

Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri

Nursing Care of Demented Patient and Care Models

(Derleme)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 79-88

Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR*

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplum içinde bir sorun haline gelmektedir. Yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşılaşılan, damarsal-dejeneratif değişimlere bağlı olarak gelişen demans hastalığı geri dönüşsüz ve ilerleyici bir süreç izlemektedir. Demanslı hasta bakımında temel hedefler hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların kompanse edilmesi, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecekt terapötik ortamın sağlanmasıdır. Bu hedeflere ulaşmak için hemşirelerden güncel ve pratik bilgiler ile hastaların gereksinimlerini tanımları, doğru araçları seçmeleri ve uygun bakım vermeleri ve bakım verenlere tanı, tedavi, bakım ve hastalığın tüm evrelerinde destek olmaları beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demans, hasta bakımı, hemşirelik, bakım modelleri

ABSTRACT

Parallel with rapid increase in elderly population, common problems seen in old age becoming a problem for community. A major health problem of aging society's dementia becomes due to vascular-degenerative changes and follows a progressive and irreversible process. The main objectives for dementia care is to protect the functionality and reduce disability of the patient, regulation of environment and the relations to maintain stability, to compensate the losses caused by disease, and to ensure the therapeutic environment to protect and ensure the quality of life. To achieve these goals nurses are expected to recognize the needs of patient with current and practical information, to choose the right tools and give appropriate care; and to support the caregivers in all stages of disease, diagnosis, treatment and care process.

Key Words: Dementia, patient care, nursing, care models

Giriş

Yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplum içinde bir sorun haline gelmektedir. Yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşılaşılan ve damarsal-dejeneratif değişimlere bağlı olarak gelişen demans 65 yaş ve üzeri bireylerde %5 oranında, 80 yaş civarında %20 oranında görülmektedir¹⁻². Dünyada 2001 yılında 24 milyon olarak tahmin edilen demanslı hasta sayısının 2050 yılında 81 milyona yükselmesi beklenmektedir³.

Latince zihin anlamına gelen “*mens*” kelimesinden türemiş olan demans zihnin yitirilmesi anlamına gelmektedir³. Demans, kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entellektüel kapasitenin azalması ile bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur. Bilişsel işlevlerde bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk oluşmaktadır^{1,2,4}.

Klinik olarak demans tanısının konabilmesi için hastanın zihinsel fonksiyonlarında sonradan oluşan bozulma, bellek, dikkat, dil gibi kazanılmış zihinsel işlevlerde birden fazla kaybın olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelmesi beklenmektedir⁵. Demans aylar-yıllar süren sinsi başlangıcı ve ilerleyici gidişi ile deliryum tablosundan⁶; gün içinde günlük hayatı etkilemeyen ve ilerleyici olmayan yaşa bağlı basit unutkanlıklar, depresyon ve hafif bilişsel bozukluklardan ayırt edilmelidir⁷. Demans tanısında kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV tanı kriterlerine göre demans kriterleri aşağıda yer aldığı gibidir^{4,5}.

1. Bellek bozukluğu ve aşağıdakilerden en az bir tanesini içeren, birden çok bilişsel alanda bozukluk
 - a. Afazi (Lisan bozukluğu)
 - b. Agnozi (Duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)
 - c. Apraksi (Motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirememe)
 - d. Yönetimsel işlevlerde bozukluk (Planlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)
2. Bilişsel bozukluğunun
 - a. Mesleki ve sosyal işlevleri etkileyecek düzeyde olması
 - b. Daha önceden var olan daha yüksek bir işlev düzeyinden düşüşe yol açması
3. Deliryum varlığında demans tanısı konulmaması
4. Genel tıbbi bir bozukluğa, toksine maruz kalmaya, madde kötüye kullanımına ya da ikisinin kombinasyonuna bağlanması

Demans hastalığı dejeneratif, vasküler, travmatik, demiyelinizan, neoplastik, infeksiyöz, inflamatuvar, sistemik ve toksik nedenler olmak üzere çeşitli nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır. Demanslar etiyolojilerine, lokalizasyonlarına ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılabilirler^{4,5}.

Demans hastalığı etiyolojisine göre primer ve sekonder olmak üzere sınıflandırılmaktadır⁸. Primer demanslar merkezi sinir sisteminin nörodejeneratif hastalıkları olan Alzheimer hastalığı, Diffüz Lewy cisim hastalığı, fronto-temporal

demans, motor bozuklukla olan demans, çeşitli pediatrik demans ve ender demanslar şeklinde sınıflandırılmaktadır^{4,8}. Sekonder demanslar ise nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığın seyri sırasında demans oluşturan hastalıkları içermektedir. Bunlar vasküler demans, normal basınçlı hidrosefali, toksik-metabolik demanslar, infeksiyonlar, kafa içi yer kaplayıcı ve otoimmün-inflamatuar hastalıklardır^{4,8}.

Demans lokalizasyonuna göre yaygın olarak kabul görmemekle birlikte kortikal ve subkortikal demans olarak incelenebilmektedir. Kortikal demansta lezyonlar beyin korteksinde (gri cevherde), subkortikal demansta derindeki beyaz cevherdedir. Demans alt tiplerinin ayrımı klinik belirtiler ile yapılır. Alzheimer hastalığı gibi kortikal demanslarda ağır bellek bozukluğu ve semantik afazi ön plandadır; hasta akıcı konuşabilir, sorulara normal yanıt verebilir ve kendi ortamında aktivitesi normaldir. Huntington hastalığı gibi subkortikal demanslarda hasta çevreye karşı daha uyanıktır, cevap vermesi yavaşlamıştır, konuşması genelde akıcı değildir ve kompleks cümleler kurmakta zorlanır. Bellek bozukluğu daha hafiftir, semantik alanla ilgili daha az güçlük yaşar ve yönetici işlevlerde sorunlar vardır. Ayrıca motor bozukluklara subkortikal demanslarda sık olarak rastlanır⁹.

Demans oluşturan en sık nedenlerden biri %50-60 görülme sıklığı ile Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı ilk kez 1907 yılında bellek kaybı, konuşma yeteneğinin bozulması, paranoid belirtiler ve delüzyonlar ile tanımlanmıştır ve nöropatolojisinde nörofibriler yumaklar ve senil plaklar yer almaktadır¹⁰. Korteks, limbik sistem ve hipokampusta oluşan nörodejenerasyon ile konuşma, oryantasyon, karar verme gibi bilişsel işlevler ve bellek, bilgi depolama işlevleri etkilenmektedir.

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, alüminyum, elektromanyetik alan sayılmaktadır^{4,5,8}.

Klinikte demans hafif, orta ve ileri demans olarak üç evreye ayrılabilir^{5,6,11}.

Hafif evrede; hastalarda ilerleyici özellikte günlük yaşamı etkileyen unutkanlıklar, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmada güçlük, eşyaların yerini hatırlamakta güçlük ve hatırlatıcı liste yapma gibi belirti ve davranışlar görülür. Yeni tanınan yabancıların isimleri unutulabilir, dalgalı seyreden bellek bozukluğunda yakın bellek kaybı ön plandadır ve uzak hafıza görece korunmuştur. Konuşma akıcılığı etkilenir ve özellikle karmaşık konularda sözcük bulma zorlaşır. İş ve ev yaşamı sürdürülebilir, hesap yapmada, kompleks finansal aktivitelerde, uygun elbise seçiminde zorlanma olabilir^{5,6,8,9,11}.

Orta evrede; bellek bozukluğu ilerlemiş, eski olayları da unutmaya başlamış olabilir. Seyrek görülen yüzler unutulur, yer 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^{5,6,8,9,11}.

İleri evrede; demans hastası tamamen geçmişte yaşar ve en yakınlarını bile tanınamaya başlar. Tanıdık çevrede kaybolan hasta konuşma içeriğini zaman ve yere uyduramaz ve afazik hale gelir. Amaçsız gezinme, tekrarlayıcı hareket, ajitasyon görülür. Evrenin sonuna doğru tam bağımlı bir hal alır^{5,6,8,9,11}.

Demansta ortaya çıkan belirtiler kognitif, davranışsal, işlevsel, motor, otonom ve uyku başlıkları altında ele alınabilir^{8,12}.

1. Kognitif Alan

- Bellek: Yakın ve uzak geçmişe ait hatırlama sorunları
- Dikkat: Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
- Dil: Kelime bulma, anlama, okuma, yazma, hesaplama güçlükleri
- Görsel-mekansal işlevler: Dolaşma, yazı karakterinde değişiklik
- Yürütücü işlevler: Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
- Praksis: Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri
- Gnosis: Nesnelere tanıma, mekanda birbirinden ayırmada bozukluk

2. Davranışsal

- Kişilik değişiklikleri: Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
- Duygu durum bozuklukları: Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama
- Algı bozuklukları: Görsel ve diğer halüsinasyonlar ve bunlara bağlı davranış değişiklikleri
- Düşünce bozuklukları: Hırsızlık, sadakatsizlik

3. İşlevsel

- Günlük yaşam aktiviteleri: İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler, hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisinde azalma
- Kendine bakım: Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolünde bozukluk

4. Motor

- Yürüyüş bozukluğu, düşmeler, donup kalma, dengesizlik, hareket yavaşlığı, kaslarda güçsüzlük, erime, seyirme

5. Otonom

- İnkontinans, empotans, ortostatizm, konstipasyon, terleme

6. Uyku

- REM-davranış bozukluğu, aşırı gündüz uykusu, uyku apne sendromu

Demans tanısı için hastadan ayrıntılı öykünün alınması, nörolojik ve mental muayene yapılması gereklidir. Demans şüphesi olan hastaya tam kan sayımı, biyokimya, tiroid-karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, vitamin B12 incelemesi, kranyal manyetik rezonans görüntülemesi yapılmalıdır. Nöropsikolojik testler evlendirmeye, gelişimi izleme ve hastalığın diğer hastalıklarından ayırt edilmesi için kullanılabilir^{5,8,11,12}.

Demans hastalığına yönelik etkin bir tedavi bulunmamaktadır. Yeni tedavi seçenekleri üzerinde çalışmalar sürmekle birlikte günümüzde hastalığı modifiye edici, semptomatik ve koruyucu tedaviler kullanılmaktadır. Güncel olarak kullanılabilen tedaviler hastalığın ilerleme sürecini yavaşlatmak ve semptomları yönetmek üzerinde odaklanmıştır. Tedavi başarısı bu nedenle semptom şiddeti ve bakım veren yükü/tükenmişliği ile ölçülmektedir^{5,9}.

Demans tedavisinden beklenenler;

1. Kognitif ve fonksiyonel bozulmayı durdurmak ya da yavaşlatmak,

2. Davranışsal ve psikiyatrik semptomları tedavi etmek,
3. Bakım verenin yükünü azaltmak,
4. Bakımevi ve hastaneye yatışı geciktirmektir¹³.

Davranışsal ve psikiyatrik belirtiler demans hastalıklarında sık karşılaşılan ve bakım verenlerin zorlanmasına neden olan en önemli sorunlardır^{12,14}.

Davranışsal ve psikolojik belirtiler içinde delüzyon, halüsinasyon, yanlış tanımlamalar, ajitasyon, amaçsız gezinmeler, huzursuzluk, disinhibisyon, apati, negativizm, duygusal dalgalanma, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve uygunsuz cinsel davranışlar yer almaktadır. Demanslı hastalara bakım verenlerle yapılan görüşmelerde belirtilerin %50-90 sıklıkta ortaya çıktığı belirtilmiştir. Davranışsal ve psikolojik belirtilerin yönetiminde non-farmakolojik ve farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Farmakolojik yaklaşımlar içinde antipsikotikler, antidepresanlar, antikonvülsanlar ve benzodiazepinlerin kullanılabileceği belirtilmektedir¹⁵.

Davranışsal ve psikolojik belirtilerin yönetiminde non-farmakolojik yaklaşımların farmakolojik tedaviden önce kullanılması önerilmektedir. Non-farmakolojik yaklaşımlar çevre düzenlemesi, ışık tedavisi, müzik tedavisi, pet terapisi, egzersiz, dans, sosyal etkileşim gibi aktivite tedavisi ve özel davranışsal teknikleri içermektedir. Yoğun klinik deneyimler non-farmakolojik tekniklerin kullanımını desteklemekte ve bazı araştırmacılar farmakolojik tedavilerden daha etkili ve kabul edilebilir olduklarını ifade etmektedir. Huzurevinde aktivite programı ile yapılan bir çalışmada 6 aylık uygulama döneminin ardından kontrol grubunda %51 oranında olan davranışsal sorunlar tedavi grubunda %29 olarak tespit edilmiş ve tedavi grubunda psikotrop ilaç kullanımı kontrol grubuna göre yarı düzeyde kalmıştır. Egzersiz, aktivite grubu ve sosyal etkileşimin kullanıldığı çalışmalarda bilişsel uyarının artırıldığı ve ajitasyon gibi problemleri davranışların azaltıldığı saptanmıştır¹⁵⁻¹⁷.

Hermann tarafından müzik ve ışık ile yapılan çalışmalarda da ajitasyon ve uyku bozuklukları üzerinde olumlu yanıtlar alındığı belirtilmiştir¹⁵.

Hemşireler demans tanısı almış hastaya toplumda, hastanede ve uzun dönem bakım kurumlarında bakım verebilmektedir. Hemşireler ayrıca demanslı hastaların aileleri ve ekiple çalışmakta, en iyi bakımın sağlanması için eğitim, bilgi ve destek vermektedir. Demanslı hastalar sıklıkla evlerinde yakınları tarafından bakılmaktadır, hemşireler aile bireylerine hastalığın anlaşılması ve en etkili uygulamaların yapılması konusunda destek olmalıdır¹⁴.

Demanslı hasta bakımında hemşirelerin kullanabileceği pek çok model bulunmaktadır¹⁸⁻²².

Azaltılmış Stres Eşiği Modeli

PLST (Progressively Lowered Stres Threshold) Model

Azaltılmış Stres Eşiği Modeli demanslı hastaların bakımını planlama ve değerlendirmede kullanılan ilk modeldir. PLST modeli demans belirtilerini dört evreye ayırmaktadır.

1. Bilişsel/entelektüel kayıp
2. Duygusal/kişilik değişimleri
3. İşlevsel yeteneklerde azalmaya neden olan planlama ve geri getirme yetenek kaybı

4. Ajitasyon ve katastrofik tepkiye yol açan stres eşliğinde kayıp

Ajitasyon gibi davranışsal belirtiler kişinin istek ve uyarılarla baş etme yeteneğinde azalma nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Davranışsal belirtilere yorgunluk, çevre-rutin-bakım veren değişimi, azalmış-uygunsuz uyarın, yeteneklerin üzerinde içsel-dışsal talepler ve ağrı-rahatsızlık-akut hastalık-depresyon gibi beş yaygın stresör neden olmaktadır.

Modelin kullanımında bakım stresörlerin azaltılması ve güvenli, bilinen çevre oluşturulması şeklinde yapılandırılmaktadır. Model kullanımı sonucunda uyku saatinde artma, gece uyanma sıklığında azalma, sedatif ve trankilizan kullanımında azalma, kiloda artma, sosyalizasyonda artma, anksiyete-ajitasyon davranışlarında azalma, bakım veren doyumunda artma ve fonksiyonellikte artma bildirilmiştir.

Azaltılmış Stres Eşiği Modeli Bakım Prensipleri¹⁸⁻²²

1. Fonksiyonelliği sürdürmek
2. Hasta saygınlığını ve bakım ilişkisini korumak
3. Anksiyete ve strese neden olan davranışları tanımak, uyarınları azaltarak anksiyeteden uzak tutmak
4. Bakım verenlere demanslı bireyi gözleme ve davranışları değerlendirmeyi öğretmek
5. Çevreyi kaybedilen becerilerin desteklenmesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlemek
6. Bakım verenlere eğitim, destek, bakım ve problem çözme konularında destek sağlamak

Gereksinim Odaklı Riskli Demans Davranışı Modeli

NDB (Need- Driven Dementia-Compromised Behaviour) Model

Gereksinim odaklı riskli demans davranışı modeli davranışsal semptomları ve nedenlerini anlamaya temellenmiş bir modeldir. Tüm davranışlar bir anlama sahiptir ve bir iletişim biçimidir. NDB modelinde temel yaklaşım her davranışın bir gereksinime ilişkin mesaj olduğu ve gereksinimin kişinin alışkanlıkları, geçmiş öyküsü, fizyolojik durumu, fiziksel ve sosyal çevresi dikkatlice değerlendirildiğinde tanımlanabileceği düşüncesi yer almaktadır. Davranış rahatsız edici olarak kabul edilmemekte, bir anlamı olduğu ve gereksinimi anlattığı belirtilmektedir. Modelde demanslı hastanın sergilediği davranışın bilişsel kayıp, eğitim, kişilik özellikleri, strese yanıt gibi bireysel faktörlerle; açlık, ağrı, fiziksel çevre gibi durumsal faktörlerle; bakım veren değişimi, yakınların ortamda bulunması gibi sosyal çevre ile etkileşim nedeniyle oluşabileceği düşünülmektedir. Demanslı hasta bireyin davranışına en uygun bakım, davranışa neden olan faktörlerin değiştirilmesi, bireyin güçlü yönlerinin artırılması ve sınırlılıklarının azaltılmasıdır¹⁸.

Ajitasyonu Tanımlamak için Önerilen Müdahaleler

TREA (Treatment Routes for Exploring Agitation)

Cohen-Mansfield'in modeli demanslı hastaların gereksinimlerini belirlemek için kullanılan bir başka modeldir. Ajitasyon ve agresyon gibi davranışları anlama

müdahalelerin belirlenmesi için gerekli olarak görülmektedir. İletişim eksiklikleri, ağrı-rahatsızlık, akut tıbbi problemler, uyku bozuklukları, algı bozuklukları, depresyon, sosyal iletişime gereksinim, kontrol kaybı, korku, yalnızlık, yorgunluk gibi faktörler davranışsal belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Davranışın nedenini belirlemek için aşağıda yer alan sorular sorulmalıdır¹⁸.

- Ne? (ne oluyor, ne aranıyor, davranış fiziksel-duygusal bileşene sahip mi, hasta 80 değil 20 yaşında olsaydı ne olurdu, davranışın anlamı nedir),
- Nerede? (davranış nerede gerçekleşiyor, çevresel tetikleyiciler neler),
- Ne zaman? (davranış en sık ne zaman gerçekleşiyor, neyin arkasından oluyor),
- Kim? (olaya kim dahil, diğer sakinler, aile üyesi, bakım veren),
- Neden? (daha önce ne oldu, iletişim mi az, iş çok mu komplike, fiziksel-medikal problem mi var, bir şeyi yapmak için zorlandı mı, daha önce oldu mu, olduysa neden oldu),
- Şimdi ne olacak? (yaklaşım ve uygulamalar, hangi değişimler yapılacak, herkesle paylaşım ve bakım planı geliştirme)

Demanslı Hasta ile İletişim

Demanslı hastalarla iletişim için Florida Atlantik Üniversitesinde Ruth Tappen ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmaların sonucunda açık uçlu soruların kullanılmaması, soruların yalnızca evet-hayır ile cevaplanır nitelikte olması, iletişimin tek konuya odaklı, duyguların konuşulmaması önerilerinde bulunulmuştur. Demanslı hasta için iletişimde genel prensipler aşağıda yer aldığı gibi belirtilmiştir¹⁸.

- Bireye yetişkin gibi davranın.
- Anlaşıldığınızı düşünün ve hastanın sizi anladığını aklınızda bulundurun.
- Sözel olmayan duyu ifadelerini gözlemleyin ve takip edin.
- Sohbeti mimik ve dokunma ile kolaylaştırın.
- Cevaplaması için zaman verin.
- Hastalığın arkasında bir birey olduğunu hatırlayın ve iletişim esnasında hastayı tanımak için özelliklerine dikkat edin.
- İletişim amacına göre iletişim stratejilerini değiştirin.

İletişim amacına göre basitleştirme (günlük yaşam aktivitelerinde), kolaylaştırma (duyu ve düşüncelerin ifade edilmesinde), anlama-kavrama (konuşmayı-sohbeti anlamayı sağlamada), destekleyici/destekleme (devam eden sohbeti destekleme ve kişiliğini destekleme) teknikler kullanılabilir.

Gerçeğe Oryantasyon

Demanslı hasta bakımında kullanılan programlardan biri de gerçeğe oryantasyondur. Oryantasyon, hastanın yere, zamana, güne, mevsime uyum sağlamasında genel olarak yararlı bulunmakla birlikte orta ve ileri evre demanslı hastalara gerçekçi olmayan beklentiler konmasına ve hatırlayamadıklarında stres yaşamalarına neden olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle demanslı bireyin oryantasyonunun yapılandırılmadan/ duruma uygun yapılması önerilmektedir^{18,21}.

Geçerileştirme Terapisi

Demanslı hasta bakımında kullanılan yöntemlerden biri de geçerileştirme terapisi. Naomi Feil tarafından geliştirilen geçerileştirme terapisi hastanın duygularını ifade etmesi temeline odaklanmıştır. Feil demansı 4 evreye ayırmaktadır. Maloryantasyon, zaman konfüzyonu, tekrarlı hareketler ve bitkisel hayat. Geçerileştirme terapisinde Feil dokunma, müzik dinletme, yansıma, hatırlatma gibi birbirinden farklı 14 sözlü ve sözsüz teknik kullanılmaktadır²⁰.

Demanslı Hastanın Bakımı

Demanslı hasta bakımında temel hedefler hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların kompanse edilmesi, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecektir terapötik ortamın sağlanmasıdır^{14,21}.

Demanslı hastanın bakım gereksinimleri aşağıda yer alan başlıklar altında incelenebilmektedir^{14,21,22}.

Bilişsel Fonksiyonların Sürdürülmesine yönelik olarak çevredeki belirsizliğin azaltılması ve ipuçlarının artırılması gerekmektedir. Bunun için hastaya sakin yaklaşmak, hasta ile etkileşimde kendini tanıtmak, hastaya ismi ile hitap etmek, çevreyi basit ve güzel tutmak, günlük yaşam için düzenli bir plan yaparak hastanın uyumunu kolaylaştırmak, hastanın hatırlamasına ve oryantasyonuna yardımcı resimler, notlar, etiketler, ipuçları kullanmak, çevreyi gözlemesi için pencere kenarında oturmasını sağlamak, iletişimin bir parçası olarak çevresel uyaran vermek önerilmektedir.

Fiziksel Güvenliğin Sürdürülmesine yönelik olarak çevrenin kontrolü ve güvenliğinin sağlanması, tedavinin uygun zamanda ve dozda uygulanması ve yanıtının izlenmesi, yemek ısısının kontrolü, maksimum düzeyde bağımsızlık ve özgürlüğe izin verilmesi uygulamalarını gerçekleştirmek gerekmektedir. Bağımsızlık ve özgürlüğün sağlanması için güvenli çevrede dolaşması, kısıtlamaların kullanılmaması ve tanılayıcı etiketler kullanılmalıdır.

Fizyolojik Fonksiyonun Optimal Düzeyde Sürdürülmesine yönelik olarak günlük rutinde anksiyetenin azaltılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi, benliğin olumlu duygularını geliştirilmesi uygulamalarının yapılması beklenmektedir. Bu amaçla hemşire hastayı oryante tutmalı, unutkanlığa karşı sabırlı olmalı, günlük rutini korumalı, hastaya zaman ayırmalı ve dinlemeli, hasta ile konuşmaya istekli olmalı, hastayı geçmişte mutsuz eden durumları önlemeli, hasta ile gerekçeler hakkında konuşmamalı, egzersiz, yürüyüş, televizyon izleme, hafif müzik dinleme gibi aktiviteler için fırsat yaratmalıdır. Ayrıca hemşire; hastaya duyguları olan bir birey olarak davranmalı, hastayı küçümsememeli, anksiyete duygularını konuşmalı, duygularını anlattırmaya cesaretlendirmeli ve gevşeme yöntemlerini öğretmeli, beklenen davranışlarını ödüllendirmelidir.

Hastanın Düşüncelerini Çevresi ile Paylaşma Başarısını yaşaması hasta bakım başlıklarından biridir. Bu amaçla hastanın mesajlarının anlaşılmasını sağlayacak sakinlikte olma, sözlü mesajları kısa ve basit tutma, sözsüz mesajları sözlerle kullanma, konuşmada tutarlı olma, basit uygulamaları yazma, hastanın tepkilerini gözleme ve tepki vermese bile konuşma stratejilerini uygulamak gerekmektedir. Hastanın

mesajlarını anlatma yeteneğini geliştirmesi için hemşire hataları görmemeli, unutulmuş kelimeleri söylemeli, sohbet için yeterli zaman ayırmalı, basit cümleleri desteklemeli, konuşma için alternatif yöntem geliştirmelidir.

Günlük Yaşam Aktivitelerinde Maksimum Bağımsızlığın Sağlanması amacıyla günlük aktiviteleri kolaylaştırmak için plan yapılması, bakım aktiviteleri için uygun araçlar kullanılması, işlerin küçük parçalara ayrılması, iş bitene kadar hasta ile birlikte olunması, konfüzyon ya da dikkat eksikliği nedeniyle duraksadığında hatırlatma yapılması, vücut fonksiyonlarının izlenip erken tanı konması, banyo güvenliği için güvenlik önlemleri alınması, hastanın bildik yerleri hatırlaması ve tanınması için resim, fotoğraf, yazı gibi ipuçları yerleştirilmesi, kolay giyilen kıyafetler giydirilmesi, her iki saatte bir tuvalete gitmesi için teşvik edilmesi, yeterli sıvı ve besin alması konusunda desteklenmesi ve akşam saatlerinde sıvı alımının kısıtlanması gibi uygulamalar gerçekleştirilir.

Yeterli Beslenmenin Sağlanması amacıyla hastanın kilo izlemi, yeterli ve dengeli diyet almasının sağlanması, kendi kendine yiyemeyen hastanın beslenmesine yardım edilmesi, besleme sırasında kısa hikayeler ile konsantrasyon ve iştah oluşturulması, sakin ve iyi ortam sağlanması ve hastanın istediği-bildiği besinleri yemesinin sağlanması önerilmektedir. Yeterli beslenme için ayrıca ağız bakımı yapılması, sakız çiğnenmesi önerilmektedir.

Kişisel Hijyenin Sağlanması için hemşireler hastanın derisini kuru, temiz tutmalı, nemlendirmeli, masaj yapmalı, giysileri temiz tutmalı, saç haftada iki kez yıkanmalı, tüm tırnakları temiz ve kısa olmalı ve elleri sabun ve su ile yıkanmalıdır.

Uyku ve Aktivite Dengesinin Sağlanması amacıyla gece uyanıkların azaltılması, gece yeterli aydınlatmanın sağlanması, gece uyanık ise rahatın sağlanması, güvenliği artıracak önlemlerin alınması, kısıtlayıcıların kullanılmasının engellenmesi, aktivite-uyku sürelerinin dengelenmesi, gün içinde uyanık kalmasının sağlanması, egzersiz ve aktivite programlarının eklem hareketliliği için desteklenmesi önerilmektedir.

Gereksinimlerin Karşlanması ve Sosyalizasyonun Geliştirilmesi için aile ve arkadaş ziyaretlerinin artırılması, hasta ile iletişimde dokunmanın kullanılması, yakınları ve arkadaşlarının hastaya bildiği isimler ile hitap etmesi, konfüzyonun önlenmesi ve tek uyanık vermek için ziyaretçilerin sayısının bir-iki kişi ile sınırlandırılması hemşireden beklenmektedir.

Rehabilitasyon amacıyla var olan becerilerin desteklenmesi, fizyoterapi hizmeti verilmesi, yardımcı cihaz verilmesi, afazi durumunda konuşma terapisine yönlendirilmesi, inkontinans için mesane ve barsak eğitimi verilmesi gereklidir.

Sonuç

Demans hastalığı geri dönüşsüz ve ilerleyici bir süreç izlemekte, yüksek düzey kortikal fonksiyonlarda bozulma, hafıza, problem çözme becerisinde azalma, öğrenilmiş motor becerilerde bozulma, sosyal becerilerde bozulma, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ile seyreden bir durumdur. Hastalık süresince hemşirelerden beklenen hastaların sözlü ve sözsüz ifadelerini anlamaları, gereksinimlerini tanımlamaları, doğru araçları seçmeleri ve uygun bakım vermeleri ve bakım verenlere tanı, tedavi, bakım ve hastalığın tüm evrelerinde destek olmalarıdır. Bu nedenle hemşirelerin konu hakkında güncel ve pratik bilgilere sahip olması ve bu bilgilerle bakımı yönlendirmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Şahin M, Özer C, Ölüç F, Tunç Z. Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8(1):249-51.
2. Wimo A, Winblad B. Çev: Sevinçok J. Demans ve sağlık ekonomisi. Demans Dergisi 2003; 3:121-126.
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C. ve ark. Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. Lancet 2005; 9503: 2112-2117.
4. Koçer B. Demans epidemiyolojisi. Demans Dizisi 1999;1:41-44.
5. Hanağası H. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim 2010;10(1):44-47.
6. Erkol G. Kognitif bozukluklar ve demans. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi Ocak 2005;42:237-248.
7. Cankurtaran M, Arıoğlu S. Demans ve Alzheimer Hastalığı. URL: http://www.teb.org.tr/images/upld2/ecz_a_kademi/makale/20110113040255demans_alzheimer.pdf
8. Gürvit H. Alzheimer ve Alzheimer dışı demanslar. URL: <http://www.itfnöroloji.org/demans/demans.htm>.
9. Yazıcı K. Bilişsel Bozukluklar. URL: ytdk.mersin.edu.tr/uploads/288/files/BİLİŞSEL%20BOZUKLUKLAR.doc.
10. Möller HJ, Graeber MB. The case described by Alois Alzheimer in 1911. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1998;248:111-112.
11. Yavuz Balam B, Arıoğlu S. Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. İç Hastalıkları Dergisi 2008;15(1):14-23.
12. Gürvit H, Baran B. Demanslar ve kognitif bozukluklarda ölçekler. Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44: 58-65.
13. Daiello LA. Current issues in dementia pharmacotherapy. Am J Manag Care 2007;13 Suppl 8:198-202.
14. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 16(3):32-49.
15. Hermann N. Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. Can J Neurol Sci 2001;28: Suppl 1:S96-107.
16. Beck CK, Shue VM. Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. Nurs Clin North Am 1994; 29:143-155.
17. Rovner BW, Steele CD, Shuely Y, Folstein MF. A randomized trial dementia care in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1996; 44:7-13.
18. Ebersole P, Hess P, Touhy TA, Jett K, Luggen AS. Toward Healthy Aging Human Needs and Nursing Response. Mosby Elsevier Company. Canada:2008.
19. Küçükgüçlü Ö, Akpınar B, Buckwalter KC. Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: azalmış stres eşiği modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(1):41-47.
20. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. The Cochrane Library, Issue 1, 2007.
21. Nursing Management of Dementia. E-Books on Nursing. URL: <http://www.nursingplanet.com/dementia/>
22. Küçükgüçlü Ö. Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. URL: www.cty.com.tr/files/journals/4/149.pdf