

# Demanslı Yaşlı Hastalar İçin İleri Bakım Planlama Süreci ve Hemşirenin Rolü: Geleneksel Derleme

## Advanced Care Planning Process for Elderly Patients with Dementia and the Role of the Nurse: Traditional Review

<sup>id</sup> Serap CANLI<sup>a</sup>, <sup>id</sup> Yeşim ÇETİNKAYA ŞEN<sup>a</sup>, <sup>id</sup> Sultan UĞUR<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Ankara Üniversitesi Haymana Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, Ankara, Türkiye

<sup>b</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Bilkent Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

**ÖZET** Yaşlı bireylerin birçoğu, demans dâhil olmak üzere karmaşık pek çok bilişsel bozukluğa sahiptir. Demans, damar yapısında meydana gelen bozulmaya bağlı olarak ortaya çıkan dejeneratif ve ilerleyici bir hastalıktır. Demans, biyolojik yaşlanmanın olağan sonuçlarının ötesinde bilişsel işlevde bozulmaya yol açmaktadır. Dünya çapında tüm hastalıklar arasında önde gelen yedinci ölüm nedenidir. Üstelik yaşlı bireylerde engelliliğin ve bağımlılığın başlıca sorumlularındandır. Demansı olan yaşlı hastalar, hem hastalık ilerledikçe artan bilişsel gerileme hem de yaşlanmanın doğasından kaynaklanan yetersizliklerle bakım konusunda yüksek önceliklidir. Bu nedenle “ileri bakım planlama” önemlidir. İleri bakım planlama; hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri arasında, bireyin yaşam sonu bakımı da dâhil olmak üzere gelecekteki tedavi ve bakım yaklaşımlarına yönelik dinamik bir diyalog sürecidir. Demanslı yaşlı hastaya bakım bir ekip çalışmasıdır. Ancak hemşirelik yaklaşımı, hasta bakımının her alanında olduğu gibi demanslı yaşlı hastaların bakımında da beklenti açısından yüksek sorumluluk gerektirir. Hemşireler, hastaları ve ailelerini uzun süreli tanımları, onların değerlerine ve tedavi tercihlerine yakından şahit olmaları nedeniyle ileri bakım planlama sürecinde önemli bir rol üstlenmelidir. Hemşireler, demansın henüz ilk semptomları ortaya çıkmadan ve hastalığın teşhisinden sonra bakım sürecini yürütebilecek konumdadır. İleri bakım planlamasına yönelik olarak ülkemizde boşluk olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, demanslı yaşlı hastalar için ileri bakım planlama sürecinin gerekliliği ve bu süreçte hemşirenin rolü tartışılacaktır.

**ABSTRACT** Most of older people have many complex cognitive disorders including dementia. Dementia is a degenerative and progressive disease that occurs due to the deterioration in the vascular structure. Dementia leads to cognitive dysfunction beyond the usual consequences of biological aging. It is the seventh leading cause of death among all diseases worldwide. Moreover, it is one of the main responsible of disability and addiction in elderly individuals. Elderly patients with dementia are a high priority for care, because of increasing cognitive impairment as the disease progresses and age-related deficiencies. Therefore, “advanced care planning” is important. It is a dynamic process of dialogue between patients, their relatives and healthcare professionals, in which the individual talks about their future treatment and care, including end-of-life care. Caring for the elderly patient with dementia is a teamwork. However, nursing requires high responsibility in terms of expectations in the care of elderly patients with dementia, as in all areas of patient care. Nurses should play an important role in the advanced care planning process, as they have known patients and their families for a long time and closely witnessed their values and treatment preferences. Nurses are in a position to carry out the care process before the first symptoms of dementia appear and after the diagnosis of the disease. It is thought that advanced care planning for elderly patients is very inadequate in our country. In this study, the necessity of the advanced care planning for elderly patients with dementia and the role of the nurse in this process are discussed.

**Anahtar Kelimeler:** Demans; ileri bakım planlama; yaşlı; hemşireler

**Keywords:** Dementia; advance care planning; aged; nurses

Günümüzde, dünya üzerinde en hızlı büyüyen nüfus hiç şüphesiz 65 yaş üstü insanlardan oluşmaktadır. Öngörüler, bu nüfusun artışının devam edeceği ve insanların daha uzun yaşayacağı yönündedir.<sup>1</sup> Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında

%12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.<sup>2</sup> Nüfusta meydana gelen bu değişim, demans gibi yaşa bağlı hastalıkların görülme sıklığını etkileyecektir.<sup>3</sup> Demansın küresel prevalansı 60 yaş üstü kişilerde %6-9’dur. Bu oranın 2030 yılına kadar 2 katına, 2050

**Correspondence:** Serap CANLI

Ankara Üniversitesi Haymana Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, Ankara, Türkiye

**E-mail:** seunal@ankara.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

**Received:** 07 Mar 2022

**Received in revised form:** 28 Apr 2022

**Accepted:** 29 Apr 2022

**Available online:** 16 May 2022

2146-8893 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

yılına kadar ise 3 katına çıkacağı düşünüldüğünde, yaşa özgü hastalıklara ait sorunların çözümünün öncelikli konulardan biri hâline gelmesi kaçınılmazdır.<sup>4</sup>

Demans, nörobilişsel bozukluğu temsil eden önemli bir hastalıktır. Ruhsal ve davranışsal bozuklukların yanı sıra öğrenme ve bellek, dikkat, dil, algısal-motor işlev ve/veya sosyal bilişteki bozulmalarla da karakterizedir.<sup>5</sup> Buna karşın, bu hastalığın başlangıcı çoğu zaman belirsizdir. Hastalar çoğunlukla doğal yaşlanma, kronik yorgunluk, depresyon, uykusuzluk, anemi, enfeksiyonlar, ilaçların yan etkileri, besin dengesizlikleri veya hormon eksiklikleri gibi spesifik olmayan semptomlar göstermektedir. Bu nedenle demans genellikle erken evrelerde yanlış teşhis edilmekte veya gözden kaçabilmektedir.<sup>5-7</sup> Demanslı bir kişi artık yemek yiyemez ve bağımsız hareket edemezse kırılganlık, yetersiz beslenme ve dehidrasyon yoluyla demansın kendisi ölüm nedeni olmaktadır ve birçok kişi enfeksiyon gibi tıbbi bir komplikasyon nedeniyle hayatını kaybetmektedir.<sup>8</sup>

Demans ilerledikçe bilişsel ve işlevsel azalma, bireylerin sağlık ve yaşam sonu bakımı için önceliklerinin, sağlıkta belirgin bir bozulma olmadan belirlenmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Bunun ise İleri Bakım Planlama (İBP) ile gerçekleştirilebilir olduğu düşünülmektedir.<sup>9</sup> İBP, demansa özgü hastalık senaryoları hakkında konuşmaları teşvik eder, hastaların kendileri hakkında verdiği bilgiler ile gözlemlenen davranışları arasındaki tutarsızlıkları ele alır, ileriye dönük özerkliği vurgular. Bu açıdan bakıldığında, özellikle erken evre demansı olan kişilerin bakımında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, İBP'yi, kişinin durumundaki kötüleşme beklentisiyle kişi ile bakım sağlayıcısı arasında gelecekteki bakım tercihleri hakkında yaptıkları bir tartışma olarak değerlendirmektedir.<sup>10</sup> Ulusal Palyatif Bakım Konseyi (National Council for Palliative Care) de bu tartışmayı yapmanın, zamanında palyatif bakımı başlatmak için bir fırsat olduğunu ileri sürmektedir.<sup>11</sup> Demans için düşünüldüğünde bu tartışmaların hastalığın erken evrelerinde yapılması gerekmektedir.<sup>12</sup> Bununla birlikte, özellikle sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin böylesine hassas bir tartışmayı kolaylaştıracak

kişiler arası becerilere veya eğitime sahip olmadığı ve İBP'yi tartışmak için sorumluluk almak konusunda isteksiz olduğu durumlarda, konunun sorunlu bir hâl almasının kaçınılmaz olduğu vurgulanmaktadır.<sup>13</sup>

Demanslı bireyler için yaşam sonu bakım ya yetersizdir ya da ağır gibi temel bakım uygulamalarını ele almada başarısız olmaktadır.<sup>10,14</sup> Demanslı bireylerin yaşam sonu bakımına ilişkin kararları, sağlık hizmet sunucularına ve aile üyelerine bırakıldığında, bakım ile ilgili belirsizliğe neden olmaktadır.<sup>15</sup> Bakım verenler için strese ve suçluluk duymaya yol açmaktadır.<sup>16</sup> İBP, demanslı bireylerin gelecekteki yaşam sonu bakımlarıyla ilgili karar alma süreçlerine katılmaları için bir fırsat sunmaktadır.<sup>9</sup> Bununla birlikte, dünya genelinde demanslı bireylerin %40'ından azının İBP'ye katılıp bakım tercihlerini seçme hakkına sahip olduğu belirlenmiştir. Bakımın kalitesi ve bakım memnuniyetini artırması açısından sağladığı faydalar düşünüldüğünde, konu ile ilgili gelecekte daha fazla çalışma yapılması ve mevcut boşluğun doldurulmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.<sup>17</sup>

Son yıllarda hemşirelerden, yaşamı sınırlandıran kronik hastalıklardan veya ölümcül olan hastalıkların hızla kronikleşmesinden kaynaklanan karmaşık bakım sorunlarıyla ilgilenmesi giderek daha fazla talep edilmektedir. Bunlar arasında; uzun dönemli nörodejeneratif hastalıklar; özellikle demans ve Alzheimer önem kazanmaktadır. İlerleyici ve tedavisi güç olan hastalıklara sahip yaşlıların yaşam sonu koşulları, hemşirelerin yer aldığı sağlık ekibinin yönetmesi gereken birçok konuyu kapsamaktadır. Demanslı yaşlı hastaların gelecekteki bakımları için hemşirelerin bir dizi karar vermesi, etkili bir şekilde planlama yapması ve müdahalede bulunması gerekmektedir. Bu nedenle demanslı yaşlı hastalar için İBP'yi tanımlamak ve bu konuda hemşirenin rolünü belirlemek önemlidir.

## KAVRAMSAL OLARAK İBP

Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Palliative Care Association) İBP'yi, "Bireylerin gelecekteki tıbbi tedavi ve bakım için amaç ve tercihleri tanımlamasıyla birlikte, aile ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile amaç ve tercihleri tartışmasına ve tüm bunların

gözden geçirilip kayıt altına alınmasına olanak tanıyan bakım planlaması” olarak tanımlamaktadır.<sup>18</sup> İBP kavramı, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1990’lı yıllarda sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan yapılandırılmış bir iletişim süreci olarak ortaya çıkmıştır.<sup>19</sup> Bu süreçte birey, aile üyeleri ve bakım sağlayıcılar arasında ileride yapılacak olan bakım ve tedaviye yönelik istek, değer ve tercihler tartışılır ve kaydedilir. Kişinin bilişsel ve fiziksel kapasitesi azaldığında da yürürlüğe girer.<sup>20</sup> İBP; bireysel hedefleri, değerleri, dinî ve kültürel inançları dikkate alarak karmaşık bakım seçeneklerini netleştirmek amacıyla dayanır.<sup>21,22</sup> Bakım ve tedavi için ortak bir yönelim belirlemek amacıyla geliştirilen bu süreç, sürekli bir iletişim gelişimi olarak görülür. Her yaştaki veya sağlığın herhangi bir aşamasındaki bireyler plana dâhil edilmektedir.<sup>23</sup>

İBP, palyatif bakımın önemli bir parçasıdır ve ilerleyici hastalık ve bozukluk bağlamında kullanılmasıyla genel bakım planlamasından farklıdır. İBP, durumunun gelecekte kendisini nasıl etkileyebileceğini tahmin etme kapasitesine sahip bir bireyi bakım ve tedavileri ile ilgili tercihleri veya reddettikleri konusunda destekler. Birey isterse kendi bakım ve tedavisi ile ilgili tercihlerini ve/veya tedaviye yönelik reddedeceği durumlar ile ilgili kararlarını kayıt altına alabilir. Buradaki temel farklılık, bireyin hastalığı ilerledikçe karar verme kapasitelerini kaybetmesi durumunda bu planlara kendi bakım veya tedavisinden sorumlu bireyler tarafından başvurulabilmesidir.<sup>8</sup>

İBP ile ilgili en kapsamlı öneriler, Avrupa Palyatif Bakım Derneğinin teknik incelemesine dayanmaktadır. Buna göre küresel bakım hedeflerine öncelik verilmeli ve hastalığın ilerlemesini öngören proaktif bir yaklaşım benimsenmelidir. Planların, bireylerin tercihleri ve bireye özel ortamlarda değişebileceği unutulmamalıdır. Hafif demans gibi hastalıklarda, bireylerin gelecek için plan yapma konusunda desteğe ihtiyaç duyacağı göz önünden bulundurulmalıdır. İleri demansta ve ölüm yaklaştığında ise daha önce planlanan bakımın hastanın konforunu en üst düzeye çıkarmak için bakım verenler tarafından daha fazla kullanılabilirliğinin sağlanması gerektiği unutulmamalıdır. İBP, bir süreçtir. Planlar, hasta ve ailesiyle düzenli olarak ve sağlık durumundaki önemli bir değişikliği takiben gözden geçiril-

melidir. Son olarak bakım planları, gerekli her aşamada ve transferler yoluyla dâhil olan tüm disiplinlerin erişimine izin verecek şekilde belgelenmeli ve saklanmalıdır.<sup>12</sup>

## DEMANSTA İBP

Son yıllarda demans ve demanslı yaşlı hastaya yönelik artan bir ilgi olmasına rağmen yaşam sonu bakımın odak noktası, kanser gibi hastalıklara sahip ve ölmekte olan kişilerin bakım yönergesi olmuştur. Oysa demanslı olan bireylerin fiziksel ve psikolojik karmaşık birçok ihtiyacı bulunmaktadır ve palyatif bakım için sayıca yüksek çoğunluklu bir grubu temsil etmektedirler. Karar verme kapasitesini tehlikeye atan hafıza, muhakeme etme ve iletişim becerilerinde bozulmalar yaşayan birey için genellikle aile üyeleri veya diğer resmî olmayan bakım verenlerin birey adına karmaşık sağlık kararları vermesi gerekmektedir. Ancak bakım verenler, demanslı bireyin tercihlerinden habersiz olabilmektedir.<sup>24</sup> Bu nedenle İBP’ye demanslı bireyin dâhil edilmesi ile birey merkezli demans bakımının sunulması teşvik edilmiş olmaktadır.<sup>8</sup>

İBP’de birey merkezli demans bakımı, bireyin günlük işlevlerini iyileştirecek şekilde yaşam kalitesine odaklı olmalıdır.<sup>12</sup> Demanslı birey dâhil tüm hasta popülasyonunu ilgilendiren gerekli tıbbi, ruhsal ve sosyal sorunlar ele alınmalıdır. Hasta, ailesi ve sağlık profesyonelleri ile gelecekteki bakıma yönelik, bireyin ne isteyip istemediği tartışılmalı ve süreç döngüsel olarak değerlendirilmelidir.<sup>18,25</sup> Bireyin bakım tercihleri ve tedaviye yönelik reddetme kararları ile ilgili direktifler, gelecekteki bakım için vasiyet veya kalıcı vekâletname şeklinde yapılandırılmış belgelerle belgelendirilmelidir.<sup>26</sup>

Demansta İBP’nin ne zaman uygulanması gerektiği yönünde tartışmalar hâlen devam etmekle birlikte; öneriler, İBP’nin bireyin tercihlerini göz önünde bulunduracak ve geleceği için kararlar verebilecek yeterli zihinsel kapasiteye sahipken gerçekleşmesi yönündedir.<sup>8</sup>

Demanslı bireyler kendiliğinden İBP sürecine dâhil olmazlar. Bu bireyleri İBP sürecine dâhil etmede itici güç olarak nitelendirilebilecek bazı önemli noktalar vardır (Tablo 1).<sup>27</sup> Bu noktalar, İBP süreci

TABLO 1: İBP'ye katılımı kolaylaştırıcılar.<sup>27</sup>

Genel faktörler	Bireysel faktörler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demans tanı zamanı</li> <li>• Kalıcı bir vekâletname olması</li> <li>• Bakımevleri için bakım planı bulunması</li> <li>• Bakım ortamındaki değişiklikler*</li> <li>• Aile bakım vericisinin sağlık durumu**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeterlilik durumunda bozulma veya azalma</li> <li>• Beslenme ile ilgili sorunlar ve hidrasyon</li> <li>• Antibiyotik tedavisine yanıtta azalma</li> <li>• Daha fazla tıbbi tedaviye ihtiyaç duyulması</li> <li>• Karmaşık semptomlarla ortaya çıkan yeni engeller</li> <li>• Kardiyopulmoner girişim hakkında tartışma</li> </ul>

İBP: İleri bakım planlama.

\*Akut bakıma geçiş, ev ortamı bakımı gibi

\*\*Hastalık veya ölüm yaşanması

önündeki engeller ile birlikte göz önünde bulundurulmalıdır.

İBP sürecinin koordinasyonundan sorumlu personel; demansın seyri ve prognozu konusunda yeterli bilgiye sahip, ileri iletişim becerileri olan ve bakım konusunda belirli yeterlilikleri bulunan kişilerden oluşmalıdır. Ancak bu şekilde bakım müdahalesi kolaylaşabilmektedir.<sup>8</sup>

### İBP SÜRECİ ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Özellikle demans gibi yaşamı sınırlayan bir hastalığı olan bireye, gelecekteki bakım istekleri ve tercihleri konusunda rutin olarak danışılmamakta ve bu kişiler İBP'ye genellikle sınırlı düzeyde dâhil edilmektedir.<sup>8</sup> Bu nedenle İBP'nin önündeki potansiyel engelleri belirlemek gerekmektedir. Kanıtlar, bu engellerin hasta kaynaklı, sistemle ilgili ve klinisyen odaklı olmak üzere 3 kategoriye ayrıldığını göstermektedir.<sup>28</sup>

**Hasta Kaynaklı Engeller:** Hastalar İBP'ye katılımı birtakım engellerle karşılaşır. İBP görüşmelerine hazırlıklı olmamak, hastalık süreci ile ilgili duygusal sıkıntı ve belirsizlik yaşamak, sürecin kendilerini nasıl etkilediğini anlayamamak bunlardan bazılarıdır.<sup>29,30</sup>

**Sistemle İlgili Engeller:** Kurumsal ve girişimsel anlamda çeşitli düzeylerde tanımlanmıştır. Bu engeller, sağlık bakım kültürünün İBP'yi rutin bakıma dâhil etmemesi, sağlık sistemlerinin İBP için yeterli zaman, kaynak ve personelden yoksun olması, bazı sistemlerin belgeleri aktarma, kayıtları izleme ve bu kayıtlara erişimi zorlaştırması ve ileri bakım prosedürleri konusunda netliğin olmamasıdır.<sup>29,30</sup>

**Klinisyen Odaklı Engeller:** Literatürde, İBP'de sağlık hizmeti veren klinisyenlere özgü engeller de

yer almaktadır.<sup>28</sup> Klinisyenler, özellikle İBP süreciyle ilgili iletişim becerisinde ve yaşam sonu tartışmalara hazırlıkta eksiklik, farklı bilgi düzeylerine sahip olma ve bazı belgeleri anlayamama gibi engeller bildirmişlerdir.<sup>29-31</sup> Başka bir engel de çok sayıda sağlık hizmet sunucusunun, İBP'nin bir başkasının sorumluluğu olduğunu kabul etmesidir.<sup>32</sup> Hemşirelik mesleğiyle ilgili engeller ise İBP hakkında yetersiz bilgi, süreçle ilgili sorumlulukların yeterince anlaşılması ve bakım sürecine katılım için yeterli zaman bulunamaması şeklindedir.<sup>33</sup> Bu durumda İBP tartışmaları için fırsatlar kaçırılır ve sorumluluklar yerine getirilmemiş olur.<sup>34</sup>

### DEMANSTA İBP'İN YARARLARI

Demanslı bireylere, İBP görüşmelerine katılma fırsatı verilme olasılığı düşüktür ve bu kişilerin, yaşamlarının sonunda aldıkları bakım genellikle yetersizdir.<sup>35,36</sup> Oysa İBP'nin kognitif bozukluğu olan ve demanslı bireyler için yararlar sağladığına dair çeşitli kanıtlar vardır. Acil hastane başvurularının, ağrı gibi yetersiz tedavi riski bulunan semptomları azaltmada ve yaşam sonu bakım sonuçlarını iyileştirmede etkili bir müdahale olduğu belirtilmiştir.<sup>9</sup> Sağlık hizmeti tercihleri ile sunulan bakım arasındaki uyumu iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu planlamanın, hastalar, aileler ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi artırdığı ve gelecekteki tercihler hakkında konuşmaları teşvik ettiği görülmüştür.<sup>37</sup> Bu tercihlerin kaydedilmesi, kırılğan yaşlıların daha az tedavi ihtiyacı duyması, daha az kaygı, stres ve depresyon yaşamaları, güvenilir ve bilinen bir çevrede ölüm ile ilişkili bulunmuştur.<sup>38</sup> Yaşlının hastaneye daha az başvurması, daha az yatak işgali ve ambulans çağrı sayısında azalma ile sağlık hizmet maliyetlerinin azalması da

ilişki bulunan diğer konulardır.<sup>39,40</sup> Bununla birlikte, bakım evlerinde ileri düzeyde demansın daha sık görülmesi nedeniyle yaşlıların genellikle kendi kararlarını verme konusunda daha az yetenekli oldukları kabul edilir. Bu nedenle bakımevinde yaşayan yaşlıların İBP'ye aktif olarak katılmaları genellikle olası kabul edilmez.<sup>41</sup> Buna karşılık, evde yaşayan yaşlıların çoğu kendi tercihlerini ifade edebilir düzeyde hafif veya orta şiddette demans yaşamaktadır.<sup>42,43</sup> Dolayısıyla özellikle evde yaşayan demanslı yaşlı hastalar için İBP'ye dâhil edilmede fırsatlar yaratılarak olası yararlar için adım atılmış olur.

Demans, artan bağımlılık ve zorlayıcı davranışlar yoluyla yalnızca demanslı bireyi değil, aynı zamanda demanslı bireye bakan aile üyelerini de etkilemektedir.<sup>44</sup> Demanslı birey ile birlikte yaşayan aile üyesi, yüksek düzeyde bakım yükü bildirmektedir ve psikiyatrik semptomlara sahip olduğu durumlar oldukça fazladır.<sup>45</sup> Bu durum, bakım kalitesinin bozulmasına ve bakımevine yatışlarda artışa neden olabilmektedir.<sup>46</sup> İBP'nin ise demanslı bireye bakım verenlerin memnuniyetini artırdığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği yönündeki kanıtlar, İBP'nin bakım verenler açısından da gerekli olabileceğini göstermektedir.<sup>47</sup>

## İBP SÜRECİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Demanslı yaşlı hastaların yaşam sonu bakımında yer alan ve üstlendiği görevler ile fark yaratan sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir. Hemşireler, uzun süredir devam eden ilişkileri nedeniyle bu grupta İBP'yi başlatmada önemli bir konumdadır ve bu nedenle rollerinin neler olduğunun bilinmesi gerekmektedir.

Öncelikle akut bakım ortamındaki tüm alanlara dâhil olan hemşireler, İBP'nin bir parçası olarak aileleri, hastaların tercihlerini dikkate alan kararlar al-

maya daha iyi hazırlayabilen bir sorumluluğa ve yerliliğe sahip olmalıdır.<sup>48</sup> Kaliteli hasta merkezli bakım sağlamadaki rollerinin bir parçası olarak hemşireler; İBP sürecini başlatan, bu süreç ile ilgili eğitim veren, süreci kolaylaştıran, planlama yapılan bireyi savunan ve süreci yöneten bakım sorumlusu olarak kritik roller üstlenmelidir.<sup>33,48</sup>

İBP süreci hasta değerlendirmesi ile başlamalıdır. Hemşirelik sürecinin ilk adımı olan hasta değerlendirmesi sırasında toplanan bilgiler, hasta merkezli bir bakım planının temelini oluşturmaktadır.<sup>48</sup> Değerlendirmede öncelikle bireyin programa katılmaya hazır olup olmadığı belirlenmeli, İBP'de kullanılmak üzere kişisel veriler toplanmalıdır. Elde edilen veriler, bireyin bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde sürekli gözden geçirilmeli ve yeni durumlara göre uyarlanmalıdır.<sup>23</sup> Değerlendirme aşamasından sonra İBP süreci için en uygun zaman diliminin seçilmesine karar verilmelidir. Sıklıkla yaşamın sonlarına doğru ortaya çıkan bu sürecin tartışılması için ideal zamanlama, hasta bireyin ayakta tedavi ziyareti sırasında yapılmalıdır.<sup>48</sup> Bu zamanlama, hemşireler için hastanın geçmişi hakkında bilgi edinerek geleceği planlaması için fırsat sunabilmektedir.

Hemşireler, etkili bir İBP görüşmesini başlatmak için hastaya çeşitli sorular yöneltilmelidir. Bu sorulardan bazıları **Tablo 2**'de gösterilmiştir.<sup>48</sup>

Hemşirelik mesleğinin profesyonel standartları, hemşirelerin hasta eğitimcisi olarak rolünü belirlemektedir. Araştırmalar, hemşirelerin bu roldeki etkinliğini destekler niteliktedir.<sup>49</sup> Dolayısıyla hemşireler, eğitim yoluyla hastaların İBP konusunda bilgisini geliştirebilmektedir. Bunu yaparken hastalığa özgü klinik seyre bakmaksızın tıbbi kararlarla ilgili hastanın tercihlerine göre bir yaklaşım sergileyebilmektedir.<sup>34</sup> Hastalar için birincil bilgi kaynağı olarak hizmet veren hemşireler, eğitim ve iletişim için bir-

**TABLO 2:** Etkili bir İBP görüşmesi için sorulabilecek örnek sorular.

1. Gelecekteki tıbbi ihtiyaçlarınızı planlamanıza yardımcı olmak için size birkaç soru sorabilir miyim?
2. Sizinle ileri bakım planlaması hakkında daha önce konuşuldu mu?
3. İleri bakım planlaması ve ileri yönergeler hakkında bildiklerinizi ve inandığınızı şeyleri anlamama yardımcı olun.
4. Hayatı idame ettiren tedavilere yönelik tercihlerinizi etkileyebilecek herhangi bir dini, kültürel veya kişisel inancınız var mı?

İBP: İleri bakım planlama.

çok fırsata sahiptir. Yine hemşireler, hasta daha önce bir İBP sürecine katılmadıysa planlamanın neden önemli olduğunu anlatarak aile üyeleri ve bakım veren diğer bireylere İBP görüşmelerini nasıl başlatacakları konusunda yol gösterici olabilmelidir.<sup>48</sup>

Hemşireler, tüm bakım ortamlarında yer almaları nedeniyle hemşirelik rollerini sergileyerek, İBP’de takıma liderlik edebilir konumdadır. Hatta başarılması zor gibi görünse de kurumda İBP uygulama kültürünü değiştirerek yayabilme gücüne de sahiptir.<sup>32</sup>

Literatür, hemşirelerde İBP’ye yönelik bilgi eksikliğinin olduğuna ve çok azının bu konuda kendilerinin aktif rolleri olduğuna inandığını göstermektedir.<sup>50,51</sup> Ancak İBP’yi kolaylaştırmada ekibin önemli bir üyesi olduğu gerçeğini de ortaya koymaktadır. Konuya ilişkin Hospis ve Palyatif Hemşireler Derneği (Hospice and Palliative Nurses Association) (2018) ise “Hemşirelerin, hastalar, aileler ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitimi ve bunun günlük pratikte uygulanması yoluyla İBP sürecinde öncü bir rol üstlenmesi” gerektiğini savunmuştur.<sup>52</sup>

Birinci basamaktan başlayarak, yaşam sonu bakıma kadar sağlık hizmet ekip üyeleri rollerini bilerek bu planlamada tüm sorumluluğu paylaşmalıdır. Bu şekilde yaşam sonu karar verme sürecinde hastalar ve aileleri, sağlık bakımlarının gidişatı boyunca tutarlı destek olarak yaşam sonuna hazırlıklı hâle gelmektedirler.<sup>32</sup>

## SONUÇ

Demans, ilerleyici olmasından kaynaklı yıkıcı ve yıpratıcı sonuçlara neden olmaktadır. Dolayısıyla yaşam kalitesini artırmaya yönelik bireyselleştirilmiş bütüncül bakım yaklaşımlarının belirlenmesine ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Özellikle demansın erken evrelerinde kullanılabilir bu yaklaşımlardan biri de İBP sürecidir. Demanslı hasta bakımında İBP’nin, hem demans hastaları hem de bakım verenler için ya-

rarlı olabileceği konusunda genel bir kanı vardır. Ancak ülkemizde demansta yaşam sonu bakımın tartışılması ve demansın erken evresinde İBP sürecinin başlatılmasının gerekliliği yönündeki öneriler hâlen yetersizdir. Oysa İBP, demansla ilişkili bilişsel işlev ve karar verme süreçlerinde zorluk yaşayan hastalar, aile üyeleri ve bakım personeli için bakım adına geleceği tartışma fırsatı sunarken, sağlık hizmet sunucuları için yaşam sonu bakımı planlamada başvurulabilecek bir kaynak oluşturmaktadır. Her ne kadar İBP demans hastaları için rutin bir uygulama değilse de yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uyarlanabildiği için umut vericidir. Ancak bu planlamanın ne zaman, nasıl yapılması gerektiği ve hemşirelerin planlamadaki rolünün neler olduğu konusu belirsizdir. Hemşirelerin, etkili bir İBP uygulamasını gerçekleştirebilmesi için İBP’nin ne olduğu ve potansiyel faydaları, İBP’nin başlatılmasının önündeki engeller ile bu süreçteki rolünün neler olduğunu bilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hemşireler, demanslı yaşlıların İBP’si ile ilgili konularda eğitilmeli ve farkındalık kazandırılmalıdır. Bu çalışmada, demanslı yaşlı hastaların İBP süreci için hemşirelere yardımcı olacağını düşündüğümüz temel bilgilere yer verdik.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

*Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet]. UN 2017. [Cited: January 01, 2021]. World population prospects the 2017 revision. Available from: [\[Link\]](#)
- Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. TÜİK 2021. [Erişim tarihi: 11.12.2021]. İstatistiklerle yaşlılar 2021. Erişim linki: [\[Link\]](#)
- London Prince M, Wimo A, Guerchet M, Gemma-Claire A, Yu-Tzu W, Matthew P. World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015. Cited: Jun 02, 2020. Available from: [\[Link\]](#)
- World Health Organization. WHO 2012. Dementia. A public health priority. Geneva: World Health Organisation; 2012. Cited: Jun 08, 2020. Available from: [\[Link\]](#)
- Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med.* 2018;131(10):1161-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Lopez OL, Kuller LH. Epidemiology of aging and associated cognitive disorders: Prevalence and incidence of Alzheimer's disease and other dementias. *Handb Clin Neurol.* 2019;167:139-48. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Wolters FJ, Ikram MA. Epidemiology of dementia: the burden on society, the challenges for research. *Methods Mol Biol.* 2018;1750:3-14. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Piers R, Albers G, Gilissen J, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, et al Advance care planning in dementia: recommendations for health-care professionals. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1):88. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Dixon J, Karagiannidou M, Knapp M. The effectiveness of advance care planning in improving end-of-life outcomes for people with dementia and their carers: a systematic review and critical discussion. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(1):132-50.e1. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- World Health Organization. WHO 2011. Palliative care for older people: better practices. WHO Regional Office For Europe, 67. Cited: Jun 08, 2020. Available from: [\[Link\]](#)
- National Council for Palliative Care. National Council for Palliative Care Response to the all parliamentary group on dementia 2012 inquiry: Improving dementia diagnosis rates in the UK. 1<sup>st</sup> ed. London: NCPC; 2012. Cited: July 08, 2020. Available from: [\[Link\]](#)
- van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al; European Association for Palliative Care (EAPC). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* 2014;28(3):197-209. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Sampson EL, Burns A, Richards M. Improving end-of-life care for people with dementia. *Br J Psychiatry.* 2011;199(5):357-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2009(2):CD007209. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Brazil K, Carter G, Cardwell C, Clarke M, Hudson P, Froggatt K, et al. Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: a paired cluster randomized controlled trial. *Palliat Med.* 2018;32(3):603-12. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Carter G, McLaughlin D, Kernohan WG, Hudson P, Clarke M, Froggatt K, et al. The experiences and preparedness of family carers for best interest decision-making of a relative living with advanced dementia: a qualitative study. *J Adv Nurs.* 2018;74(7):1595-604. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Sellars M, Chung O, Nolte L, Tong A, Pond D, Fetherstonhaugh D, et al. Perspectives of people with dementia and carers on advance care planning and end-of-life care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Palliat Med.* 2019;33(3):274-90. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):e543-e51. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Hammes BJ, Rooney BL. Death and end-of-life planning in one mid-western community. *Arch Intern Med.* 1998;158(4):383-90. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK; Canadian Researchers at End of Life Network (CARENET). What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ Support Palliat Care.* 2015;5(1):40-7. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Selwood A, Senthuran S, Blakely B, Lane P, North J, Clay-Williams R. Improving outcomes from high-risk surgery: a multimethod evaluation of a patient-centred advanced care planning intervention. *BMJ Open.* 2017;7(2):e014906. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- MacKenzie MA, Smith-Howell E, Bomba PA, Meghani SH. Respecting choices and related models of advance care planning: a systematic review of published evidence. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(6):897-907. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(5):821-32.e1. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Harrison Denning K, King M, Jones L, Vickerstaff V, Sampson EL. Advance care planning in dementia: do family carers know the treatment preferences of people with early dementia? *PLoS One.* 2016;11(7):e0159056. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Span M, Smits C, Groen-van de Ven L, Jukema J, Cremers A, Vernooij-Dassen M, et al. Towards an interactive web tool that supports shared decision making in dementia: identifying user requirements. *International Journal On Advances in Life Sciences.* 2014;6(3&4):338-49. [\[Link\]](#)
- Denning KH, Jones L, Sampson EL. Advance care planning for people with dementia: a review. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(10):1535-51. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- The Irish Hospice Foundation. Dementia guidance document 2: advance care planning and advance healthcare directives with a person with dementia. Dublin: The Irish Hospice Foundation; 2016. Cited: January 07, 2021. Available from: [\[Link\]](#)
- Bernacki RE, Block SD; American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med.* 2014;174(12):1994-2003. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Jimenez G, Virk AK, Tan WS, Car J, Ho AHY, Low CK. Overview of systematic reviews of advance care planning: Summary of evidence and global lessons. *Journal of Pain & Symptom Management.* 2018;56(3):436-59.e25. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Boddy J, Chenoweth L, McLennan V, Daly M. It's just too hard! Australian health care practitioner perspectives on barriers to advance care planning. *Aust J Prim Health.* 2013;19(1):38-45. [\[PubMed\]](#)
- Visser M, Deliens L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Crit Care.* 2014;18(6):604. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)

32. Izumi S. Advance care planning: the nurse's role: a consistent, system-wide approach can normalize the process, dispelling fears and misconceptions. *American Journal of Nursing*. 2017;117(6):56-61. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
33. Ke LS, Huang X, O'Connor M, Lee S. Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2015;24(15-16):2057-73. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
34. Allen JK. Increasing nurses' knowledge of advance care planning.. [Doctoral Project Approval]. Las Vegas: School of Nursing The Graduate College University of Nevada; 2020. Cited: January 05, 2022. Available from: [[Link](#)]
35. Advance Care Planning (ACP) for people with dementia in all care settings. England: NHS; 2018. Cited: 25.012.2021. Available from: [[Link](#)]
36. Robinson L, Hughes JC, Daley S, Keady J, Ballard C, Volicer L. End-of-life care and dementia. *Rev Clin Gerontol*. 2005;15(2):135-48. [[Crossref](#)]
37. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):477-89. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
38. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c1345. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
39. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, Goeree R, O'Brien BJ, Bédard M, et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283(11):1437-44. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
40. Caplan GA, Meller A, Squires B, Chan S, Willett W. Advance care planning and hospital in the nursing home. *Age Ageing*. 2006;35(6):581-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
41. Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, Beyer F, Clark A, Hughes J, et al. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age Ageing*. 2012;41(2):263-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
42. Feinberg LF, Whitlatch CJ. Decision-making for persons with cognitive impairment and their family caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2002;17(4):237-44. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
43. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H, et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol*. 2016;15(5):455-532. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
44. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al; Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
45. Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(2):175-95. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
46. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: results of the CARD study. *J Affect Disord*. 2010;121(1-2):136-42. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
47. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f6276. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
48. Advance Care Planning Decisions [Internet]. Nous Foundation, Inc. © 2008-2022. [Cited: February 12, 2022]. How nurses facilitate the advance care planning process. Available from: [[Link](#)]
49. Flanders SA. Nurses as educators. Effective patient education: Evidence and common sense. *Medsurg Nursing*. 2018;27(1):55-8. [[Link](#)]
50. Shepherd J, Waller A, Sanson-Fisher R, Clark K, Ball J. Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *Int J Nurs Stud*. 2018;86:74-81. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
51. Christensen KL, Winters CA, Colclough Y, Oley E, Luparell S. Advance care planning in rural montana: exploring the nurse's role. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(4):264-71. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
52. HPNA Position Statement Advance Care Planning. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018;20(5):E1-3. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]