

Demansı Olan Bireyde Davranışsal Problemleri Azaltmada Kanıta Dayalı Bir Model: Azalmış Stres Eşiği Modeli

Özlem Küçükgüçlü* Burcu Akpınar** Kathleen C. Buckwalter***

Özet

Demans, toplumun yaşlanması ile birlikte görülme sıklığı giderek artan bir sendromdur. Demansın evresi ilerledikçe, her bireyde tipi ve şiddeti değişen oranlarda davranışsal sorunlar gözlenmektedir. Bu davranışsal sorunlar, hem hastalara bakım veren sağlık personelinin hem de aile üyelerinin, bakım sürecini devam ettirmelerini güçleştirmekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bunun sonucu olarak da demanslı bireylerin kurumlara yatırılma oranları artmaktadır. Azalmış Stres Eşiği Modeli, demansı olan bireylerde görülen davranışsal sorunları azaltmak için geliştirilmiş nonfarmakolojik bir modeldir. Bu model, demanslı bireylerin yaşadıkları çevrenin, bilişsel yetilerdeki kayıplara uygun bir şekilde düzenlenmesi ile daha az stresli ortam yaratılması temeline odaklanmaktadır. Hemşirelerin azalmış stres eşiği modeline dayandırarak yapacakları girişimler ile davranışsal sorunları olan demanslı bireylerin bakımları hem hemşireler hem de bakım verenler tarafından en iyi şekilde yönetilebilecektir. Bu makalede demanslı bireye sunulacak hemşirelik uygulamalarına ışık tutacak bir model olan azalmış stres eşiği modelinin teorik çerçevesi açıklanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Demans, Hemşirelik, Davranışsal Sorunlar.

Abstract

Dementia is a syndrome of increasing prevalence with aging of society. Stage of dementia progresses, the type and severity of the behavioral problems observed in varying proportions for each people with dementia. These behavioral problems, both medical staff who are caring for people with dementia and their caregivers makes it difficult to continue the process of care and reduces the quality of life. As a result of this, people with dementia is increasing rates of admission institutions. Progressively Lowered Stress Threshold Model (PLST) is a nonpharmacologic model and developed to reduce behavioral problems seen in people with dementia. PLST, focus on the patients environment, in accordance with the regulation of cognitive losses, creation of less stressful environment. When the nursing interventions based on the PLST, the behavioral problems of people with dementia to be managed in the best way from nurses and caregivers. In this article, PLST model will be described in a theoretical framework, which is shed light on the nursing interventions for people with dementia.

Key words: Dementia, Nursing, Behavioral Problems, PLST.

Geliş Tarihi: 14.12.2010 Kabul Tarihi: 01.01.2011

Demansı olan bireylerde, nörodejeneratif değişikliklere bağlı olarak bilişsel ve davranışsal sorunlar görülmektedir. Hastalığın evresinin ilerlemesiyle birlikte bu davranışsal sorunların görülme sıklığı ve şiddeti de artış göstermektedir (Cummings, 1997; Güngen, Ertan ve Eker, 1998; Işık ve Tanrıdağ, 2009; Lindsey ve Buckwalter 2009; Smith ve Buckwalter, 2005; Yılmaz ve Turan, 2007). Ülkemizde 190 Alzheimer tipi demans tanısı olan bireyle yapılan bir araştırmada davranış ve psikolojik sorunların görülme oranı % 91.5 olarak bildirilmiştir (Güngen, Ertan ve Eker, 1998). Amuk ve arkadaşlarının (2009) Denizli Huzurevinde 141 yaşlı üzerinde yaptıkları bir çalışmada demansı olan bireylerde diğerlerine göre anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Davranışsal sorunların prevalansı pek çok etmene bağlı olarak değişmektedir. Bu etmenler bakımın sürdürüldüğü yer, hastalığın evresi, tipi, hastanın premorbid kişiliği, psikiyatrik hastalıklarının bulunması gibi bireysel özellikleri olarak sıralanmaktadır (Işık ve Tanrıdağ, 2009; Smith ve Buckwalter, 2005). Bakım evinde kalan demanslı bireylerde davranışsal sorunların görülme sıklığı %70-90, evde kalan demanslı bireylerde bu oran %60 olarak bulunmuştur (Işık ve Tanrıdağ, 2009). Hastalığın evresine göre; erken evre hastalarda depresyon ve anksiyete semptomlarının daha belirgin oranda görülürken, orta evrede sıklıkla paranoid yapıda olmak üzere hezeyanlar, huzursuzluk ve sürekli amaçsız dolaşma gibi davranışlar görüldüğü belirtilmektedir. İleri evre hastalarda ise sosyal olarak kabul edilemeyecek bir disinhibisyon, amaçsız tekrarlayıcı davranışlar ve belirgin apati görülebilmektedir. Hastalık evresi ilerledikçe ajitasyonun görülme sıklığı da artış göstermektedir. Demansın tipine göre; Alzheimer tipi

demanslı bireylerde en sık rastlanan davranışsal sorunlar apati, ajitasyon, irritabilite, depresyon, hezeyanlar ve aberran motor davranışlardır. Diğer tip demanslarda öfori, halüsinasyon ve disinhibisyon daha fazla sıklıkla görülmektedir. Frontotemporal demansta özellikle saldırganlık gibi uygun olmayan davranışlar ve antisosyal davranışlar görülmektedir (Işık ve Tanrıdağ, 2009; Smith ve Buckwalter, 2005).

Literatürde bakım verenlerin en fazla hastalarında görülen davranışsal sorunlar nedeniyle bakımda zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Bedard ve arkadaşları 1997, Lindsey ve Buckwalter 2009, Eker, 2009, Işık ve Tanrıdağ 2009). Davranışsal sorunları olan demanslı bireye bakım verenlerin bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin arttığı, ayrıca yaşam kalitelerinin de azaldığı belirtilmektedir (Bedard ve ark., 1997; Buckwalter, Gardner, Kohout, Hall ve ark., 1999; Schölzel, Draskovic, Vernooij, Olde ve ark., 2008). Günlük yaşayan bakım verenler, hastalarını daha fazla doktora götürmekte, evde bakımlarını sürdürmemekte ve hastalarını bir kuruma yerleştirme kararı vermektedirler (Eker, 2009; Lindsey ve Buckwalter, 2009; Işık ve Tanrıdağ, 2009).

Parker, Mills ve Abbey (2008) tarafından yapılan bir sistematik review ile toplumda yaşayan demans hastalarına bakım veren bireylere yönelik girişimlerin etkinliği incelenmiştir. Üç sistematik review, üç meta-analiz ve 34 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bu incelemede, davranış terapisi, stres ve baş etme gibi psikoedükatörel girişimlerin bakım verenlerin depresyon ve yüklerini azalttığı, subjektif iyi olma hallerini ise arttırdığı bildirilmektedir (Parker ve ark., 2008). Aynı şekilde Davis ve arkadaşları (2005) tarafından da psikoedükatörel girişimlerin bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadıkları güçlükleri azalttığı ve bakımdan beklenen sonuçların daha olumlu geliştiği bildirilmiştir (Davis ve ark., 2005).

Demanslı bireylerde görülen davranışsal sorunların tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler

** Yard. Doç. Dr. DEU İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ** Araş. Gör. DEU İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, burcu.akpinar@deu.edu.tr *** Prof. Dr. Iowa Üniversitesi Geriatri Hemşireliği Bölümü

kullanılmaktadır (Capezuti, Zwicker, Mezey, ve Fulmer 2008). Seçilen farmakolojik yöntemler, antipsikotikler, antidepresanlar, nöroleptik ve sedatif ilaçlardır (Ballard ve O'Brain, 1999; Doody, Stevens, Beck ve ark., 2001). Ancak davranışsal sorunları azaltmak için kullanılan bu ilaçlar, sedasyon, düşme, extrapiramidal semptomlar gibi yan etkileri nedeni ile hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Woods, Craven ve Whitney, 2005). Ayrıca bu ilaçların bilişsel yetilerdeki bozuklukları giderek kötüleştirdiği, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini güçleştirdiği de vurgulanmaktadır (Woods, Craven, Whitney, 2005). Bu nedenlerle farmakolojik yöntemler yerine, demanslı bireylerde davranışsal sorunları azaltan, yan etkileri bulunmayan ve hastaların yaşam kalitesini olumlu etkileyen nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (Capezuti ve ark., 2008; Işık ve Tanrıdağ, 2009; Lindsey ve Buckwalter, 2009; Smith ve Buckwalter, 2005; Woods ve ark., 2005).

Nonfarmakolojik girişimlerin demansta davranışsal sorunlar üzerinde olumlu etkisi yapılan birçok çalışma ile ortaya konulmuştur (Capezuti ve ark., 2008; Davis ve ark., 2005; Doody, Stevens, Beck ve ark., 2001; Lindsey ve Buckwalter, 2009; Livingston, Johnston, Katona, Paton ve Lyketsos 2005; Opie, Rosewarne ve O'Conner, 1999; Parker, Mills ve Abbey, 2008; Pinquart ve Sörensen, 2006; Sörensen, Pinquart, Habil ve Duberstein, 2002; Woods ve ark., 2005). Opie, Rosewarne ve O'Conner (1999) tarafından demans hastalarının davranışsal sorunlarına yönelik, 1989-1998 tarihleri arasında yayınlanan, 43 nonfarmakolojik girişim çalışması incelenmiş; aktivite programları, müzik, davranış terapisi, ışık terapisi, bakım veren eğitimi ve fiziksel çevrenin düzenlenmesi gibi girişimlerin etkili psikososyal yaklaşımlar olduğu bulunmuştur (Opie ve ark., 1999).

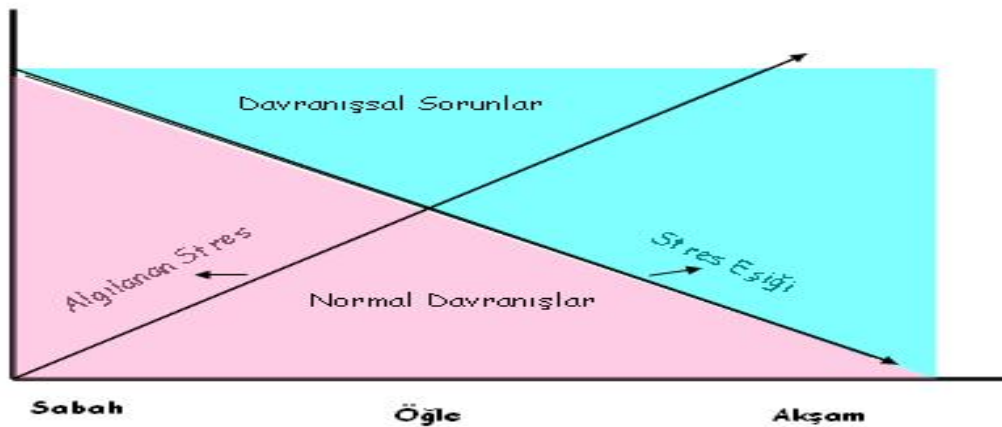
Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler: gerçeğe oryante etme, video resim kullanılarak yapılan hatırlatma terapileri gibi standart yöntemler ya da sanat terapileri, müzik terapisi, uğraş terapisi, tamamlayıcı tedaviler, aromaterapi, parlak ışık terapisi ve bir çok duyuya aynı anda uyaran verilen yaklaşımlar gibi alternatif yöntemlerdir. Ayrıca bilişsel ve davranışsal terapiler ve kişilerarası terapiler gibi psikoeğitimsel yöntemler de kullanılmaktadır (Cohen-

Mansfield, 2007; Douglas ve ark., 2004; Gitlin, Winter, Dennis ve Hauck, 2007). Azalmış stres eşiği modeli demanslı bireylerde görülen davranışsal sorunlara yönelik kullanılan psikoeğitimsel girişimler arasında yer almaktadır.

Azalmış Stres Eşiği Modelinin Teorik Çerçevesi

Demanslı bireye bakım modeli olarak ilk kez 1987 yılında Hall ve Buckwalter tarafından yayınlanmış olan azalmış stres eşiği modeli, hem demanslı bireyler hem de bakım verenler için demans ile yaşamayı öğrenme, gerekli düzenlemeleri yapma ve daha kaliteli yaşam için yeni kapılar açan bir modeldir (Hall ve Buckwalter, 1987).

Azalmış stres eşiği modeli demanslı bireylerin fonksiyonlarını optimuma çıkarmak, davranışsal sorunlarını en aza indirmek ve bakım verenlere bakımı yönetebilmede yardımcı olabilmek için oluşturulmuş teorik bir çatıdır (Capezuti ve ark., 2008; Hall ve Buckwalter, 1987). Bu teorik çatının temelinde Lazarus (1966), Coyne ve Lazarus (1981) ve Selye (1980)'nin *Stres ve Baş Etme Teorisi*'nin bulunduğu belirtilmektedir (Hall ve Buckwalter, 1987). Bu teorilere göre *stres*, *baş etme* ve *adaptasyon* yaşamın doğal parçaları arasında yer almaktadır (Fawcett, 2005). Sağlıklı bireyler günlük yaşam içerisinde pek çok stresör ile karşılaşılır ve karşılaştıkları stresörlere karşı farklı baş etme yöntemlerini kullanırlar. Böylece karşılaştıkları stresörlerle baş edebilirler ve çevrelerine adaptasyon sağlayabilirler (McEwen ve Wills, 2000). Ancak bilişsel ve fonksiyonel yetersizlikleri olan demanslı bireyler için stres kaynakları farklılık göstermekte, basit günlük aktiviteler dahi içerisinde çıkılmayan karışık ve stresli durumlar haline gelebilmektedir. Diğer taraftan demanslı bireyler etkili baş etme becerilerini kullanmakta yetersiz kalmaktadırlar. Artan stresörlere karşın azalan baş etme yeteneği nedeniyle ortaya davranışsal sorunlar çıkmaktadır. Modele göre demanslı bireylerde gün içerisinde stres eşikleri düşüş göstermektedir. Stres eşiğinin düşmesiyle birlikte, sabahtan akşama doğru giderek artan oranda algılanan stres de artmaktadır. Gün içerisinde, stres eşiklerinin azalması ile birlikte algılanan stresin artmasına bağlı olarak hastalar daha fazla davranışsal sorunlar sergileyebilmektedir (Hall ve Buckwalter, 1987; Richards ve Beck, 2004; Smith ve Buckwalter, 2005; şekil 1).

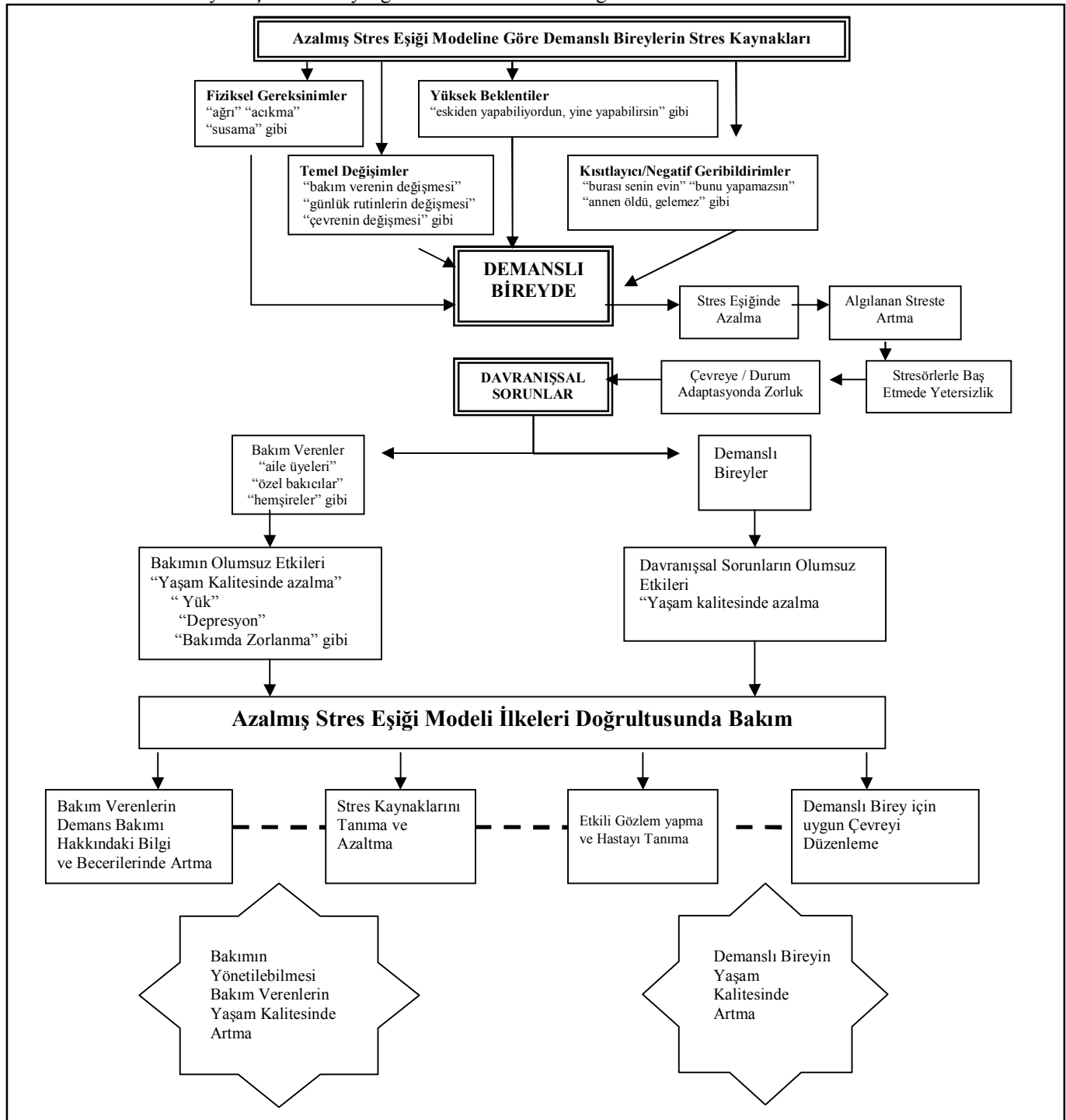


Şekil 1. Azalmış Stres Eşiği Modeli ve Stres Arasındaki İlişki

Kaynak: Hall, G., & Buckwalter, K. (1987). *Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. Archives of Psychiatric Nursing, 1(6), 399-406.*

Azalmış stres eşiği modeline göre demanslı bireylerde stres kaynakları diğer bireylere göre farklılık göstermektedir (Şekil 2). Fonksiyonel kayıpları nedeniyle alışık olduğu rutinin ya da çevrenin dışına çıkılması demanslı bireyler için stresli bir durumdur. Evde her zaman gördüğü bakım verenin dışında farklı birisinin olması, farklı bir yere gitme, farklı kişilerle karşılaşma demanslı bireyler için stres kaynakları olabilmektedir. Fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle demanslı bireyler pek çok aktivitelerini bağımsız gerçekleştiremezler. Demanslı bireylerden fonksiyonel yetersizlikleri düşünülmeden, yapamayacakları aktivitelerin beklenmesi de onlar için stresli bir durumdur. Bilişsel yetersizlikleri zamanla artan demanslı bireyler için çevredeki pek çok uyarıyı yorumlamak ve anlamak zordur. Bu nedenle çevrede çok fazla uyarıyı yaratan, radyo, televizyon ya da çok fazla mobilya, eşya olması da demanslı bireyler için stres kaynağı olmaktadır.

Bilişsel yetersizlikleri nedeniyle gereksinimlerini ifade etmede yetersiz kalan demanslı bireyler için, acıkma, susama, ağrı, bulantı kusma gibi kullanılan ilaçların yan etkileri de stresör olabilmektedir. Bunların yanı sıra modele göre, demanslı bireyle iletişim sırasında engelleyici ve olumsuz cümlelerin kullanılması ve yanlış inanışlarının olduğunun kendilerine belirtilmesi de stres kaynağı oluşturmaktadır. Annesini uzun yıllar önce kaybetmiş ancak hala yaşadığını düşünen demanslı bir bireye “senin annen yıllar önce öldü” ya da yaşadığı yerin evi olmadığını düşünen ve kendi evine gitmek istediğini söyleyen bir bireye “burası senin evin, başka bir yere gidemezsin” gibi negatif cümlelerin kurulması önemli stresörler olabilmektedir. Azalmış stres eşiği modeline göre tüm bu stres kaynakları göz önünde bulundurularak ortamdaki stresörler azaltılır ise demanslı bireylerde daha fazla olumlu davranışlar sergilenmektedir.

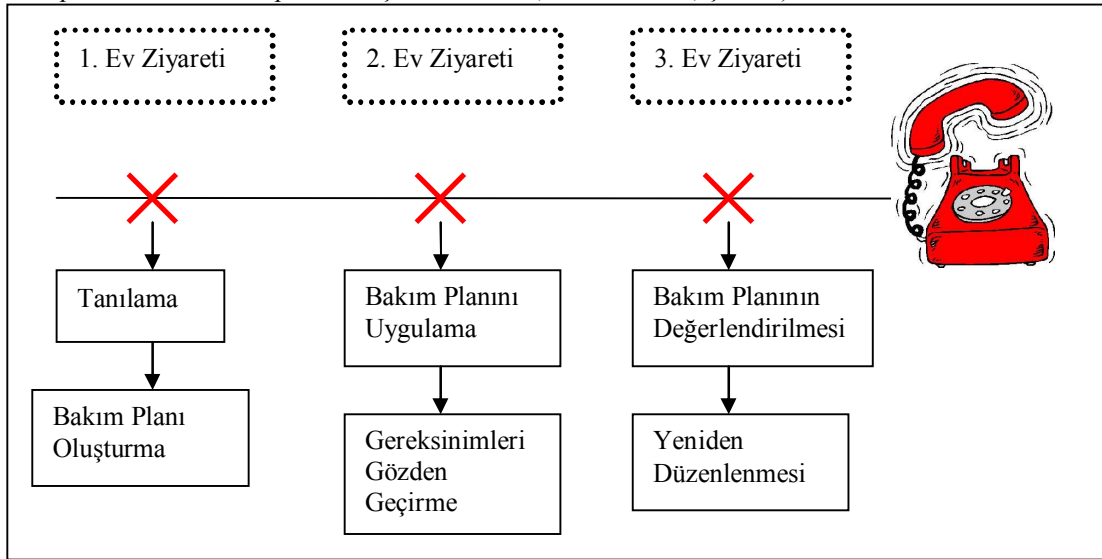


Şekil 2. Azalmış Stres Eşiği Modeli

Azalmış stres eşiği modeli, demanslı bireylerin çevreleriyle olan etkileşimlerinin anlaşılması ve bilişsel yetilerdeki azalmalarına yönelik gereksinim duydukları çevrenin düzenlenmesi ile daha az stresli ortam yaratmaya odaklanmaktadır (Hall ve Buckwalter, 1987). Azalmış stres eşiği modelinin amacıyla stres eşiklerinin azaldığının farkında olma, demanslı bireyler için stres kaynaklarını tanıma, davranışsal sorunlara neden olan anksiyetede artış gibi durumları açıklayabilme, bakım verenlere stres kaynaklarını yönetebilme becerilerini öğretebilme gibi ilkeler bulunmaktadır (Hall ve Buckwalter 1987, Smith ve ark., 2004). Model hastanın bireyselliğine odaklanarak Azalmış stres eşiği modeli ilkeleri doğrultusunda hazırlanmış bakım planına dayanmaktadır (Hall ve Buckwalter, 1987; Hall ve ark., 1995; Smith ve ark., 2006).

Modelin altı temel ilkesi bulunmaktadır. Bu modele göre veri toplama ve bakım planı oluşturma süreci;

fonksiyonelliği ve güvenliği sürdürme, saygınlığı koruma, anksiyeteden uzak tutma, hastayı dinleme, çevreyi düzenleme, bakım vereni destekleme ilkelerine dayalı yapılmaktadır. Bu ilkeler doğrultusunda model evlerde, bakım evlerinde ve hastane gibi farklı alanlarda kullanılabilir (McCloskey 2004, Smith, Gerdner, Hall ve Buckwalter 2004). Model eğer evde uygulanacaksa sıralanan ilkeler doğrultusunda en az üç ev ziyareti yapılmaktadır. İlk ev ziyaretinde tanılama yapılırken, diğer ev ziyaretlerinde sorunlara yönelik bakım planı oluşturulmakta ve bakım planının uygulanabilmesi için bakım veren eğitilmektedir (Hall ve Buckwalter, 1987). Ev ziyaretlerinin ardından süreç telefon görüşmeleri ya da gerekli durumlarda yüz yüze görüşme yoluyla danışmanlık vermek şeklinde sürdürülmektedir (Hall ve Buckwalter 1987; Gerdner, Hall ve Buckwalter 1996; Smith, Gerdner, Hall ve Buckwalter 2004, Şekil 3).



Şekil 3. Bakımı Evde Sürdürülen Demanslı Bireyler İçin Azalmış Stres Eşiği Modeli'ne Dayalı Bakım Planı Oluşturma Süreci

Azalmış stres eşiği modeline göre hazırlanmış bakım planı örneği Tablo 1'de gösterilmiştir (Küçükgüçlü, Akpınar ve Buckwalter, 2010). Ahmet bey, 72 yaşında ve 8 yıl önce Alzheimer tipi demans tanısı almıştır. Evli ve iki

çocuk babasıdır, eşi ile birlikte yaşamaktadır. Ayşe hanımın ve Ahmet beyin oğlunun evinde kaldığı, bu sürede Ahmet beyin iştahının çok azaldığı, belirgin oranda kilo kaybı olduğu öğrenildi.

Tablo 1. Ahmet Beyin Evdeki Bakımı İçin Azalmış Stres Eşiği Modeline Dayalı Bakım Planı

PROBLEMİN / İHTİYACIN TANILANMASI	ÖNERİLEN GİRİŞİMLER
Fonksiyonelliğin ve Güvenliğin Sürdürülmesi	
<ul style="list-style-type: none"> * Sıcak sayılabilecek bir havada üzerinde üst üste giyilmiş giysileri vardı. * Eşinin bir ay önce kısa süreliğine kızının sağlık sorunu nedeniyle başka bir şehre gittiği, Ahmet Bey'in oğlunun evinde kaldığı, bu sürede iştahının çok azaldığı, belirgin oranda kilo kaybı olduğu öğrenildi. 	<ul style="list-style-type: none"> * Kıyafetlerine karar vermede kendisine de seçme şansı verin ancak seçim zorluğu yaşatmamak için çok seçenek sunmayın. * İştahtaki değişiklik farklı bir evde yaşamaktan kaynaklanabilir, mümkün olduğunca yaşanan evi, bakım vereni ve günlük rutinleri değiştirmeyin. * Beslenme için sizin desteğinize ihtiyacı var. Yemek zamanlarını hatırlatın ve öğünlerde besinlerini tüketip tüketmediğini kontrol edin. Hazırlanan öğünlerin Ahmet beyin sevdiği yiyecekleri içermesine özen gösterin. * Ahmet beyin yapabildiği tüm günlük yaşam aktivitelerini yapmaya devam edebilmesi için destekleyin ve cesaretlendirin.
Saygınlığını Koruma	
<ul style="list-style-type: none"> * Eşi sık sık sorular sorarak hatırlama becerilerini test ediyordu (Görüşme sırasında eve komşu Fatma hanım geldi ve eşi Ahmet beye sürekli Kim geldi? Bu kim? Sorularını yöneltti). * Hatalarını düzeltiyordu. * Rumeli göçmeni ve eski Rumeli 	<ul style="list-style-type: none"> * Ahmet Bey'e hatırlaması için ısrar etmeyin, hatırlamasına siz yardım edin. "Kim geldi? Bu kim? Sorusunu yöneltmek yerine "Komşumuz Fatma geldi" gibi açık, anlaşılır cümleleri tercih edin. * Ahmet beyi sürekli test etmeyin, "yanlışsın" mesajından uzak durun, yanlış inançlarını düzeltmeye çalışmayın. * Endişe durumlarında eski Rumeli fotoğraflarını gösterme gibi pozitif düşünce ve aktivitelere yönlendirin.

<p>fotoğraflarına bakmayı seviyor ve onlara bakarken yüzünde bir tebessüm beliriyor.</p> <p>* Gençlik günlerinden bahsetmekten zevk alıyor</p>	<p>* Üzgün ya da kızgın olduğu zaman aynı fikirde olduğunuzu söyleyin, özür dileyin, sessiz kalın ya da bu konuyu daha sonra konuşmayı teklif edin.</p> <p>* Fırsat buldukça eski güzel günlere ilişkin konuşun, birlikte eski aile fotoğraflarınıza bakın.</p> <p>* Çocuklarınız ve torunlarınız hakkında konuşun.</p>
<p>Uyarınları Azaltarak Anksiyeteden Uzak Tutma</p>	
<p>*Ayşe hanım, eşinin banyo yapmak istemediğini, banyo yaparken öfkelenip, bağırıldığını, kendisine zorluk çıkardığını ifade etti.</p>	<p>* Banyo için yeterli zaman ayırın, eskisinden ya da normal bir süreden daha uzun bir zaman ihtiyacınız olacağını kabul edin.</p> <p>* Mahremiyetine dikkat edin. Gerekirse giysilerinin hepsini çıkarmayın, banyonun kapısını kapatın,</p> <p>* Sabırlı olun ve yumuşak bir ses tonu ile konuşun.</p> <p>* Huzursuz etmeyecek şekilde suyun sıcaklığını ayarlayın. Önce vücudunu, en son başını yıkayın,</p> <p>* Eline lifi vererek kendi bakımına katılımını teşvik edin.</p> <p>* Sevdiği kokuya uygun şampuan/sabun seçin.</p> <p>* Sevdiği bir şarkıyı mırıldanın ya da ondan söylemesini isteyin, gerekirse bir teyp ile sevdiği müzikleri dinletin.</p> <p>* Eğer bir girişim sırasında anksiyetesi artıyorsa, mutsuz ya da huzursuz oluyorsa ısrar etmeyin.</p> <p>* Ahmet beyi mutlu eden aktivitelerin rutin haline getirilmesini sağlayın (dışarıya çıkmak, parkta yürüyüş yapmak, Rumeli fotoğraflarına bakmak gibi).</p>
<p>Bakım Verenlere, Demanslı Bireyi “Gözlemlemeyi” ve “Dinlemeyi” Öğretme</p>	
<p>* Eşi Ahmet Bey’in stresli durumlarda ses tonunu çok yükselterek konuştuğunu, bunun dışında acıktığında, ağrısının olduğunda ya da huzursuz olduğunda kullandığı özel iletişim yöntemlerinin farkında olmadığını belirtti.</p>	<p>* Stres yaratan olay ya da durumların neler olduğunu, hangi durum karşısında hangi davranışta bulunduğunu ve problemi çözen girişimleri kayıt edin. Daha sonra gerektiğinde bu çözümleri yeniden kullanabilirsiniz.</p> <p>* Eğer aynı şeyi defalarca soruyorsa bunu geçiştirmeyin, bu soruyu neden sorduğunu anlamaya çalışın.</p> <p>*Temel gereksinimlerin (beslenme, boşaltım, uyku vs..) karşılandığından emin olun.</p>
<p>Kaybedilen Becerilerin Desteklenmesini Sağlayacak ve Güvenliğini Arttıracak Çevre Düzenlemesini Yapma</p>	
<p>* Evin salonunda iki adet kilim yere sabitlenmemiş ve kolayca kayabiliyor.</p> <p>* Odalara geçerken kapı eşikleri çok yüksek.</p> <p>* Ayağındaki terliğin tabanı ayrılmış ve yürürken takılıp tökezlemesine neden oluyor.</p> <p>* Banyoda şofben sistemi var ve Ahmet bey sıcak soğuk ayırımını yapamamakta. Ayrıca deterjanlar ve böcek ilacı çamaşır makinesinin üzerinde duruyor.</p> <p>*Yaklaşık 1 ay önce aynı mahallede bulunan marketten gazetesini almak için evden çıkmış ancak geri dönmemiş. Eşi ve komşuları tarafından evin yakınlarında bir parkta bulunduğu annesini ziyarete gitmeye çalıştığını söylemiş.</p> <p>* Ayakkabı dolabını düzenleme takıntısı var sık sık tabureye çıkıp dolaba uzanmaya çalışıyor.</p>	<p>* Salonda bulunan kilimleri yere sabitleyin.</p> <p>* Terliğin kalkan tabanını yapıştırın ya da terlikleri değiştirin.</p> <p>* Şofbenin kullanılmadığı zamanlarda kapalı olduğundan emin olun.</p> <p>* Ev içerisinde gerekli aydınlığı sağlayın, koridora ufak bir ışık kaynağı koyun. Kapı eşiklerini küçük halılar ile kapatın.</p> <p>* Tuvalet kapısına tuvalet olduğunu anlamaya yardımcı resim asın.</p> <p>* Deterjan, böcek ilacı gibi tehlike yaratacak maddeleri ulaşımı zor kilitli bir yerde bulundurun.</p> <p>* Cebinde ya da cüzdanında gerekli durumlarda ulaşılacak adres ve telefon bilgilerini bulundurun.</p> <p>* Ahmet beyin yapacaklarını hatırlatmak için, yapılacakları büyük takvimlere yazarak, renkli boyayarak görülebilir bir yere asın.</p> <p>* Ayakkabı dolabının resimlerle gizlenmesini sağlayın, üst raflara ulaşmak için kullandığı tabure gibi araçların ortamdan uzaklaştırın.</p>
<p>Bakım Verenlere Devam Eden Eğitim, Destek, Bakım ve Problem Çözme Konusunda Yardım Sağlama</p>	
<p>* Haftada bir gün Alzheimer derneğindeki aktivitelere katılıyorlar. Bundan çok zevk alıyorlar. Eşi bunu birlikte yapıyor olmaktan memnun ama eşi gidemez hale gelirse ne yapacağını bilmiyor.</p> <p>* Yardıma ihtiyacı olduğunda arayabileceği kişi ya da kurumların yeterli olmamasından yakınıyor.</p>	<p>* Ayşe Hanım eşinin bakımı konusunda üzerin düşenleri yerine getirme konusundaki çabası nedeniyle kutlandı.</p> <p>* Ayşe Hanım ile hastalık süreci, bakım süreci ve azalmış stres eşiği modeline göre hazırlanan bakım planının uygulamasında ortaya çıkabilecek soru ya da sorunlar konusunda görüşme yapmak için tarihler belirlendi.</p> <p>* Ayşe Hanım aile üyelerinden, komşularından ve Alzheimer derneğinden destek alma konusunda cesaretlendirildi. Gereksinim duyduğu zamanlarda arayabileceği telefon numaraları verildi.</p> <p>* Eşi katılmadığı zamanlarda bile kendisinin dernek aktivitelerine katılabilmesi için Alzheimer Derneği’nin “evde bakım projeleri” kapsamında verilebilecek destekler konusunda bilgilendirildi.</p>

Kaynak: Küçükçüçlü, Ö., Akpınar, B., Buckwalter, K. (2010) Demanslı Bireyin Evde Bakımında Azalmış Stres Eşiği Modeli (PLST) Kullanımı, Olgu sunumu, 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 6-10 Ekim 2010, Antalya.

Literatürde modelin bakım verme sürecinde ortaya çıkan ekonomik yük ve ruh sağlığında bozulma gibi olumsuz sonuçları azalttığı, bakım vermeye ilgili duyulan memnuniyet ve bakım yönetiminde artış gibi bakımın daha olumlu algılanmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (Doody, Stevens, Beck ve ark., 2001; Stolley, Reed, Buckwalter 2002).

Logsdon, Gibbons, McCurry ve Teri (2007) tarafından bilişsel yetersizliği olan bireylerle ve yakınlarına uygulanan psikososyal girişimler incelenmiş ve modelin bilişsel yetersizliği olan bireylerde ve bakım verenlerde yaşam kalitesini arttıran girişimler arasında olduğu bildirilmiştir. Gerdner, Buckwalter ve Reed (2002) tarafından randomize kontrollü olarak yapılan bir çalışmada sekiz bölgeden 237 bakım veren ile çalışılmıştır. Modele göre eğitim alan deney grubunun, rutin eğitim alan kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli derecede daha az bakımda zorluk yaşadığı bulunmuştur (Gerdner, Buckwalter ve Reed, 2002).

Huang ve arkadaşları (2003) tarafından randomize kontrollü olarak yapılan bir başka çalışmada ise deney grubundaki hastaların istatistiksel olarak önemli derecede daha az ajite davranışlar sergiledikleri bulunmuştur (Huang ve ark., 2003). Bir başka çalışmada modele dayalı girişimlerin, bakım verenlerin hastaların davranışsal sorunlarına karşı daha olumlu tepkiler vermelerini sağladığı belirtilmektedir (Gerdner ve ark., 2002). Buckwalter ve arkadaşları (1999) tarafından randomize kontrollü olarak yapılan çalışmada, modele göre, bakım yönetimi hakkında eğitim alan bakım verenlerin, kontrol grubuna oranla daha az depresyon yaşadıkları bulunmuştur (Buckwalter ve ark., 1999).

Azalmış stres eşiği modeli 1987'de ilk kez yayınlandıktan itibaren farklı ülkelerde farklı araştırmacılar tarafından modelin etkinliği incelenmiş (Huang, Shyu, Chen ve Lin, 2003; Smith ve ark., 2004; Stolley, Reed ve Buckwalter, 2002) ve modelin kanıta dayalı modeller arasında yer aldığı belirtilmiştir (Capezuti ve ark., 2008; Mitty ve Flores, 2007).

Sonuç

Bakım verenlerin bilgi ve becerileri, sunulan bakımın kalitesini ve bakım vermeye karşı baş etme becerilerini etkilemektedir. Hemşireler bakım verenlerin eğitimlerini sağlamak, demans hakkındaki bilgi ve becerilerini arttırmak, hastaların davranışlarını en iyi şekilde yönetmelerini sağlamada önemli bir role sahiptirler (McCloskey 2004).

Azalmış stres eşiği modeli ilkeleri doğrultusunda demanslı birey ve bakım verenlerine yönelik girişimler evde, hastanelerde ve bakım evlerinde sürdürülebilmektedir. Model ülkemizde demanslı bireylerin evde bakımlarının daha uzun süre devam ettirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Modele dayalı eğitim ve destek verilen bakım verenler, hastalık süreci ve bakım yönetimi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmakta, bakımda daha az zorlanmakta, daha az oranda yük ve depresyon yaşamaktadırlar. Bunların sonucunda, yaşam kalitesi artan bakım verenler hastalarına daha uzun süre evde bakım sunabilmektedirler.

Diğer taraftan, hemşirelerin azalmış stres eşiği modeline dayalı yapacakları girişimlerle, hastanede yatan demanslı bireylerin davranışsal sorunlar nedeniyle bakımlarının aksaması engellenebilmekte ve sağlık personelinin tedaviyi sürdürmede güçlük yaşamaması gibi olumsuz durumlar önlenebilmektedir.

Bakım evlerinde de davranışsal sorunlar yaşanan demanslı bireylere karşı azalmış stres eşiği modeli ilkeleri doğrultusunda hemşirelik girişimleri sunulduğunda hem bakım verenlerin hem de hastaların yaşam kaliteleri artırılabilir.

Yapılan araştırmalar sonucunda hasta ve bakım verenler için olumlu sonuçlar gösterdiği bildirilen model, pek çok ülkede kullanılmaktadır. Özellikle İskandinav ülkelerinde, Asya ve Amerika kıtalarında çalışılmaktadır. Ancak, ülkemizde de modelin test edilmesi, kullanılabilirliği ve yararlılığı konusunda çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu derlemenin bu konuda çalışmak isteyen araştırmacıları cesaretlendireceği ve uygulamalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Amuk, T., Oğuzhanoglu, K.N., Oğuzhanoglu, A., Vurma, S.G. (2009). Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etmenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 301-309.
- Ballard, C. G. & O'Brien, J. T. (1999). Pharmacological treatment of behavioural and psychological signs in Alzheimer's disease: how good is the evidence for current pharmacological treatments? *British Medical Journal*, 319, 138-139.
- Bedard, M., Molloy, D., Pedlar, D., Lever, J., & Stones, M. (1997). Associations Between Dysfunctional Behaviors, Gender, and Burden in Spousal Caregivers of Cognitively Impaired Older Adults. *International Psychogeriatrics*, 9 (3), 277-290.
- Buckwalter, K., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. A. (1999). Nursing Intervention to Decrease Depression in Family Caregivers of Persons with Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (2); 80-88.
- Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., & Fulmer, T. (2008). Evidence Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice. (3rd Edition, pp.127) New York: Springer Publishing Company.
- Cohen- Mansfield, J. (2005). Nonpharmacological Interventions for Persons with Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6 (2), 129-145.
- Cummings, J.L. Recognition and Treatment of Alzheimer Disease and Other Dementia Behavioral Disorders. Çeviren: Kara-Sevin S. Erişim tarihi: 13.12.2010 erişim adresi: [http://web.deu.edu.tr/noroloji/TND1996\(3.4\)demansdavranissal.htm](http://web.deu.edu.tr/noroloji/TND1996(3.4)demansdavranissal.htm)
- Davis, L., Weaver M., Habermann B., Buckwalter K. (2005). Participant-centered Adaptations in Caregiver Trials: Strategies for Managing Confounds. *Nursing Outlook*. 53 (2): 73-78.
- Doody, R., Stevens J., Beck C. Et al. (2001). Practice Parameter: Management of Dementia (an evidence based review). *Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, 8 (56), 1154-66.
- Douglas, S., James I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in psychiatric treatment*, 10, 171-177, doi:10.1192/apt.10.3.171
- Eker, E. (2008). Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 Mart; 85-110.
- Fawcett J. (2005). Contemporary Nursing Knowledge. King's Conceptual System. (Chapter 5, page 98). Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Garand, L., Buckwalter K., & Hall G. (2000). The Biological Basis of Behavioral Symptoms in Dementia. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 91-107.
- Gerdner, L., Buckwalter K., & Reed D. (2002). Impact of a Psychoeducational Intervention on Caregiver Response to Behavioral Problems. *Nursing research*, 51 (6), 363-374.
- Gitlin, L., Winter, L., Dennis, M., Hauck, W. (2007). A Non-pharmacological Intervention to Manage Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Reduce Caregiver

- Distress: Design and Methods of Project ACT. *Clinical Interventions in Aging*, 2 (4), 695-703.
- Güngen, C., Ertan T., Eker E., ve ark. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (4), 273-279.
- Güngen C., Ertan T., Eker E. (1998). Admission to the first geriatric psychiatric unit in Turkey. International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics A Joint Meeting, 21-23 May 1998, İstanbul.
- Hall, G., & Buckwalter, K. (1987). Progressively Lowered Stres Threshold: A Conceptual Model for Care of Adults with Alzheimer's Disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1 (6), 399-406.
- Hall, G., Buckwalter, K., Stolle, J., Gerdner, L., Garand, L., et al. (1995). Standardized Care Plan Managing Alzheimer's Patients at Home. *Journal of Gerontological Nursing*, 37-49.
- Huang, H., Shyu, Y., Chen, M., Lin, L. (2003). A Pilot Study on a Home-Based Caregiver Training Program for Improving Caregiver Self-Efficacy and Decreasing the Behavioral Problems of Elders with Dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 337-345.
- Işık, A., & Tanrıdağ, O. (2009). Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Geriatrik Sendromlar Dizisi 4. 1. İstanbul, Basım Özal Matbaa.
- Koçer, B. (1999). Demans Epidemiyolojisi. *Demans Dizisi*, 1 (1), 41-44.
- Küçükgüçlü, Ö., Akpınar, B., Buckwalter, K. (2010) Demanslı Bireyin Evde Bakımında Azalmış Stres Eşiği Modeli (PLST) Kullanımı, Olgu sunumu, 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 6-10 Ekim 2010, Antalya.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. G. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *American Psychiatric Association*, 162, 1996-2021, doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.1996
- Logsdon, G.R., McCurry, S., Teri, L. (2007). Evidence-Based Psychological Treatments for Disruptive Behaviors in Individuals With Dementia. *Psychology and Aging*, 22 (1), 28-36, doi:10.1037/0882-7974.22.1.28
- McCloskey, R. (2004). Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatric Nursing*, 25 (3), 139-144. doi:10.1016/j.gerinurse.2004.04.006
- McEwen, M., & Wills E. (2000). Application of Theory in Nursing Practice. Theoretical Basis for Nursing. Second edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitty, E., & Flores, S. (2007). Assisted Living Nursing Practice: The Language of Dementia: Theories and Interventions. *Geriatric Nursing*, 28 (5), 283-288, doi:10.1016/j.gerinurse.2007.08.009
- Opie, J., Rosewarne, R., & O'Connor, D. (1999). The Efficacy of Psychosocial Approaches to Behaviour Disorders in Dementia: A Systematic Literature Review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 789-799.
- Parker, D., Mills S., Abbey J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International journal of evidence based healthcare*, 6, 137-172.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping Caregivers of Persons with Dementia: Which Interventions Work and How Large are Their Effects? *International Psychogeriatrics*, 18 (4), 577-595.
- Richards, K., & Beck., C. (2004). Progressively Lowered Stres Threshold Model: Understanding Behavioral Symptoms of Dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 1774-1775.
- Schölzel, C. J. M., Draskovic, I., Vernooij, M. J., & Olde, G. M. (2008). Quality of Life and Burden of Spouses of Alzheimer Disease Patients. *Alzheimer Disease Associated Disorders*, 1-7.
- Smith, M., Gerdner, L., Hall, G., & Buckwalter, K. (2004). History, Development and Future of The Progressively Lowered Stres Threshold: A Conceptual Model For Dementia Care. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 1755-1760.
- Smith, M., & Buckwalter K. (2005). Behaiovar Associated with Dementia. *The American Journal of Nursing*, 15 (7), 58-70.
- Smith, M., Hall G., Gerdner L., Buckwalter K. (2006). Application of the Progressively Lowered Stres Threshold Model Across the Continuum of Care. *Nursing of Clinical Journal*. 11, 57-81.
- Sörensen, S., Pinquart M., Habil D., Duberstein P. (2002). How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*. 42 (3), 356-372.
- Stolley, J., Reed, D. & Buckwalter K. (2002). Caregiving appraisal and interventions based on the progressively lowered stres threshold model. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 17 (2), 110-120, doi: 10.1177/153331750201700211
- Woods D., Craven R., & Whitney J. (2005). The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms of Person with Dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11 (1), 66-74.
- Yılmaz, A., Turan, E. (2007). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Science*, 27, 445-454.