın, aile üyelerinin bakıcı yükünü ve depresyonunu azaltmada ve yaşam kalitelerini artırmada klinik olarak etkili olduğunu ancak bakım olarak rutin bakımdan daha etkili olmadığını bildirmişlerdir (Söylemez, 2016). Biyomedikal, davranışsal ve Aşamalı Olarak Azaltılmış Stres Eşiği modeli dahil olmak üzere demans tedavisinde yaygın olarak kullanılan üç model vardır. Kullanımları ve zayıf yönleri olduğu görülmüştür. Demans hastalarına yönelik müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik etmede, genişletilmiş bir model önerilmekte ve bunun yararına ilişkin açıklamalar sunulmaktadır. Klinik uygulamaya uygunluk olarak, bilişsel işlev konusu ve işlevsiz davranışların varlığı, demans hastalarının bakıcılarının başlıca endişelenme sebepleridir. Semptomları hafifleten ve bilişi geliştiren müdahalelerin, hastaların ve bakıcılarının refahını artırması açısından önemli olduğu ve önerilen bu modelin, müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Cheung, 2011).

Gereksinim Odaklı Riskli Demans Davranışı Modeli NDB (Need- Driven Dementia-Compromised Behaviour) Modeli

Gereksinim odaklı riskli demans davranışı modelinin (NDB) kullanımında; davranışsal semptomları ve nedenlerini anlamaya temellenmiş bir model söz konusudur. Yapılan tüm davranışların bir anlamı vardır ve bir iletişim şeklidir (Akyar, 2011; Ebersole, 2008). Alzheimer Hastalık tanısı almış olan bireylerde kognitif bozulmalar yanısıra düşünce, algı, duygu-durum, ve davranışlardaki bozulmalar sonucunda rastlanan farklı davranışsal ve nöropsikiyatrik problemler görülmektedir (Keleş, 2018). Alzheimer hastalığı, yetenek kaybını belirleyen ilerleyici bir bilişsel, davranışsal ve işlevsel düşüş ile karakterizedir. Nüfusun kademeli olarak yaşlanmasıyla Alzheimer hastalığı, yalnızca bireyleri değil tüm aileyi de ilgilendiren büyük bir sağlık ve sosyal sorun haline gelmeye başlamıştır. Gereksinim odaklı riskli demans davranışı modeli ve nazik bakım modeline göre hastaların en önemli ihtiyaçlarını belirlemek ve bunu evde yönetmek için müdahaleler önerilmektedir. Alzheimer hastalarının bakım ihtiyaçları, evde sevdikleriyle ilgilenen bakıcılar ile yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak araştırılmıştır. "İhtiyaca Dayalı Demans-Riskli Davranış Modeli" hemşirelik kavramsal modelinde önerilen bir veri toplama aracı olarak kullanılmıştır ve veriler, günlük yaşamın çeşitli aktiviteleri için bakıcılarına yüksek derecede hasta bağımlılığını vurgulamaktadır. Aynı zamanda bakıcıların da günlük yaşamlarında yardımcı olabilecek profesyonellerden aldıkları bilgi ve desteğin yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. Toplanan verilere dayanarak, hastalara en iyi şekilde bakmak için en uygun görünen bir dizi bakım müdahalesi belirlenmiştir ve ayrıca aile bakıcılarının temel ihtiyaçları da belirlenmesinin gerekliliği ve bakıcı sorumlulukları konusunda daha fazla bilgi ve desteğe ihtiyaçları olduğu ortaya çıkarılmıştır (Gallese, 2013).

Ajitasyonu Tanımlamak için Önerilen Müdahaleler TREA (Treatment Routes for Exploring Agitation)

Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, başlangıçta ajitasyonu ölçmek için araştırmada kullanılmak üzere geliştirilmiş ve daha sonra klinik ortamlarda kullanılan bir araçtır (Brett, 2020). Altınöz ve ark.; ajitasyon davranışlarının bilişsel işlev bozukluğu, depresyon belirtileri ve genel işlevsellik düzeyi ile

ilişkilendirilmiştir (Altınöz, 2015). Demanslı hasta gereksinimlerini ortaya çıkarmak için kullanılan başka bir modeldir. Ajitasyon ve agresyon türü davranışları anlamamanın, müdahalelerin tipinin belirlenmesi açısından ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Ağrı-rahatsızlık, iletişim sorunları, uyku düzensizlikleri, ani gelişen problemler, sosyal iletişim eksikliği, depresyon, algı problemleri, otokontrol sorunu, yorgunluk endişe, yalnızlık, korku gibi faktörler davranışsal özellikte belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Akyar, 2011; Ebersole, 2008). Evde bakım hizmetinden faydalanan Alzheimer hastası için, Imogene King'in Kavramsal Sistem Modeli' içeriğine göre hemşirelik bakımı sunmak amacıyla yapılan çalışmada, elde edilen veriler eşliğinde, Imogene King'in kavramsal sistem modelini rehber alarak, NANDA'nın hemşirelik tanımlarının konulması sağlanarak, bakım planı yapılmıştır ve gerekli girişimler uygulanmıştır. Sonuçta, King'in Kavramsal Sistem Modeli'ne göre Alzheimer hastalarına uygulanacak olan hemşirelik bakımının, hasta, bakım veren kişi ve hemşire etkileşimlerini desteklediği bulunmuştur (Gök Uğur H, 2017). Alzheimer hastalarının bakımında, hastanın öz bakımını sağlama, gereksinimlerini belirleme, davranış değişikliğini yönetme gibi konularda aile üyelerinin desteğe ihtiyaçları var olduğu tespit edilmiştir (Akyar, 2009). Bu sebeple, Alzheimer hastalarının sağlığının, işlevsellik ve rahatının en üst seviyede sürdürülebilmesi için hemşireler tarafından ev ortamında da bakım verilmesi konusu önemlidir (Geriatric ve Hasta Bakımı, 2013). Hemşirelik bakımının bir model kılavuzluğunda yapılması hasta bakımının etkinliğini artırmaktadır (Allgood, 2006).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda bakım sürecine dair önemli bulgular elde edilmiştir. Bir çalışmanın bulgularında; ülkemizde Alzheimer tanısı konulan hastaların %38'i 79-84 yaş grubunda bulunmakta olup, %74'ü kadındır, %36'sı ilköğretim mezunu ve %64'ü bekârdır. %72'si 3 ve daha fazla çocuk sahibi, %58'i ev hanımı ve tamamı sosyal güvencesi olan bireylerdir. Literatürde yaşlı bakımında, altı ana grubun var olduğu bilinmektedir, bunlar: çalışanlar, devlet hizmetleri, sivil toplum örgütleri, bakım verenler, yaşlıların kendileri ve aileler olarak sınıflandırılabilir. Ancak dünyadaki birçok örnekte görüldüğüne göre, farklı gruplar ve farklı paydaşların yaptığı çalışmaların birbiriyle koordinasyon göstermediği ve sistematik olarak ilerlemediği gözlenmektedir. Dahası yapılan çalışmalar ve elde edilen verilere göre, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin çok çeşitli ve büyük güçlükler yaşadığı tespit edilmiştir (ASPB, 2017). Bu durumlar dikkate alındığında, 65 yaş üstü bireylerin sağlıklı olma beklentileri dahilinde, halk sağlığının korunması açısından bu çalışmanın önemi bir kat daha anlaşılabilir (Gürbüz, 2020). Demanslı hasta bakımında hedeflenen temel ilkeler; hastanın fonksiyonlarının korunması, çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, engellerinin azaltılması, hastanın bireyselliğini koruyarak, yaşam kalitesinin devamlılığını sağlayacak tedavi şartlarının sağlanmasıdır (Akyar, 2009). Demansla seyreden başlıca hastalık olan Alzheimer hastalığında tanı ve tedavinin erken başlatılması, hasta ve hastaya bakım hizmeti veren kişi açısından önemlidir. Bakımı uzun süren AH'lığında disiplinlerarası ve ekip çalışması ile hasta ve ailesinin bir bütün olarak ele alınması planlanmalıdır. Hastaya bakım verenler hastalıkla ilgili olarak, ulusal dernekler ve hasta bakımında faydalanabileceği kaynaklar için bilgilendirilmelidir (Dilek, 2017).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Demans hastalığı ve en sık görülen tipi olan Alzheimer hastalığı; progresif bir süreç izleyen geri dönüşsüz bir hastalık olup, kazanılmış davranışlar ve sosyal becerilerde bozulma, bilinç bozukluğu, problem çözme yetisinde azalma, günlük yaşam aktivitelerini yapamama gibi olumsuzluklarla seyreden bir tablo sergilemektedir. Hastalık süresince hemşirelerden beklenen durumlar; hastaların gereksinimlerini tanımlamaları, sözlü ve sözsüz ifadelerini anlamaları, doğru bakım planı yaparak uygun bakımı verebilmeleridir. Ayrıca ekip çalışmasını önemsemeleri, hastanın bakımı ve hastalığın tüm aşamalarında destek olmaları da beklenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ve hemşire yardımcılarının konu hakkında güncel ve pratik bilgilere sahip olması ve bu bilgilerle bakımı

yönlendirerek, bu zorlu süreci iyi yönetebilmeleri, toplum sağlığının devamlılığı açısından çok önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: 1–20.
- Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı Yaşlı Sağlığı Modülü 5.1. Sağlıklı Yaşlanma, 2013.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2017). Demans Bakım Modeli Raporu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, ASPB, Ankara.
- Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara.
- Akyar İ, Akdemir N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 16(3): 32-49.
- Akyar İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 18(2): 79-88.
- Alberdi, A., Aztiria, A., & Basarab, A. (2016). On the early diagnosis of Alzheimer's Disease from multimodal signals: A survey. *Artificial Intelligence In Medicine*, 71: 1-29.
- Alligood MR. (2006). Philosophies, models and theories: critical thinking structures. In: Alligood MR, Tomey AM, Editors. *Nursing theory: utilization and application*. 3rd ed. St. Louis: Mosby/Elsevier. pp. 43–65.
- Altın, A., & Avcı, İ. (2016). Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *Preventive Medicine Bulletin*, 15(6): 525-531.
- Altunöz U, Özel Kızıl ET, Kırıcı S, Baştuğ G, Biçer Kanat B, Sakarya A, Er O, Turan E. (2015). Demans Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri ile Değerlendirilen Ajitasyon Boyutlarının Araştırılması [Dimensions of Agitation Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in Patients with Dementia]. *Türk Psikiyatri Derg.* 26(2): 116-122.
- Alzheimer's Association. (2017). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*, 13: 325-373.
- Amieva H, Le Goff M, Millet X, Orgogozo JM, Pérès K, Barberger-Gateau P, Jacqmin-Gadda H, Dartigues JF. (2008). Prodromal Alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *Ann Neurol.*, 64(5): 492-498.
- Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2015). Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 60-68.
- Atkan F. Demans bakım vericilerine göre hastaların nöropsikiyatrik belirtileri ile günlük yaşam aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek lisans tezi, 2017, Ankara.
- Bahar L, Erden Ertürk S, Reşitoğlu B, Kar H. (2017). Investigation of Professional Targets and Expectations of First and Emergency Aid and Perfusion Technology Program Grades: A Pilot Study. *Arch Med Invest*; 2(1): 8-13 doi:10.5799/ahinj.03.2017.02.008.

- Brett L, Traynor V, Meedya S, Stapley P. (2020). Impressions of using the Cohen-Mansfield Agitation Inventory as an outcome measure: Lessons learnt for future clinical researchers (innovative practice). *Dementia*; 19(2): 464-471.
- Briceno, L.- Varona, M. (2015). "The Effect of Determinant Occupational And Environmental Factors İn Health" *Biomedica*, 35: 5-7.
- Cheung DS, Chien WT, Lai CK. (2011). Conceptual framework for cognitive function enhancement in people with dementia. *J Clin Nurs*; 20(11-12): 1533-1541.
- Dementia Services Development Centre (DSDC)-Wales: Services for people with dementia in Wales. (2002). (Report No.1: Residential and nursing home care in Wales).URL:<http://dcdc.bangor.ac.uk/documents/serviceevaluations/DSDC%20Report>
- Dilek F, Ünal A, Ünsar S. (2017). İleri Evre Demans Hastasında Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, *HSP 4*; (2); 125-131.
- Duffy, H. (2005). The Alzheimer's Association National Policy Agenda, *Nc Med.*, 66(1): 26-29.
- Ebersole P, Hess P, Touhy TA, Jett K, Luggen AS. (2008) Toward Healthy Aging Human Needs and Nursing Response. Mosby Elsevier Company. Canada.
- Emre M. (2006). 99 sayfada Alzheimer, parkinson ve yaşlılığın diğer beyin hastalıkları, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Erkol G. (2005). Kognitif bozukluklar ve demans. İ.Ü. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi*; 42: 237-248.
- Gale SA, Acar D, Daffner KR. (2018). Dementia. *Am J Med.* 131(10): 1161-1169. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.01.022.
- Gallese G, Stobbione T. (2013). Il modello "Need-driven-Dementia-compromised-Behavior" e la teoria "Gentle Care" come risposta assistenziale alla malattia di Alzheimer ["Need-driven-dementia-compromised-behavior" model and "gentle care" as answer to Alzheimer's disease]. *Prof Inferm.* 66(1): 39-47.
- Gök Uğur H, Orak O.S, Ağaçdiken Alkan S, Yüksel Ş. (2017). Evde Bakımda Alzheimer Hastasının Imogene King'in Kavramsal Sistem Modeline Göre İncelenmesi: Olgu Sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 8(1):48-53.
- Gürbüz M. Sağlık Belirleyicilerin Nesiller Boyunca Hareketinin İncelenmesi: Alzheimer Örneği, Yüksek Lisans Tezi, 2020; Gebze.
- Gürvit H. (2010). Alzheimer ve Alzheimer dışı demanslar. URL: <http://www.itfnöroloji.org/demans/demans.htm>.
- Hanağası H. (2010). Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim*; 10(1): 44-47.
- Herholz SC, Herholz RS, Herholz K. (2013). Non-pharmacological interventions and neuroplasticity in early stage Alzheimer's Disease. *Expert Rev Neurother*; 13(11): 1235-1245.
- Karahan A. (2009). hekimlerin örgütsel bağlılık ve iş tatmini ilişkisinin incelenmesine yönelik bir araştırma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23: 421-432.
- Karahan, A. Y., İslam, S. (2013). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, *MÜSBED*; 3: 51-57.

- Karakuş B, Dalkılıç Y. (2018). Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı Ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Keleş E, Özalevli S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3 (2): 39-42.
- Keser, E. N. (2019). Alzheimer hastalarına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(2): 121-128.
- Levine C, Halper D, Peist A, Gould DA. (2010). Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Aff (Millwood)*; 29: 116–124.
- Lök, N., & Bademli, K. (2016). Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches In Psychiatry*, 8(22173): 266 -274. doi: 10.18863/pgy.238188
- Marziali E, McCleary L, Streiner DL. (2010). Evaluation of an assessment battery for estimating dementia caregiver needs for health and social care services. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.*, 25(5): 446-454.
- McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. (2005). Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 53(5): 793-802.
- Möller HJ, Graeber MB. (1998). The case described by Alois Alzheimer in 1911. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248: 111-112.
- Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. The Cochrane Library, Issue 1, 2007.
- Nowrangi MA, Rao V, Lyketsos CG. (2011). Epidemiology, assessment, and treatment of dementia. *Psychiatr Clin North Am*; 34(2): 275-294.
- Nursing Management of Dementia. E- Books on Nursing. URL: <http://www.nursingplanet.com/dementia/>
- O’Connell ME, Germaine N, Burton R, Stewart N, et al. (2013). Degree of rurality is not related to dementia caregiver distress, burden, and coping in a predominantly rural sample. *J Appl Gerontol.* 32: 1015–1029.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Ser T, et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer’s disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2): 161-178.
- Ören, N., Özdemir, S. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (2016), İstanbul.
- Özkan, E. (2016). Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları, Ankara: Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı.
- Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46: 38-42.
- Piers, R., Albers, G., Gilissen, J. et al. (2018). Advance care planning in dementia: Recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care*: 17, 88.

- Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 9(1): 63-75.
- Sachs GA, Shega JW, Cox-Hayley D. (2004). Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 19(10): 1057-1063.
- 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*. 8: 827.
- Savaş S, Akçiçek F. (2010). Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*. 49(3): 19-30.
- Schulz R, Beach SR. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects. *JAMA*. 282: 2215–2219.
- Selvi, H. (2016). Hekim adaylarının akademik başarılarını etkileyen değişkenlerin ikili karşılaştırmalar yöntemiyle ölçeklenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9: 32-52.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., Grover, S., (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World J Psychiatry*, 22, 6(1), 7–17. doi: 10,5498/wjp.v6.i1.7.
- Shega JW, Levin A, Hougham GW, et al. (2003). Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description. *J Palliat Med.*; 6: 315–320.
- Sherman E. (1993). Mental health and successful adaptation in later life. *Generations*, 17: 43-46.
- Soysal P, Isik AT. (2016). Effects of Acetylcholinesterase Inhibitors on Nutritional Status in Elderly Patients with Dementia: A 6-month Follow-up Study. *J Nutr Health Aging*. 20(4): 398-403.
- Söylemez BA, Küçükgüçlü Ö, Buckwalter KC. (2016). Application of the Progressively Lowered Stress Threshold Model with Community-Based Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol Nurs*. 1; 42(7): 44-54.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi (2017). Demans Bakım Modeli Raporu. Demet ÖZBABALIK, Shereen HUSSEIN, Çankaya, Ankara.
- T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar (2019). Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni.
- Torti, F.M., Gwyther, P., Reed, S.D. (2004). A multinational review of recent trends and Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2013.
- Vieira LL, Freitas CASL, Brito MCC. (2013). The elderly and the family caregiver: the home care in the light of Imogene King. *J Nurs UFPE*; 7: 5500–5509.
- Weiner MF, Doody RS, Sairam R, Foster B, Liao TY. (2002). Prevalence and incidence of major depressive disorder in Alzheimer's disease: findings from two databases. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 13(1): 8-12.
- Yavuz Balam B, Arıoğlu S. (2008). Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(1): 14-23.

Zhou W, He G, Gao J, Yuan Q, Feng H, Zhang CK. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr*, 54: 440-447.