

# İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım

## Palliative Care in Advanced Dementia Patients: Review

Kadriye SAYIN KASAR,<sup>a</sup>  
Yasemin YILDIRIM<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları Hemşireliği AD,  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,  
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 24.06.2016  
Kabul Tarihi/Accepted: 21.09.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Kadriye SAYIN KASAR  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,  
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir,  
TÜRKİYE/TURKEY  
kadriye\_syn\_321@hotmail.com

**ÖZET** Demans; geri dönüşümsüz, ilerleyici süreç izleyen ve sık görülen bir sağlık problemidir. Demans hastalarının %95'inden fazlasına, yaşamlarının sonunda ya uzun süreli olarak hastanelerde ya da bakımevlerinde 24 saat bakım gerekmektedir. Günümüzde gündeme gelen yeni kavramlardan biri de palyatif bakımdır. Palyatif bakımın amacı, hastaların yaşadığı semptomların kontrol altına alınması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Ancak, ileri demansı olan bireylerde palyatif bakım standartlarının henüz yetersiz olduğu düşünülmektedir. Demansı olan bireylerde hastalığın ilerlemesi ile birlikte sıkıntıya neden olabilen birden fazla semptom görülmektedir. Özellikle ağrı, beslenme ve hidrasyon sorunları, kilo kaybı, depresyon, tekrarlayan enfeksiyonlar ve ateş sık görülen semptomlardandır. Bu çalışmada, ileri demansı olan bireylere bakım veren hemşirelere bu semptomların yönetimi ve palyatif bakım konusunda güncel bilgiler sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Demans; palyatif bakım; hemşirelik

**ABSTRACT** Dementia; irreversible, progressive process is followed and common health problems. At the end of their lives in more than 95% of patients either in hospitals or in long-term care home requires 24-hour care. One of the new concepts of palliative care from the agenda currently is. The goal of palliative care, controlling the symptoms experienced by patients and increasing the quality of life. However, in individuals with advanced dementia, palliative care standard is not yet considered to be insufficient. In individuals with dementia with disease progression is seen more than symptoms that can lead to trouble. In particular pain, nutrition and hydration problems, weight loss, depression, recurrent infections and fever among the common symptoms. The purpose of this review; the nurses caring for individuals with advanced dementia to provide updated information on the management of these symptoms and palliative care.

**Keywords:** Dementia; palliative care; nursing

Yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak, yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplum içinde bir sorun hâline gelmektedir.<sup>1</sup> Yaşlılıkta sık görülen hastalıklardan biri olan demans; sağlıklı yaşam süresini kısaltan, tedavi ve izlem gerektiren, toplumun bütün kesimini etkileyen ciddi bir sağlık problemidir. Yaşlı popülasyonda sık görülen Alzheimer hastalığı, yaşlı erişkinler arasındaki demansın en sık nedenini oluşturur iken; vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve frontotemporal demans sık görülen diğer demans tiplerini oluşturmaktadır.<sup>2,3</sup>

Latince zihin anlamına gelen “mens” kelimesinden türeyen ve zihnin yitirilmesi anlamına gelmekte olan demans; hafıza, öğrenme, hatırlama, or-

yantasyon, dil fonksiyonları, algılama, karar verme, plan yapma ve kişilik gibi kognitif fonksiyonların bozulması ile karakterize ve ölümlü sonuçlanabilen santral sinir sisteminin progresif nörodejeneratif bir hastalığıdır.<sup>1,4</sup> Bilişsel işlevlerde bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluklar oluşmaktadır.<sup>1</sup>

Demansı olan bireylerde, hastalığın ilerlemesi ile birlikte sıkıntıya neden olabilecek birden fazla semptom görülmektedir. Özellikle gece saatlerinde artan davranış sorunları (sundowning), açıklanamayan kilo kaybı, demans ile ilişkili multipl davranışlar, spesifik ileri direktiflerin yetersizliği, aşırı antipsikotik kullanımı veya sınırlılığı ve zayıf ağrı yönetimi demans bakımında karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır.<sup>5</sup> Ayrıca prevalansı hastalığın aşamalarına göre değişebilmekte; özellikle ağrı (%12-76), nefes darlığı (%8-80), depresyon (%9-32), anksiyete (%3-22), halüsinasyonlar (%2-11) ve sanrı (%18) gibi birden fazla semptom bildirilmektedir.<sup>6</sup> Hanson ve ark. tarafından yapılan literatür çalışmasında, genel olarak palyatif dönem demans hastalarında görülen semptom ve bulgular; ağrı, tekrarlayan enfeksiyonlar (üriner sistem enfeksiyonları, pnömoni vb.), beslenme/hidrasyon, konfüzyon, depresyon, ajitasyon ve bilişsel değişiklikler olarak belirtmiştir.<sup>7</sup> Bulguları kanser hastalarının son dönem bulgularıyla benzer olmasına rağmen, demanslı bireylerde daha uzun süre bu belirtilerle karşılaşıldığı bildirilmektedir.<sup>8</sup>

Demanslı hasta bakımında temel hedefler; hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevrenin düzenlenmesi, hastalık nedeni ile oluşan kayıpların kompanse edilmesi, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecektir terapötik ortamın sağlanmasıdır.<sup>1</sup> Demans ilerleyici terminal bir hastalık olduğu için çoğu zaman demanslı bireylere en iyi bakımı sunmak ve yaşam kalitesini artırmak zor olabilmektedir.<sup>5,9</sup> Hastaların %95'inden fazlasının ömürlerinin sonunda ya uzun süreli olarak hastanelerde ya da bakımevlerinde 24 saat bakıma ihtiyaçları olmaktadır. Bu kapsamda gündeme gelen palyatif bakım, birey merkezli bakım amaçları olan bir yaklaşımdır. Palyatif bakım gele-

neksel olarak terminal dönemde olan kanserli bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bakım olarak düşünülmekte iken, giderek demans dâhil çeşitli terminal dönem hastalıklarda, insanların bakımıyla ilgili en iyi yaklaşım olarak kabul edilmektedir.<sup>10</sup> Ancak, ileri demansı olan bireylerde palyatif bakım standartlarının yetersiz olduğu düşünülmektedir.<sup>9</sup>

## DEMANS VE PALYATİF BAKIM

Dünya genelinde demans tanısı konmuş olan bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır.<sup>11</sup> Demans, ilerleyici ve ölümcül bir hastalık olduğundan hastalar; aileler ve sağlık sistemi için yararlı olabilecek konfor, yaşam kalitesi ve aile desteğine odaklanan bir palyatif bakım yaklaşımına sahip olmalıdır.<sup>3</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.<sup>12</sup> Palyatif bakımın amacı; bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve semptomların kontrol edilerek acının hafifletilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Palyatif bakım bilinci; psikolojik, sosyal ve spiritüel destek sunan, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü amaçlayan; ileri progresif hastalığa sahip bireylerin aktif ve total bakımındır.<sup>13</sup>

Yaşam sonunda demanslı bireyler ve onlara bakım verenlerin ihtiyaçları, diğer kronik hastalıklara sahip olan bireylerden farklılık gösterebilmektedir. Raymond ve ark.nın demansı olan bireylerin yaşam sonu bakım yönetimi konusundaki deneyimlerini inceledikleri çalışmada; (1) Bakım vericinin (aile üyeleri) deneyimleri; (2) Birey merkezli bakım; (3) Uygulamalar (ağrı ve konfor, beslenme, tıbbi komplikasyonlar ve davranışsal belirtilerin distresi en aza indirildiği bakım planlaması); (4) Sistem faktörleri (etik ikilemler, karar verme, bilgi ve

eğitimin de dâhil olduğu) ve (5) Araştırma öncelikleri (politika geliştirme) olarak temel beş ana tema belirlenmiştir.<sup>11</sup> İleri demansı olan bireylerde palyatif bakım etkinliğinin incelendiği bazı çalışmalarda, daha iyi semptom kontrolü ve analjezi sağlandığı, daha az gereksiz müdahalenin (akut hastane ve antibiyotik kullanımı için transfer) yapıldığı ve daha düşük maliyetin sağlandığı belirtilmiştir.<sup>8</sup> Ahronheim ve ark. tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise demans hastalarına verilen palyatif bakım yaklaşımının herhangi bir etkisinin olmadığı bulunmuş, etkisinin olmamasında prognoz üzerinde belirsizlikler ve sağlık ekibi tarafından önceden oluşturulan bakım planlarını değiştirmedeki güçlükler sorumlu gösterilmiştir.<sup>14</sup> Demansta diğer psikiyatrik sendromlardan farklı olarak, daha fazla yaşam beklentisinin kısıtlandığı da vurgulanmaktadır.<sup>8</sup>

Palyatif yaklaşım prognozu ve bakım hedeflerini tartışma, ileri direktiflerin tamamlanması ve ilerlemiş demansın yaygın komplikasyonlarına dikkatli şekilde yaklaşımı da içermektedir. Demans hastalarına bakım verenler hasta, ailesi ve bakım verenler ile iş birliği içinde yaşam sonu bakımı için bir plan yapmalı, demansın son döneminde görülen yaygın semptomları yönetmek için hazırlıklı olmalıdır.<sup>3</sup> Ancak, özellikle yaşamlarının sonuna doğru olan ileri demans hastalarının bakımında, daha az kanıtlanmış bakım standartları bulunmaktadır.<sup>8</sup>

## SEMPTOM YÖNETİMİ

Genel olarak demanslı hastaların; bilişsel fonksiyonların sürdürülmesi, fiziksel güvenliğin sürdürülmesi, fizyolojik fonksiyonun optimal düzeyde sürdürülmesi, günlük yaşam aktivitelerinde maksimum bağımsızlığın sağlanması, kişisel hijyenin sağlanması, uyku ve aktivite dengesinin sağlanması, gereksinimlerin karşılanması, sosyalizasyonun geliştirilmesi ve rehabilitasyon gibi bakım gereksinimleri bulunmaktadır.<sup>1</sup> Ancak, yaşamın sonuna doğru olan demanslı bireylerdeki tedavi ve palyatif bakım, bireyin ölümüne neden olan durumları tedavi etmekten ziyade, yaşadıkları semptomların giderilmesi veya hafifletilmesine odaklanmaktadır. Aile ve bakım vericiler için palyatif bakım ise de-

manslı bireyin ölüm süreci ve ardından gelen yas döneminde emosyonel ve pratik destek sağlamaya odaklanmaktadır.<sup>8</sup>

Bu kapsamda ileri demansı olan bireylerde palyatif bakım süreci genel olarak ağrı, beslenme ve hidrasyon, enfeksiyon ve ateş, resüsitasyon ve ölüm başlıkları içinde ele alınmıştır.

## AĞRI

Demans hastalarında ağrı ve nefes darlığı en sık görülen semptomlar olarak belirtilmektedir.<sup>15,16</sup> Ancak demans hastaları, özellikle orta evreden itibaren iletişim kuramadığı için şikâyetlerini özellikle de ağrılarını dile getirememektedir.<sup>3,8</sup> Birçok büyük ölçekli çalışmalar ağrının genellikle yaşlı bireylerde daha sık olduğunu ileri sürmektedir.<sup>8</sup> Demanslı bireylerin %50'sinin ağrı deneyimlediği belirtilmektedir.<sup>15</sup> Ağrısı olduğu gözden kaçan demans hastalarında ağrı değerlendirilip, kontrol altına alınamadığı için hastaların yaşam kalitesi ve günlük aktiviteleri bozulmaktadır.<sup>3,8</sup> Bazı çalışmalarda da ağrının ajitasyon ve agresyon gibi davranışsal semptomların artmasında da rolünün olduğu ve ağrı kesici ile davranış değişikliklerinde azalma olduğu düşünülmektedir.<sup>17</sup> Ağrısı kontrolsüz kalan demans hastalarında, davranışsal semptomların ortaya çıkması ile demansın evresinin ilerlediğinin düşünülmesi, yeni tedavilerin başlanması gibi sonuçlara neden olmakta ve esas sorun olan ağrının ve nedeninin ortaya çıkarılmasını engellemektedir. Ancak, şiddetli demansı olan bireylerde ağrının yeterli tespit ve tedavi edilemediği ve ciddi ağrıların olabileceğine yönelik endişeler bulunmaktadır.<sup>8,17</sup> Bu nedenle demans hastalarında ağrının değerlendirilmesi, bu amaçla standart testlerin kullanılması ve ağrı varsa nedeninin saptanıp kontrol altına alınması önemlilik arz etmektedir.<sup>3,8,15-17</sup>

Bütün bu nedenler ağrı değerlendirme araçlarına ilginin artmasına yol açmıştır. Kendi bildirim skalalarının, hâlâ iletişim kurabilen hafif-orta demansı olan bireylerde yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Şiddetli demansı olan bireylerde de artık birçok gözlem skalaları bulunmaktadır, ancak onların da psikometrik özelliklerinin sağlamlığından şüphe duyulmaktadır. Gözlemsel ağrı skalaları, sadece ağrıyı değil aynı zamanda ağrının nedeni olabilecek

olan distresi de ölçebilmelidir. Ağrı, saldırganlık, distres, ajitasyon, anksiyete, bakımda direnç ya da geri çekilme ile demansın diğer davranışsal ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkinin dikkatli bir şekilde ele alınması gerekmektedir.<sup>8,17</sup> Çünkü şiddetli demans olan bireylerde ağrı değerlendirmesinde intrensek sorunlardan dolayı ağrının gerçek prevalansı konusunda emin olmak zordur.<sup>8</sup>

Genel olarak demanslı bireylerin ağrı değerlendirmesinde; İleri Demans da Ağrı Değerlendirmesi [Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)], Alzheimer Tipi Demans İçin Rahatsızlık Ölçeği [Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (ÖDS-DAT)], Yaşlı Demanslılarda Ağrı Değerlendirmesi [Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE)], Wong-Baker Yüzler Ağrı Derecelendirme Ölçeği [Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFaces)] ve Sayısal Derecelendirme Ölçeği [Numeric Rating Scale (NS)] testleri kullanılmaktadır. Hastanın davranışsal semptomlarının ve ajitasyon gibi psikiyatrik semptomların değerlendirilmesi için Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri [Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)] ve Nöropsikiyatrik Envanter [Neuropsychiatric Inventory (NPI)] testleri de uygulanmaktadır.<sup>18,19</sup>

Ağrı tedavisinde, uygun dozlarda asetaminofen (bölünmüş dozlar hâlinde günde genellikle 3-4 g) faydalı olabilmektedir; ancak asetaminofen etkisiz ise opioid ilaçlar önerilmektedir. Bu bireyler zaten konstipasyon için yüksek risk grubunda olduğundan, stimülan veya ozmotik laksatifler opioid ile birlikte tedaviye eklenmelidir. Yeterli oral hidrasyon sağlanamıyor ise konstipasyona neden olacağı için fiber laksatiflerden kaçınılmalıdır. Tedavide amaç hastanın konforunu korumak olmalıdır ve bu durum yakından izlemi ve sık doz titrasyonunu gerektirmektedir. Ayrıca, sağlık personeli tipik ağrı davranışlarının farkında olmalı ve aile ile sık sık iletişime geçmelidir.<sup>17,18</sup> Antidepresanlar ve antiepileptik ilaçların santral nöropatik ağrı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Amitriptilin, karbamazepin, gabapentin ve pregabalın gibi ilaçların kullanımı ise karaciğer ve böbrek fonksiyonları üzerine bu ilaçların olumsuz etkileri nedeni ile tartışmalıdır.<sup>18</sup>

İlaçlar ağrı oldukça değil, ağrının oluşmasını önleyecek şekilde düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. Ağrının ilaçlarla kontrol altına alınmadığı durumlarda, girişimsel tedavilerin yarar sağlayacağı belirtilmektedir.<sup>20</sup> Ek olarak, bu sorunun yönetiminde non-farmakolojik yaklaşımların kullanımı tercih edilebilmektedir. Bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda ağrı ile baş etmede, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu [transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)] veya akupunktur, dikkati başka yöne çekme, hayal kurma, müzik dinleme, dua etme, biyo-geribildirim, hipnoz, reiki masaj, refleksoloji ve sıcak/soğuk uygulama gibi farklı nonfarmakolojik yaklaşımların kullanımı yer almaktadır.<sup>8,13,18</sup> Ağrı tedavisi her zaman bireyin psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını da ele almalıdır.<sup>21</sup>

## BESLENME VE HİDRASYON

Bireylerde demans ilerlediğinde yeterli beslenme ve sıvı alımı önemli bir problem hâline gelmektedir. İlk olarak; terminal dönemde iştah ve açlık hissi kaybı ile yemek yemekten kaçınma yaygın olduğu için, rutin ihtiyacı karşılama ve düzenli yemek yeme kaybı oluşmaktadır. İkinci olarak; besleme sürecinde zorluklara neden olan, amaçlı hareketleri kontrol etmedeki bozukluk (dispraksiya) ve bir dizi diğer sorunlar olabilmektedir. Üçüncü olarak da yutma sorunları giderek belirginleşmektedir.<sup>8</sup> İştahsızlık, yemek yemede zorlanma ve yutma güçlüğü hastalık sürecinin normal bir parçasıdır ve genellikle demanslı bireylerin yaşamın sonuna doğru ilerlediğinin temel göstergelerindedir. Terminal dönemde hastada dehidratasyon olumlu etki göstererek, pulmoner salguları azaltmakta, daha az öksürük ve daha az inkontinans görülmesine neden olmaktadır.<sup>10</sup>

Son evre demans hastalarının kötü prognozuna karşın, girişimler oral beslenmeyi optimize etmeye yönelik olmalıdır. Bunun hem hasta hem de aile konforuna faydası bulunmaktadır. Hastanın ağız ve yutma ile ilaç ve gıda tercihlerini içeren kapsamlı bir değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir.<sup>3,17</sup> Demanslı bireylerde yeterli beslenmenin sağlanması amacıyla hastanın kilo izlemi, yeterli ve dengeli diyet almasının sağlanması, kendi

kendine yiyemeyen hastanın beslenmesine yardım edilmesi, besleme sırasında kısa hikâyeler ile konsantrasyon ve iştah oluşturulması, sakin ve iyi ortam sağlanması ve hastanın istediği ve/veya bildiği besinleri yemesinin sağlanması önerilmektedir.<sup>1,17</sup> Ayrıca, son dönem demans hastalarında hastanın tercih ettiği ve ev yapımı gıdaları yemesi (daha tatlı ya da yumuşak gıdalar), kısıtlayıcı diyetlerin kesilmesi ve beslenme takviyeleri denemesi önerilmektedir. Daha küçük porsiyonlar (24/7 öğün) ile sık sık yemek zamanları ayarlaması yapılmalıdır. Hoş olmayan, rahatsız edici ortam giderilmelidir.<sup>17</sup> Yeterli beslenme için ayrıca ağız bakımı yapılması, sakız çiğnenmesi önerilmektedir.<sup>1</sup> Sınırlı kanıtlar olmakla birlikte, ileri demansı olan bazı hastalarda iştah uyarıcı ajanlar (örneğin; dronabinol megestrol) bir seçenek olabilmektedir. Bu ajanlar kas kütlelerini veya işlevini geliştirmese de yaşam kalitesini artırabilmektedir.<sup>17</sup> Bu girişimlere rağmen yeterli beslenme ve hidrasyon sağlanamadığında ise yapay (tüple) beslenme göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>22,23</sup> Yapay beslenme ve hidrasyon tedavi seçeneği olduğunda, beslenme ve hidrasyon karmaşık bir sorun olarak gündeme gelmektedir.<sup>10,17</sup> İleri demansı olan bireylerde yapay beslenme yaygınlığı %7,5-40,1 oranında bildirilmektedir.<sup>24</sup> Ancak literatürde, terminal dönemdeki demanslı bireylerde; yapay beslenme ya da hidrasyonun ömrü uzattığını, aspirasyon pnömonisi riskini azalttığını veya acıyı azaltarak huzurlu bir ölüm sağladığını gösteren herhangi bir kanıt bulunmamaktadır.<sup>3,10,17,22,25</sup> Özellikle aspirasyon pnömonisi hastalığının daha ciddi aşamalarında önemli bir sorun olmaktadır. Bu nedenle nazogastrik ve perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) tüplerinin kullanımında bu riskin akılda tutulması gerekmektedir.<sup>8,25</sup> Ayrıca; PEG tüplerinin yerleştirilmesiyle ağrı, acil servis ziyaretleri ve hastane yatış artışı arasında bir ilişki gösterilmektedir.

Parenteral hidrasyon tedavisi de nadiren yaşamın son haftalarında uygulanmaktadır. Hastalarda olası yüklenme nedeni ile ödem veya nefes darlığı görülebilmektedir. Hidrasyon diğer terminal hastalıklarda uyanıklığı ve yakınlarıyla etkileşimi geliştirmede yararlı olsa da genellikle demansta etkili olmamaktadır.<sup>17</sup> Marshall ve ark. demanslı birey-

lerde beslenme ve hidrasyon yetersizliğinin hastanede yatışın spesifik nedeni olmamasına karşın, klinisyenlerin beslenme ve hidrasyon yetersizliği riskini düşürücü strateji belirlemesi, hasta, aile ve bakım vericiler için komplikasyonları önleyici eğitimlere öncelik verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.<sup>26</sup>

## ENFEKSİYON VE ATEŞ

İleri demansı olan bireylerde immünolojik yanıtlarda bozulma ve immobilité gibi çeşitli nedenlerden dolayı enfeksiyonlara karşı yeterli savunma sağlanamamaktadır.<sup>12</sup> Hastaların %42'si yaşamının son 2 haftası içinde antimikrobik bir ajan kullanmaktadır.<sup>27</sup> Tekrarlayan pnömoni en yaygın ölüm nedenlerinden biridir.<sup>17,27,28</sup> İleri derece demans olan bireylerde, pnömoni nedeni ile hastaneye yatış sonrası ilk 6 ay içinde mortalitenin yüksek olduğu (%53) ve aynı yaşta olan bilişsel durumu bozulmamış bireylerden (%13) daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>28</sup>

Ciddi demansta enfeksiyonları tedavi etmek ve mortaliteyi azaltmak için antibiyotik kullanımı tartışmalıdır.<sup>3,8,17,27</sup> Hurley ve ark.nın kontrollü non-randomize çalışmasında, antibiyotik ile tedavi edilen bireylerde, basit bir ateş düşürücü ve analjezik kullananlara göre demansın daha fazla kötüleştiği saptanmıştır.<sup>29</sup> Ancak, van der Steen ve ark. pnömoni olan demanslı bireylerde antibiyotik ile tedavi edilenlere göre, antibiyotiği kesilenlerde daha fazla rahatsızlık hissinin olduğunu bildirmişlerdir.<sup>30</sup> Solunum problemlerinin de en belirgin belirtilerden olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda pnömoninin önceden öngörülebilir olması iki konuyu gündeme getirmektedir. Birincisi, sorunları daha global değerlendirmenin önemi; ikincisi ise antibiyotik dışındaki yararlı tedavi seçenekleridir (örneğin; nefes darlığını hafifletmek için opioid kullanımı). Palyatif bakımda antibiyotikler bazen enfekte bronşiyal sekresyonun neden olduğu sıkıntıyı hafifletmek için spesifik olarak kullanılmaktadır. Hollanda'da yapılan bir çalışma hekimlerin pnömoni olan 706 hastanın tedavisinde %69 küratif ve %8 palyatif nedenlerden dolayı antibiyotik tedavisi kullanma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Antibiyotik tedavisi kesilen hastaların



%23'ünde demans ve pnömoninin şiddetlendiği, gıda ve sıvı alımının bozulduğu ve daha dehidrate olduğu bulunmuştur.<sup>8</sup> İdrar yolu enfeksiyonları (İYE) da son dönem demans hastalarında yaygındır. Ancak asemptomatik bakteriüri daha yaygındır ve genellikle tedavi edilmemektedir. İYE için en etkili önlem kateterizasyondan kaçınılmasıdır.<sup>17</sup> Özetle, antibiyotik kullanımı için demansın ciddiyeti, komorbidite, immobilitate, beslenme durumu ve bireyin enfeksiyona yanıtı gibi bireye özel durumların dikkate alınarak karar verilmesi gerekmektedir.<sup>3,8</sup>

## RESÜSİTASYON VE ÖLÜM

Şiddetli demansı olan bireylerde kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) başarı şansı oldukça düşük olabilmektedir. Hastane dışında hayatta kalma şansı daha da düşük olup, CPR bireye zarar verici ve hatta bazen onu kırıcı olabilmektedir. Hastanede olsa bile bilişsel durumu bozulmamış olan bireylere göre bilişsel bozukluğu olanlarda başarı şansı üç kat daha az olmaktadır. CRP'nin başarı oranı metastatik kanseri olan bireylerle benzer bulunmaktadır. Bu gerçekler, bazen zor karar verme anlarının yaşanmasına neden olmaktadır. Klinisyenler olabildiğince demanslı bireyin yararına hareket etmelidir. Birey için en yüksek yararın değerlendirilmesi süreci; bireyin yakınları, bakım verenleri ve sağlık bakım personeliyle konuşmayı içermelidir.<sup>8</sup>

Terminal dönemde olan demanslı bireyin ailesi ve bakım vericiler için en iyi seçim özel bir odadır. Aileler ve bakım vericilere bireyin hâlâ onları duyabildiği ve söylenenleri anlayabileceği hatırlatılmalıdır. Onların da dokunma, kucaklama veya elini tutma gibi güven verici davranışlara ihtiyacı olabilmektedir. Ölüm anını tam olarak kestirmek zor olsa da fokurdama seslerinin duyulması veya kas kontrolünün son izlerinin kaybı gibi fiziksel belirtiler olabilmektedir. Ayrıca, nefes alımı kesilmekte, pupiller fiks dilate olmaktadır. Bazen bu belirtiler olmayabilmektedir. Bu gibi durumlarda sağlık personeli, aile ve bakım vericilerin bu değişimlerin ölüm anında gelmesinin normal bir değişim süreci olduğunu anlamaları için yardımcı olması ve yeterince bilgi vermesi gerekmektedir. Böyle destek mekanizmaları o anda çok önemlidir.<sup>10</sup>

**Kötü Haberlerin Söylenmesi:** Bu süreç hasta ve ailesi açısından önem taşımaktadır. Kötü haberlerin söylenmesinde zamanlama önemli bir faktördür. Ne zaman, kimin yanında kötü haberlerin söyleneceğine ekip karar vermelidir.<sup>13</sup> Demanslı bireyin ölümü sonrası ailesi ve diğer bakım vericileri üzüntü, keder, suçluluk ya da hafifleme gibi duyguların biri ya da birkaçını birlikte hissedebilmektedir.<sup>10</sup> Bu süreçte hasta ve ailenin duyguları göz önüne alınmalı, sorulan sorulara yanıt için zaman verilmeli, hastanın ve ailenin neyi ne kadar bilmek istediği saptanmalı, hasta ve aileye motivasyon sağlamak için sessizlik kullanılarak uygun bir ortam oluşturulmalıdır.<sup>13</sup>

## SONUÇ

Geri dönüşümsüz ve ilerleyici bir süreç izleyen demans hastalığı; yüksek düzey kortikal fonksiyonlarda bozulma, hafıza, problem çözme becerisinde azalma, öğrenilmiş motor becerilerde, sosyal becerilerde ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ile seyreden bir durumdur. Hastalık süresince hemşirelerden beklenen hastaların sözlü ve sözsüz ifadelerini anlamaları, gereksinimlerini tanımlamaları, doğru araçları seçmeleri, uygun bakım vermeleri ve bakım verenlere tanı, tedavi, bakım ve hastalığın bütün evrelerinde destek olmalarıdır.

Palyatif bakım, geleneksel olarak terminal dönemde olan kanserli bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bakım olarak düşünülmekte iken, giderek demans dâhil çeşitli terminal dönem hastalıklarda, insanların bakımıyla ilgili en iyi yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Demans hastalarında palyatif bakım gün geçtikçe artan bir ilgi alanı hâline gelmektedir. Bu nedenle hemşirelerin konu hakkında güncel ve pratik bilgilere sahip olması ve bu bilgilerle bakımı yönlendirmesi önemlidir.

### Çıkar Çatışması

*Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.*

### Yazar Katkıları

*Çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. Akyar İ. [Nursing care of demented patient and care models]. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal 2011;18(2): 79-88.
2. Kudiaki Ç. [Prominent cognitive impairment in Alzheimer disease, vascular dementia and dementia with lewy bodies]. Turk J Geriatr 2010;13(Suppl 3):47-51.
3. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. Clin Geriatr Med 2014;30(3):469-92.
4. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;66(9503):2112-7.
5. Bryant N, Alonzo T, Carol L. Palliative care for advanced dementia. Adopting the practice of comfort. FutureAge 2010;6:32-8.
6. Ellis-Smith C, Evans CJ, Bone AE, Henson LA, Dzingina M, Kane PM, et al. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. BMC Med 2016;26: 14-38.
7. Hanson E, Hellström A, Sandvide A, Jackson GA, MacRae R, Waugh A, et al. The extended palliative phase of dementia - An integrative literature review. Dementia (London) 2016;1-27.
8. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: issues and evidence. BJ Psych Advances 2007;13(4):251-60.
9. Martin S. Care at the end of life. Nurs Older People 2016;28(2):1-11.
10. Abbey J. Palliative care and dementia. Alzheimer's Australia. Scullin ACT; 2006. p.1-24.
11. Raymond M, Warner A, Davies N, Nicholas N, Manthorpe J, Iliffe S. Palliative and end of life care for people with dementia: lessons for clinical commissioners. Prim Health Care Res Dev 2014;15(4):406-17.
12. Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ. Palliative care. Palliative Care for Older People: Better Practices. 3rd ed. Copenhagen, Denmark; World Health Organization, Regional Office for Europe; 2011. p.6.
13. Fadiloğlu Ç. [Palliative care and evidence-based practice in patients with lung cancer]. Can G, Aydinler A, editörler. Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p.2-3.
14. Ahronheim JC, Morrison SM, Morris J, Baskin S, Mejer DE. Palliative care in advanced dementia: a randomized controlled trial and descriptive analysis. J Palliat Med 2000;3(3):265-73.
15. Lichtner V, Dowding D, Allcock N, Keady J, Sampson EL, Briggs M, et al. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. BMC Health Serv Res 2016; 16(1):427.
16. van Kooten J, Delwel S, Binnekade TT, Smalbrugge M, van der Wouden JC, Perez RS, et al. Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. BMC Geriatr 2015;15(1):29.
17. Sekerak RJ, Stewart JT. Caring for the patient with end-stage dementia. Ann Longterm Care 2014;22(12):1-14.
18. Scherder EJ, Plooi B. Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. Drugs Aging 2012;29(9):701-6.
19. Sampson EL, White N, Lord K, Leurent B, Vinkerstaff V, Scott S, et al. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. Pain 2015;156(4): 675-83.
20. Sucaklı MH. [An approach to dying patients end-of-life care]. TJFMPC 2013;7(3):52-7.
21. Cuhls H, Radbruch L, Brunsch-Radbruch A, Schmidt-Wolf G, Rolke R. [Pain management in palliative care. Current aspects of medicinal therapy]. Internist (Berl) 2013;54(2):254, 256-62.
22. Harwood RH. Feeding decisions in advanced dementia. J R Coll Physicians Edinb 2014; 44(3):232-7.
23. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:1-27.
24. Ahronheim JC, Mulvihill M, Sieger C, Park P, Fries BE. State practice variations in the use of tube feeding for nursing home residents with severe cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2001;49(2):148-52.
25. Li I. Feeding tubes in patients with severe dementia. Am Fam Physician 2002;65(8):1605-10, 1515.
26. Marshall KA, Burson R, Gall K, Saunders MM. Hospital Admissions for Malnutrition and Dehydration in Patients With Dementia. Home Healthc Now 2016;34(1):32-7.
27. D'Agata E, Mitchell SL. Patterns of antimicrobial use among nursing home residents with advanced dementia. Arch Intern Med 2008;168(4):357-62.
28. Morrison RS, Siu AL. Survival in end-stage dementia following acute illness. JAMA 2000;284(1):47-52.
29. Hurley AC, Volicer B, Mahoney MA, Volicer L. Palliative fever management in Alzheimer patients. Quality plus fiscal responsibility. ANS Adv Nurs Sci 1993; 16(1):21-32.
30. van der Steen JT, Ooms ME, Adèr HJ, Ribbe MW, van der Wal G. Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia: a quantitative observational study. Arch Intern Med 2002;162(15):1753-60.