

Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları

BURNOUT IN CAREGIVERS OF ALZHEIMER PATIENTS, FACTORS LEADING TO BURNOUT AND COPING WAYS: SCIENTIFIC LETTER

Dr. Ayşegül YILMAZ,^a Dr. Engin TURAN^a

^aPsikiyatri AD, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

Dünyamızdaki nüfus giderek yaşlanmakta ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı %6’dır ve 200.000 civarında Alzheimer hastası olduğu düşünülmektedir. Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarında tükenmişlik kavramı ise son yıllarda oldukça önemli bir konu haline gelmiştir. Bakımı üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı birçok değişken arttırabilir. Hastalığın düzeyi, hastanın iletişim kurma yetersizliği, kişilik değişiklikleri, davranışsal, psikolojik işaret ve belirtiler gibi hastayla ilgili değişkenler, bakım verenin cinsiyeti, başarılı olamama korkusu, idealleri, fiziksel ve psikolojik sağlıkta bozulma gibi bakım veren ile ilgili değişkenler ve hastayla bakımı üstlenen kişi arasındaki ilişki bakımı üstlenenin yaşadığı sıkıntının düzeyini etkilemektedir. Tükenmişliğe yönelik adımlar tartışılırken, alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, tükenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması gerekmektedir ve farmakolojik olan ve olmayan tedavi yaklaşımlarının hekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmelerinin önemi açıktır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı; bakım verenler; tükenmişlik

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:445-454

Abstract

Population is getting older in our world and number of elderly The population is getting older in our world and the number of elderly inhabitants in developing countries is rapidly increasing. In Turkey, the ratio of the population older than 65 to the overall population is 6% and the estimated number of Alzheimer patients is 200.000. The concept of burnout in caregivers of Alzheimer patients has become the center of interest in the recent years. Several variables may increase the caregivers’ distress. Variables associated with patients such as the level of disease, lack of communication, personality changes and behavioral and psychological signs and symptoms as well as variables associated with caregivers like gender, fear of being unsuccessful, ideals, deterioration in physical and psychological health and relationship between the patient and the caregiver influences the level of distress of the caregiver. While the steps to burnout are discussed, alternatives should be used prophylactically to prevent burnout instead of after burnout occurs. Clinicians should have extensive knowledge on pharmacological and unpharmacological treatment modalities and to should inform caregivers on such alternatives.

Key Words: Alzheimer disease; caregivers; burnout, professional

Dünyamızdaki nüfus giderek yaşlanmakta ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus ve ayrıca beklenen yaşam süresi zaman içerisinde artmaktadır. 1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisi (life expectancy), 1975 yılında 59’a, 1995 yılında 65’e yükselmiştir; 2025 yılında bu rakamın 73 dolayında olacağı öngörülmektedir. 21. yy.da yaşam süre-

sinin daha da uzaması ve 85 yaş üzeri yaşlıların sayısındaki artışla dünya nüfusunun %20’sini yaşlı nüfusun oluşturacağı öngörülmektedir. Ayrıca çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranı 1955 yılında %10.5 iken, 1995 yılında bu oran %12.3’e yükselmiştir ve 2025 yılında %17.2’ye ulaşacaktır.¹

Türkiye’de de genel nüfus içinde yaşlı oranı yıllar içinde artış göstermektedir. 1990 sayımlarına göre; Türkiye nüfusu 5 yılda ortalama %11 artış gösterirken, 60-65 yaş dilimindeki toplum %44 artmıştır.² Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı %6’dır. Ülkemizde beklenen yaşam süresinin giderek gelişmiş ülkelere yaklaşacağı öngörülse de, beklenen yaşam süresinden daha da

Geliş Tarihi/Received: 28.02.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 23.05.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ayşegül YILMAZ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD, ANKARA
aysgulylimaz@yahoo.co.uk

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

önemlisi bu yıllardaki yaşam kalitesinin artıp artmayacağıdır.¹

Yaşla birlikte görülme oranı artan Alzheimer hastalığı (AH) ise, kortikal demansların en sık görüleni ve en sık bilinenidir. Son araştırmalar Alzheimer tipi demansın tüm demans olgularının %45-50'sini teşkil ettiğini belirtmektedir.³

Alzheimer hastalarında hastalığın ilk evresinde hafif düzeyde unutkanlık vardır ve kişiler çoğunlukla bellek bozukluğundan yakınır ve ilk dönemlerde hastalar bellek bozukluğunun farkında oldukları için çoğu zaman bu tür bir yeti yitimine anksiyete ve/veya depresyon semptomları ile tepki gösterirler. Kısa bir süre sonra hastalar kendilerindeki bellek bozukluğunu inkar etmeye başlarlar. Bu evrede karmaşık mesleki işlevlerin yerine getirilmesinde bozukluklar, hatta sanrılar ve kişilik değişiklikleri ortaya çıkabilir. Hastalar saldırgan olabilir ve çevresindekilere zarar verebilirler. Son evrede hastalar tüm kapasitelerini yitirmiş olup ağır bir yıkım söz konusudur. Tüm sözel yetenekler, motor beceriler kaybolmuştur. Kendi başlarına yıkanamadıkları gibi, yemek yeme, tuvalet gibi ihtiyaçlarını da destek almadan yapamazlar. Ardından idrar ve dışkı kaçırmaya başlarlar. Yatalak hale gelebilirler, hastalar çoğunlukla araya giren enfeksiyonlarla kaybedilirler. AH'da yaşam süresi 2-20 yıl arasında değişmektedir.⁴

Aşağıdaki Tablo 1 AH'nin kliniğinde görülen semptomların, hastalığın hangi evresinde görüldüğünü özetlemektedir (evrelendirme için Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE) kullanılmıştır).⁵

TÜKENMİŞLİK (BURNOUT)

Tükenmişlik, bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberg'in klasikleşmiş makalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile girmiştir. Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır.⁶ "Personel Tükenmişliği", bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azal-

Tablo 1. AH'da evrelendirme.

AH'nin hafif evresi (MMSE ≥ 21 , ≤ 24)		
Bozukluk		
Kognitif yetiler	Fonksiyon	Davranışlar
Hatırlama/öğrenme	İş	Apati
Sözcük bulma	Para/alış-veriş	İçe kapanma
Problem çözme	Yemek pişirme	Depresyon
Yargılama	Ev işleri	İrritabilite
Hesaplama	Okuma yazma	
	Hobiler	
AH'nin orta evresi (MMSE ≥ 10 , ≤ 20)		
Bozukluk		
Kognitif yetiler	Fonksiyon	Davranışlar
Yakın bellekte azalma	Günlük yaşam akt.	Delüzyonlar
Dil	Nesneleri yanlış yerlere koyma	Depresyon
İçgörü	Kaybolma	Yerinde duramana
Oryantasyon	Giyinme güçlüğü (sıralama, seçme)	Uykusuzluk
Vizyo-spatial yetiler		Ajitasyon
AH'nin ağır evresi (MMSE < 10)		
Bozukluk		
Kognitif yetiler	Fonksiyon	Davranışlar
Dikkat	Giyinme, özbakım	Ajitasyon
Apraksi	Yıkama, yemek yeme	(verbal, fiziksel)
Dil, mutizm	İdrar, dışkı kontrolü	
	Yürüme	Uykusuzluk

AH: Alzheimer hastalığı.

ması şeklinde ortaya çıkan, daha çok insanlarla yüzyüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgudur. Ancak tükenmişlik kavramı, yorgunluk ya da yıpranma gibi kavramlarla karıştırılmamalıdır. Tükenmişliğin yıpranmaktan (wearing down) farklı olduğu görgül yollarla gösterilmiştir. Aynı şekilde tükenmişliğin iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmadığına dikkat çekmek gerekmektedir.⁷

Maslach, tükenmişlik tanımını genişletmiş, daha geniş bir konu olan duyarsızlaşmanın bir bölümü olarak bu problemi ele almıştır. Duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlardan kopmaya başladıklarında, özellikle diğer insanlara yardımcı olmaya yönelik mesleklerde çalışanlarda, hizmet verdiklerine sanki insan değilmiş gibi davranan çalışanlarda görüldüğünü belirtmiştir. Duygun'a göre, Maslach ve Jackson, yaptıkları araştırmalara dayanarak, tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedirler; kendini psikolojik olarak işe vermede yetersizlik (duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir (kişisel başarı eksikliği).⁶

Duygun'a göre Maslach ve Jackson bu özellikleri gösteren kişileri ve görülen belirtileri 4 kategoride toplamışlardır.⁶

a) Duygusal belirtiler; depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, anksiyete, unutkanlık ve kafa karışıklığı,

b) Davranışsal belirtiler; ilaç-alkol kullanımı, aşırı tepki verme, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, yüzeysel iletişim kurma ve intihar girişimleri.

c) Somatik belirtiler; yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, üriner sistem problemleri, sık hastalanma ve konsantrasyon bozuklukları.

d) Savunma belirtileri; inkar etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirmedir.

Genel olarak profesyonel alanda tanımlanan tükenmişlik kavramı son yıllarda bakım verenlerde tükenmişlik boyutunda da çalışılmaktadır.

Peki AH gibi kronik ve zorlayıcı olan bir hastalık sürecinde bakım verenler neler yaşamaktadır?

AH'da Bakım Verme

Bakım verenler için bakım verme ve tükenmişliğin yaşandığı süreçte başlangıç noktası Alzheimer tanısının konulması karşısındaki tutumlarıdır. Bazı hastalar ve aile üyeleri için yeterli bir uzman tarafından AH tanısı konulmaması bir rahatlayış, bir tür kurtuluştur. Tanı konulan hastaların yakınları ise bir bozukluğun meydana geldiğini fark etmişler, olan biteni örtmeye ya da yadsımaya çalışarak çok üzgün, korkmuş ya da öfkeli görünmemeye çalışarak pek çok enerji tüketmişlerdir. Her şeyi yadsıma huyu olmayan kişiler ise konulan tanıyı işittikleri sırada zaten durumun farkındadırlar. Bununla birlikte insanları en çok ürküten yanı, hastalığın, kişinin sosyo-ekonomik statüsüne, eğitim düzeyine, genel sağlık ve sağlamlık durumuna, moral karakterine veya başka herhangi bir etkene bakmadan herhangi bir kimsenin başına gelebilmesidir. Bütün bu belirsizlikler kendilerine hastaya konulan tanıyı haber vereceğimiz kişiler için ürkütücü şeylerdir, bundan ötürü tanıdan uzak durmayı

tercih ederler. Bazı kimseler de sağlıklıyken tanıyıp bildikleri fakat artık bilişsel durumu bozulmuş olan birinin yanında nasıl davranacaklarını bilmedikleri için ya da güç duruma düştükleri veya çok üzüntüye kapıldıkları için ondan uzak dururlar. Kimilerinin aklına kendi anne veya babalarının, eşlerinin ya da yakın akrabalarının bunama yüzünden çektikleri gelir. Hangi nedenle olursa olsun insanların uzak durması hem Alzheimer hastaları için hem de onlara bakıp gözetilen aileleri ve arkadaşları için hem de eninde sonunda hasta ile aralarına uzaklık koyanlar için talihsiz bir tepkidir.⁸

AH'ın sonucu olarak eşler, çocuklar, torunlar, ailenin hasta olan önemli bir üyesi ile aralarındaki ilişkileri yavaş yavaş yitirirler. Hala yaşamakta olsa da hastanın eşi yaşam arkadaşını yitirir. Çocuklar ise artık bambaşka biri haline gelmiş babalarını veya annelerini, geçmişte onlara arkadaşlık, rehberlik, öğretmenlik etmiş olan birini yitirirler. Bu kayıpların acısı çoğu kez yeterince açığa vurulmaz. Fakat ailenin başa çıkması gereken ağır bir psikolojik stres olarak kalır.⁸ Genel olarak aile ani olarak hastalıkla karşılaştığında aile sistemini ve ilişkileri etkileyen bir kriz durumu yaşanır. Fiziksel ve duygusal yaşantılar, hastanın kaybindan korkmak, ailedeki rollerin değişmesi ve yeniden düzenlenmesi, ekonomik zorluklar beraberinde gelir.⁹ AH hasta için bir yıkımdır. Gerçi tanı konulduktan sonra durumu iyice kötüleşinceye kadar hasta yıllarca yaşam işlevlerini yeterli derecede yerine getirmeye, normale yakın bir yaşam sürdürmeye devam edebilirse de bu hastalık, sonu ölüme varacak olan bir çizgide önlenemez bir ilerleme gösterir. Hem Alzheimer tanısı konulan hastaları, onun bakımı ile uğraşan aile üyelerini, hatta uzak akrabalarını ve arkadaşlarını hem de onun bakımından sorumlu olan kişileri etkileyen bir süreçtir. Uzun dönemde davranış değişikliklerinin yol açtığı belirgin güçlükler, tam bellek yitimi, bunların doğurduğu sosyal sonuçlar, parasal yükler, kişisel ve evlilikle ilgili stres, bakım yerleri ve programlarının düzenlenmesi gibi sorunlar ortaya çıkar.⁸

Tanıyı öğrendikten sonra başlayan süreç, hastaya primer bakımı kimin vereceği sorusunun cevaplandığı süreçtir. Primer bakım sorumlusu, bir başka deyişle asıl bakıcı genellikle hastanın eşi,

erişkin çocuklardan biri veya çoğu kez kızı ya da gelini, ücret karşılığı çalışan bir yardımcı ya da bir hastabakıcıdır. Bazen bu kişilerin bakım işini paylaştıkları da olur. Primer bakım veren, hastanın her gün sürekli olarak asıl bakımını sağlayan kişi olabileceği gibi bakımı sağlayacak düzenlemeyi yapan ve bakım işinin görülüşünü düzenleyen ve bu düzenin işlemesinden sorumlu olan kişi de olabilir.⁸

Bu iş bakıcıların yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal bakımdan tümüyle işgal eden bir süreçtir. Bu süreci farklı yaşayan bireyler olduğu bildirilmektedir. Kendisini talihsiz, kuşatılmış olarak hisseden bireyler olabileceği gibi, bazı bakıcılar için ise bu dönem doyurucu hatta heyecan verici olabilir. Bakım işi eşlerden birinin öteki eşe sağlamakta olduğu normal bakımın bir parçası olarak değerlendirilebilirken, geçmişte yaşanan sağlık sorunları hatırlanarak “şimdi sıra bende” hissi ile görev, yerine getirilmekte olabilir. Çocuklar için ise annesinin veya babasının sıkıntılı zamanında kendisine gereksinim duyduğunu hissedenden çocuk ile annesi veya babası arasındaki ilişkinin yenilenmesine veya var olan ilişkinin geliştirilmesine de yarayabilir.⁸

Bununla birlikte bakıcıların bir çoğu aslında işlerinin ne kadar güç olduğunun ve giderek daha da güçleşeceğinin farkında değildir. İçlerindeki öfkeyi ve bunun sonucu olan suçluluk duygusunu yenmeye çalışırken sıkıntı çekerler. Sevdiklerine bakmak için tüm güçleri ile çalışırlar. Ama yetilerinin ve yeteneklerinin hepsini birer birer yitirmekte olan, böylesine güçsüz ve çaresiz birinin bakıcısı olduklarına içten içe bozulurlar. Emekli olduklarında daha rahat ve huzurlu yıllar geçireceklerini ummuş olan eşler kadar, kendi evlilikleri için tasarlanan ve bakmakla yükümlü çocukları olan daha genç kuşaktakiler için durum gerçekten böyle olabilir. Bu durum, bakım verme işlevini üzerine alan kişiler için daha da dramatik olabilmektedir.^{10,11} Çalışmalarda, Alzheimer hastalarına bakım verenler arasında depresyon, anksiyete, yüksek tansiyon, mide ülseri ve öteki strese bağlı bozukluklar toplum genelinde olduğundan daha yüksek bulunmuştur. Bir kimse ister hastanın bakımıyla doğrudan doğruya uğraşmakta olsun, ister başka biri tarafından yerine getirilen bakım işini gözetmekte olsun,

hastanın bakımı strese, bitkinliğe ve bunların sonucu olan bozukluklara yol açar. Fakat bütün bunların yanında asıl bakım işini üstlenmiş olan primer bakıcının sağlığı çoğu zaman düşünülmez. Oysa bakım sisteminin iyi işlemesi isteniyorsa bakıcının kendi sağlığını korumak ve hastalanmasını önlemek için mümkün olan her şeyi yapması gerekir.⁸

Bakımı üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı birçok değişken arttırabilir. İlk olarak hastalığın düzeyi, hastanın iletişim kurma yetersizliği, kişilik değişiklikleri, davranışsal ve psikolojik işaret ve belirtiler gibi hastayla ilgili değişkenler hastanın bakımını üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı arttırmaktadır. İkinci olarak da bakım verenin cinsiyeti, başarılı olamama korkusu, idealleri, fiziksel ve psikolojik sağlıkta bozulma gibi değişkenleri sıkıntıya yol açmaktadır. Üçüncü olarak hasta ile bakımını üstlenen kişi arasındaki ilişki, bakımı üstlenenin yaşadığı sıkıntının düzeyini etkilemektedir. Cantor ve Lund, bakım veren ve hasta arasındaki ilişki yakınlığının tükenmişliği etkilediğini söyler, ayrıca bu durum dolaylı olarak hastaya yansımakta, bakım verenin sıkıntısı ve hastasıyla arasındaki ilişkinin kalitesi semptomlarının ortaya çıkışını belirlemektedir.¹²

Bakım verenlerin tükenmişliğini arttıran değişkenler

Hastayla ilgili bakım verenlerin yaşadıkları tükenmişliğe etkisi olan değişkenler incelendiğinde, hangilerinin tükenmişliğe daha fazla katkısı olduğu sorulur. Hastaların belleklerindeki yıkım, kendi eşlerini, çocuklarını tanıyamayacak hale gelmeleri bakım verenler için yıkıcı bir tablodur. Bununla birlikte bakım verenleri asıl tüketen semptomların kognitif fonksiyonlar değil, hastalığa özgü diğer klinik tablolar olduğunu bildiren yayınlar vardır. Öncelikli olarak kognitif fonksiyonlarda bozulmanın değerlendirildiği çalışmalarda, Haley ve ark. ile Eagles ve ark. demansı olan yaşlı hastalara bakmakta olan yakınlarında, demansı olmayan yakınlarına bakanlara göre depresyon, anksiyete ve tükenmişlik skorlarını yüksek bulmuşlardır. Ayrıca bu bireylerde psikotrop ilaç kullanımının da daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Clipp ve ark. yaptıkları çalışmada demanslı yakınlarına bakan bireylerde ilaç kullanım oranının aynı yaş grubuna göre daha yüksek

olduğunu göstermişlerdir. Haley ve ark. bu bireylerin demanslı olmayan yakınına bakıncılara göre daha fazla medikal problemlerden yakındıklarını ve hastanelere daha fazla başvurduklarını gösterirken, George ve Gwyther, bu oranın normal popülasyondan farklı olmadığını söylemiştir.¹³ Yapılan bazı çalışmalarda ise demansın şiddeti ile tükenmişlik arasında anlamlı fark bulunamamıştır.¹⁴

Kognitif fonksiyonlar bozulmaya başladığında önceleri diğer semptomlar yoktur, fakat diğer semptomların ortaya çıkması aynı zamanda kognitif yıkımın artması ile birlikte. Bakım verenler için unutkanlığın artması beklenen ve hazırlıklı olunan bir durum olmakla birlikte davranış problemlerine hazırlıklı değildirler ve hastalarını bu davranışlarından sorumlu tutarlar ve stigmatize ederler. Ayrıca davranış problemlerinin varlığı, diğer aile bireylerinin ve sosyal çevrenin daha fazla uzaklaşmasına sebep olurken, daha fazla ilgi gerektirmesi sebebi ile bakım verenlerin tükenmişliğini arttırabilir. Ayrıca davranış problemlerinin görülmesi ile hastalık süreci içinde belli bir zaman sonra ortaya çıktığı için bu problemlerin yanında, zaten uzunca zamandır hasta ile ilgilenmekte olan bireylerin stres semptomları artmaktadır.¹⁵

Bakım verenlere sorulduğunda “sizin için hangi semptomlar daha sıkıntı verici” diye; delüzyon, hallüsinasyon, depresyon ve fiziksel agresyon davranışları en zorlu semptomlar olarak değerlendirilirken, hastanın yaşının küçük olması ve erkek olması daha az önemli ve hastalığın kognitif yıkımlar açısından şiddeti, fonksiyonel kapasitesi ve süresi en az önemli olarak değerlendirilmiştir.¹⁶

Finkel ve ark. tekrarlayan sorular ve vurma gibi davranış semptomlarıyla delüzyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin hasta, aile ve bakım verenlerin sıkıntısını arttırırken, bakımevine erken yerleştirilmeye, bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabileceğini söylemiştir.¹⁷ Tablo 2’de, yapılan bir çalışmada semptomların bakım veren için sıkıntı verme derecesi özetlenmiştir.¹⁸

Davranışsal ve psikolojik semptomların birçok araştırmada bakım verenin tükenmişliğine etkisi kanıtlanmakla birlikte bazıları bakım veren tüken-

mişliğinin hastanın semptomları ile ilişkili olmadığını söyler. Bu görüşü destekleyenlerden Rabins ve ark. fonksiyonel kapasitenin, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki işlevselliğinin tükenmişlik oranını belirlediğini bildirmiştir.¹⁹

AH’lara bakım veren yakınlarının tükenmişlik yaşamalarına neden olan bu alanlarda hastalara ve yakınlarına yönelik yapılabilecek müdahaleler vardır.

Hastalara yönelik

Toseland ve Rositer, bakım verenin tükenmişliğini azaltmaya yönelik olarak 3 alan tariflemiştir.²⁰

Psikolojik destek

- Ventilasyon imkanı ile hissedilenlerin anlatılması,
- Grup desteği olarak “tek” olmadığını anlatılmasına yardım etmek ve paylaşmasına imkan sağlamak (suçluluk, öfke, yas gibi duyguların paylaşılması ve bakım verenin kendini bir canavar gibi hissetmesinden uzaklaştırılması).
- Kognitif terapiler gibi bireysel terapiler, rahatlatma egzersizleri, stresle başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi

Eğitim

- Bilgilendirmek (sözel, yazılı ve görsel olarak)
- Ev şartlarının düzeltilmesi için yol göstermek

Tablo 2. Semptomların bakım veren için sıkıntı verme derecesi.

Grup 1 Sık/en sıkıntı verici	Grup 2 Orta/orta sıkıntı	Grup 3 Nadir/az sıkıntı
Psikolojik		
Delüzyon	Yanlı tanımlamalar	
Hallüsinasyon		
Depresif duygu durumu		
Uykusuzluk		
Anksiyete		
Davranışsal		
Fiziksel agresyon	Ajiteasyon	Ağlama
Amaçsız dolaşma	Kültüre uygunsuz davranış	Beddua etme
	Çığlık atma	Tekrarlayan sorular

- Terapötik becerilerin, problem çözme ve davranışsal tekniklerin öğretilmesi (yemek yedirme, banyo sırasında yardımı olabilecek bilgiler verme)

- Acil, kanuni ve finansal alanlarda planlama

Destek sistemlerinin harekete geçirilmesi

Aile, çevre ve profesyonellerin (sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve bakıcı gibi) harekete geçirilmesi

Bu alanların uygulanması sırasında sadece bakım verene yönelik değil hastaya yönelik faydaların da olacağı akılda bulundurulmalıdır. Bilgilendirilmenin bilinmeyenle başa çıkmada en önemli adımlardan biri olduğu gözönüne alınırsa, bakım verenlere hastaları ve hastalıkları ile nasıl başa çıkacakları konusunda bilgi verilmeli ve yol gösterilmelidir. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin sadece yaklaşık yarısının hastalarının durumu ve hastalık hakkında bilgilendirildiği söylenmiştir.²¹

Hastalıkla başa çıkmada ilk adımlardan biri, hasta için çevrenin ve günlük aktivitelerin düzenlenmesidir. Hasta için ideal olan çevre stressiz, devamlı ve tanıdık olmalıdır.²² Bunun yanında bakım verenin, hastalarının davranışsal ve psikolojik semptomları karşısında nasıl bir tutum takınacakları da hem kendi ruh sağlıkları hem de hastalarının kliniği ile ilişkilidir. Burada, çalışmalarda bildirilen bazı pratik, kolay ve daha az maliyetli olan yönergelerden bahsedilecektir.

Öncelikle bakım verenler ve aile için başa çıkılması en zor olan semptomlardan biri hastanın davranışsal semptomlarıdır. Aile için özellikle fiziksel şiddet, vurma, katastrofik reaksiyonlar, şüpheler, suçlayıcı davranışlar, gece uyanmaları, amaçsız dolaşmalar gibi bazı davranışlar sorun olabilir. Katastrofik tepkiler, aile üyelerinin bu tepkileri ortaya çıkaran durumdan kaçınmaları ya da bu durumu ortadan kaldırmaları, sessiz ve soğukkanlı davranmaları, nazikçe hastanın dikkatini başka yöne çekmeleri konusunda rehberlik edilerek olabilecek en az düzeye indirilebilir.²³

Ajitasyon ve agresyonu olan hastalar için hastayı tedirgin eden ortamdan uzaklaştırmak, güven veren ve kibar bir ses tonu kullanmak, ajite olan hastaya önden sakin ve yavaşça yaklaşarak güven-

de ve ona zarar gelmeyeceği garantisini vermek, dokunmak, hastayla konuşurken tehdit algılamasını sağlayacak pozisyonlardan uzak durmak, örneğin, yatağındaki hastanın başında ayakta durmak yerine, dizlerinin üzerine eğilmek, hastayı daha az tedirgin edecektir. Sıkıntı duydukları ortamdan bir süre uzaklaştırmak ve dikkatini başka konulara toplamasını sağlamak, sakin ve sessiz bir çevre düzenlemek, ajite olduğu zaman hastayla tartışmaktan, yüksek sesle konuşmaktan ve hastanın bir ekstremitasını tutmaktan sakınmak gereklidir. Hastaların ellerinde belli bir oyuncak taşımalarının ya da evde evcil hayvan beslenmesinin ve onlara dokunmalarının hastaların ajitasyonlarını azalttığı bildirilmiştir.^{24,25}

Amaçsız dolaşan hastalar için, hastaları o sırada programlı bir aktiviteye dahil etmeye çalışmak, hala okuma ve anlama becerileri varsa, kaybolan hastaların kendileri için ya da etrafta onları bulanlar için ceplerine telefon numaralarının ya da adreslerinin yazıldığı ya da kısa komutlar yazan puluların konulması faydalı olabilir.²⁴ Ayrıca duvarları siyaha boyanan odalarda, hastaların yolun bittiği fikrine kapılarak daha uzağa gitmedikleri farkedilmiştir.¹⁸

Tekrarlayan soruları olan hastalar sorularının cevaplanmaması karşısında öfkelenebilir. Hastalar bazen "kimin öldüğünü" sorarken aslında kendilerini yalnız hissettiklerini söylemek istemektedirler, o sırada bunu anlayan bakım veren, hastaya onunla ilgileneneğini ve onu yalnız bırakmayacağını söyleyebilir; konuyla ilişkili ya da ilişkisiz başka bir konuda sohbet başlatabilir.²⁴

Bliwise ve ark. sirkadiyan ritimdeki bozukluğun hastalığın erken dönemlerinde görülmeye başladığını ve evre arttıkça düzensizliğin arttığını bildirmiştir. Bu düzensizlik hem hastanın hem bakım verenin yaşam kalitesini düşürmektedir.²⁶ Van Someren, gün içindeki aktiviteleri arttırılarak hastaların gece uykularının düzenlenebileceğini bildirmiştir. Ayrıca akşam ya da öğle üzeri saatlerde yapılacak ılık bir banyonun da aynı etkiyi yapabileceği söylenir. Uyku ve kalkma zamanlarının düzenlenmesi, yatak odasının sadece uyumak üzere kullanılması, yemek saatlerinin düzenlenmesi, alkol, kafein ve nikotinden uzak durulması, akşam

alınan sıvının kısıtlanması, uyku saatlerinde ses ve ışığın azaltılmasının etkili olabileceği bildirilmiştir.^{27,28}

Uyumsuz cinsel davranışları olan hastalarda, bakım verenler için hastalarının cinsel organlarını herkesin önünde teşhir etmesi veya mastürbasyon yapması çok sıkıntı verici ve utandırıcıdır. Bu davranışlar genellikle hastanın nerede olduğunu, nasıl giyineceğini ve giyinik olmasının önemini unutmalarından kaynaklanır. Bu durumda bakım verenlerin en kısa şekilde, hastaları soyunuk ise bir bornozla giyinmelerine yardımcı olmaları, mastürbasyon yaparken ise katastrofik tepkiye neden olmamak için öfkeli davranmamaları, hastayı özel bir odaya götürmeleri, dikkatini çekecek başka bir aktivite sunmaları ve daha sonraki yaşantıları engellemek için gün içi aktivitelerini artırmaları ve düzenlemeleri gerekir.²⁴

Bakım verene ya da aileye hastanın tüm eylemlerinin yeteneklerine uyarlanması ve yönergelelerin basit, somut, her seferinde bir tane olması gerektiği anlatılmalıdır. Hatalar anında ve doğrudan düzeltilmeli, kural başarılan kısmın övülmesi olmalıdır. Hastaları yüreklendirmek ve aktive etmek de önemlidir. Brook ve ark. bir çalışmalarında takvim, saat, günlük objelerin renkli resimleri, kitap, gazete dolu bir odada aktif olarak odadaki malzemeleri kullanmaları için desteklenmiş, tarih tekrarları, günlük nesnelere provalarını yapması yönünde cesaretlendirilmiş demanslı hastaların, aktif cesaretlendirilmeyen, odadaki nesnelere istese kullanan kontrol grubuna oranla daha belirgin gelişme gösterdiklerini ortaya koymuştur. Çalışma grubu daha dikkatli ve aktif hale gelmiş ve hatta var olan inkontinansları bile kaybolmuştur. Yakınları bilişsel yetileri gelişmeye de hastalarının uyarıldığını ve daha canlı hale geldiğini bildirmiştir. Ayrıca bakım verenler hastanın başarabildiği işlevleri üstlenmekten, dolayısı ile hastanın bağımlılığını teşvik etmekten ve benlik saygısının azalmasına neden olmaktan kaçınmalıdır. Bununla birlikte hasta kapasitesini aşan işlerde zorlanmamalıdır, aksi takdirde frustrasyon, anksiyete, öfke, bazen de şiddet içeren davranışlar ortaya çıkabilir.²³

Bakım verenlerin hastalarla konuşurken kısa ve net cümleler kurmaya ve kurdukları cümlelerin

negatif içerikli yerine, nötr olmasına dikkat etmeleri gerekmektedir. Örneğin “dışarıya çıkma!” komutu yerine “içeride kalalım” şeklinde ifade kullanılmasının hastaların daha az tehdit hissetmelerine yarayacağı belirtilmektedir.²⁵ Bakım verenin hastanın uygun olmayan davranışları karşısında sabırlı, esnek ve hoşgörülü bir tutum takınması gerekir. Bu konuda güçlük çeken aile bireyine de kendi yasını tanıma, anlama ya da öngörmesi açısından yardım gerekebilir. Bakım veren kişinin çabalarının tedavi ekibi, arkadaş ya da aile üyeleri tarafından takdir edilmesi, hasta için harcadığı inanılmaz enerji ve zamanın da görülmesi önemlidir. Çünkü bakım verenin sağlığını koruması hasta ile başa çıkabilmesi açısından önemlidir. Çalışmalar fiziksel problemleri olan bakım verenlerin bakımevlerini daha fazla tercih ettiklerini göstermiştir.²³

Daha kolay ve uygulanması pratik olan önerilerden sonra profesyonel yardımın da hastanın davranışsal ve psikolojik semptomlarının azaltılmasında faydası olacaktır.

Hastaların davranış sorunları ile başa çıkmada genellikle davranışçı teknikler kullanılır. Son yıllarda “realite oryantasyonu” özellikle ABD ve İngiltere’de sıklıkla uygulanmaktadır. Realite oryantasyonu hastanın yiten zihinsel kapasitelerinin uyarılabileceği, çalıştırılabileceği varsayımına dayanan bir yaklaşımdır. Hasta, ortamından ve ilişki kurduğu kişilerden uzaklaştığı için beyninin bazı bölümlerini kullanmamaya başlar. Bu süreç;

1. Çevresine tekrar tekrar oryantasyonu sağlanarak ve sürekli uyaranla karşılaştırarak,
2. Hastayı izolasyonu azaltmak amacı ile bir gruba yerleştirerek geri döndürülebilir.

Böylece kullanılmayan nöron yolları tekrar işlevsellik kazanabilir. Realite oryantasyonu 2 biçimde uygulanır.

a. Hastaya yarım saat süreyle yoğun bilişsel eğitim yapılır; gün, tarih ve yerle ilgili bilgiler verilir ve terapistle tekrarlatılır.

b. 24 saat boyunca realite oryantasyonu uygulanır.

Bu, tedavi ekibinin hasta ile her temasında uygulanır. Woods, hastaların bazı semptomlarının

“öğrenilmiş çaresizlik”le ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Hastalar bir zamanlar basit olan bu işleri ardarda başaramamaları karşısında travmatize olur ve çaresiz, yanıt vermeyen bir pozisyon seçebilirler. Realite oryantasyonu, hastanın bir kez daha başarılı olmasını sağlayarak bu durumu bozar.²³

Erken ve orta dönemdeki AH kendi kognitif kayıplarının farkında oldukları için ve hastalıklarına içgörülerini henüz kaybetmedikleri için bu kaybın yasını yaşarlar, hastalar bu konuda bireysel terapi almaları halinde terapistlerini idealize ederek kendilerini korunmuş ve daha az anksiyeteli hissediler. Bakım verenler, hastalarının görüşmelerden sonra, görüşmenin ayrıntılarını hatırlamamakla birlikte, sempatik ve rahatlatan tutumun hastanın saatlerce, hatta günlerce daha sakin hissetmesine sebep olduğunu bildirmiştir. Grup terapisinin faydasını vurgulayan çalışmalar da vardır.²⁴ Ayrıca bu hastalarda neostriatum en son etkilenen alan olduğu için müzikal bellek ve koordinasyondan sorumlu olan bu alan ağır evrede olan hastalarda bile korunur. Çalınan müziğin hastanın anksiyete ve ajitasyonunu azalttığı, uykuyu düzenlediği bildirilmiştir. Nasıl bir müziğin, ne kadar çalınması gerektiği konusunda kapsamlı yayınlar olmasa da hastanın gençlik yıllarına, memleketine ait, yüksek sesli olmayan müzikleri tercih edilebileceği bildirilmiştir.²⁴

Farmakolojik tedavi

Yardımların bir diğer ucu da hastaların davranışsal ve psikolojik semptomlarının daha önce anlatılan önerilerle azaltılmaması halinde devreye girebilen farmakolojik tedavidir ve ayrıca farmakolojik olan ve olmayan tedavi yaklaşımlarının hekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmeleri gerekir.^{29,30}

Genellikle hem daha ekonomik hem de efektif olması sebebi ile farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı ilk seçenektir. Fakat semptomların kontrol altına alınmadığı orta ve ileri evrede hastalar için farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Bu uygulama sırasında hastaların yaşla birlikte karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında gerileme olacağı,

ilaçların bağlanması açısından bu bireylerde yaşla birlikte artan hipoalbuminemi olduğu, hastaların benzodiyazepinler, antikolinergik ilaçlar ve trisiklik antidepresanlara daha duyarlı oldukları unutulmamalıdır.³¹

Hastalarda önerilen, en düşük dozla tedaviye başlamak ve yan etkilere (yüksek potenslilerle görülen ekstrapiramidal yan etkiler ve düşük potenslilerle görülen postüral hipotansiyon, ağız kuruluğu, kabızlık, artan kognitif yıkım gibi) dikkat ederek dozu arttırmaktır. Bu hastaların altta yatan beyin dejenerasyonu ve artan yaşlarına bağlı olarak tardiv diskineziye daha duyarlı oldukları da akılda tutulmalıdır.³¹

Barnes, nöroleptik tedaviden en fazla fayda gören semptomların, fiziksel agresyon ve şiddet davranışları, hallüsinasyon, delüzyonlar ve hostilete olduğunu bildirmiştir. Haloperidol, risperidon, olanzapin, klozapin, tiyoridazin kullanılarak yapılan çalışmalarda ilaçların etkinliği bildirilmiştir. Anksiyete, irritabilite ve uykusuzluk için lorazepam ve oksazepam gibi kısa etkili benzodiyazepin kullanan çalışmalar vardır. Fakat hastalarda görülebilecek artmış sedasyon, ataksi, amnezi, konfüzyon ve düşmelere dikkat edilmesi önerilir. Karbamazepin, valproik asit ve lityumun da ajite hastalarda kullanıldığı olmuş ve etkin bulunmuştur. Trazodon, trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI)'leri depresyon ve ajitasyon tedavisinde önerilen seçeneklerdir. Eğer bir antidepresan seçilecekse bunun SSRI veya sekonder amin trisiklik antidepresan olması önerilmektedir. Ayrıca depresyonu olan Alzheimer hastalarında elektrokonvülsif terapi (EKT)'nin yapılabileceği bilinmektedir. Unilateral tedavide bilaterale göre daha az kognitif bozulma tariflenmekle birlikte, aynı etki için daha fazla seans yapmak gerekliliği olduğu unutulmamalıdır.³¹

Tetrahydroaminoakridin, donepezil hidroklorid ve rivastigmin gibi asetilkolinesteraz inhibitörleri her ne kadar hastalardaki kognitif semptomlar için kullanılmaya başlandı ise de hastalardaki apati, ajitasyon, hallüsinasyon ve delüzyon semptomlarını da azalttığını bildiren çalışmalar vardır.^{31,32}

Türkiye'deki klinisyenler arasındaki genel yaklaşıma göre.⁴

- Hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomlarının artması durumunda genel yaklaşım ilaç tedavisidir.
- İlaç seçiminde ilk tercih antipsikotikler olmaktadır.
- Haloperidol ve yakın zamanlarda klozapin ve risperidon bu hastalarda çalışılmış ve etkinlikleri kanıtlanmıştır.
- EKT ileri evre, agresif ve birlikte parkinson semptomları olan hastalarda denenmiştir.
- Kısa etkili benzodiyazepinler ve düşük doz antikonvülzanlar tedavide kullanılabilir.
- Diazepam gibi uzun etkili benzodiyazepinler sıklıkla bakımevlerinde kullanılmaktadır.

SSRI'lar ise depresyon tedavisinde en çok tercih edilen ajanlardır.

Bakım verenlere yönelik

Bakım verene yönelik adımlar tartışılırken ise, alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, tükenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması önerilmektedir. Örneğin, Ivancevich ve Matteson tükenmişliğin azaltılması için bakım verenlerde egzersiz, fiziksel aktivite, meditasyon programları, hipnoz, bireysel ve grup terapisi ve gevşeme egzersizlerinden fayda görülebileceğini söylemiştir. Bu yöntemlerle bakım verenlerin tükenmişliğinin, depresyon, anksiyete oranlarının ve ilaç kullanma sıklıklarının azaldığını bildiren yayınlar vardır.³³

Zarit ve ark. ise aile ziyaretlerinin bakım veren tükenmişliğini azaltan çok etkin bir yöntem olabileceğini ve ailenin diğer bireylerinin bakım verene destek ve sorumluluğu paylaşmak anlamında harekete geçirilmesinde etkin olabileceğini bildirmiştir. Zarit 1985'te aile ziyaretleri ile ilgili detaylı bir protokol hazırlamıştır.³⁴ Aileye yönelik uygulanan müdahalelerden biri olan Mittelman ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bakım verenlerin ve ailenin hastalıkla nasıl başa çıkacaklarına ilişkin verilen eğitimin sonrasında, programın başında yakınlarını bakımevine yerleştirmeyi düşünen 41 aileden yalnız birinin bunu gerçekleştirdiği bildirilmiştir.³⁵

Her ne kadar bakımevlerine hastaların yerleştirilmesi sanki çok tercih edilmeyen bir yöntem gibi algılsa da hastalar için tıbbi bakım, fiziksel aktivite ve sosyalizasyon olanakları sağlayan gündüz bakımevlerinin ve uzun dönem bakımevlerinin hizmete sokulması bu destek sisteminin önemli parçalarından biridir. Hostilite, saldırgan davranış, öfke patlamaları gibi ağır davranış sorunları olan hastalar gündüz bakımevlerinde bakılamayabilirler. Bu durumda hekimin hem farmakolojik hem de çevresel düzenlemelerle hastayı mümkün olduğunca bakımevinde tutmaya çalışması gerekir. Bunu hekimin aileye önermesi ve bakımevinde hastanın nasıl bir bakım göreceğini ve yatırılırsa ailenin ilgilenmesinin önemini tartışması gerekir. Yapılan çalışmalar bakımevlerinde kalan, yakınları tarafından ziyaret edilmeyen yaşlıların daha kısa sürede öldüğünü göstermiştir. Uzun bekleme listesi nedeni ile bakımevi sorunu hekim tarafından daha erken dönemde gündeme getirilebilir. Aile yoğun suçluluk, utanç, başarısızlık hissi gibi nedenlerle bakımevine hastalarını yatırmaya karşı çıkabilirler. Bu konuda bakım verenlere ve aileye destek ve yardım gerekebilir.²³

Sonuç

AH'nın 20. yüzyılın sonlarında popüler hastalıklardan biri haline gelmesinin başlıca nedenleri şöyle sıralanabilir. Yaşlı nüfusun oranının giderek çoğalması, yaş ilerledikçe AH'nın artacağı kesin oluşu, gelecek yıllarda bu hastalığın önemli tıbbi, sosyal, parasal ve halk sağlığı ile ilgili sonuçlar doğurma olasılığı hastalığın önemini göstermektedir.⁸

Bize göre; Türk kültürünün, geleneksel yaşlıya bakışının doğu kültüründekine benzer şekilde "evin büyüğü, bilgisi" ya da bakım verme işlevine "görev değişimi" gözüyle bakılması ile birlikte, son dönemlerde Türkiye'nin gelişmekte olan bir dünya ülkesi olması ve çalışan nüfusun giderek artması, genç bireylerin ekonomik ve sosyal nedenlerle evden uzaklaşması, yaşlıların giderek "ayak bağı" olarak kabul edilmesi bakım verenleri yakınlarından uzaklaştıracak ve uzaklaşma sebeplerini daha kolay rasyonalize etmelerine sebep olacaktır. Fakat bu rasyonalizasyon zamanla inkar edilmiş bir yas yaşantısının devamı olduğundan, bireyler durumla yüzleştiklerinde "tükenmişlik" kaçınılmaz olacaktır.

Dolayısı ile tükenmişliğe yönelik adımlar tartışılırken, alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, tükenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması gerekmektedir ve farmakolojik olan ve olmayan tedavi yaklaşımlarının hekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmelerinin önemini vurgulamak yerinde olacaktır.

KAYNAKLAR

- Şahin EM, Yalçın BM. Huzurevinde Veya Kendi Evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6:10-3.
- Gungen C, Ertan T, Eker E, Yasar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Turk Psikiyatri Derg* 2002;13:273-81.
- Karaman Y. Alzheimer hastalığı. *Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar*. 1. Baskı. Kayseri: Lebib Yalkın Matbaası; 2002. p.90-181.
- Eker E. Yaşlılık psikiyatrisi. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Cilt. Güleç C, Köroğlu E, ed. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. p.1263-89.
- Costa PT Jr, Williams TF, Somerfield M, Albert MS, Nutters NM, Folstein MF, et al. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. *Clinical Practice Guideline No:19, US Department of Health Services, Public Health Service* 1996. p.3-24.
- Duygun T, Sezgin N. Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. *Türk Psikol Derg* 2003;18:37-52
- Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi* 1996;4:28-33.
- Billig N. Üçüncü bahar yaşlılık ve bilgelik. Yazgan Ç, çeviri editörü. *Psikoloji Dizisi* 8. 1. Baskı. İstanbul: Evrim Yayınevi; 2000. p.229-86.
- Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. *Soc Sci Med* 1996;42:173-83
- Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs* 2005;26:154-61.
- Spurlock WR. b: Spiritual well-being and caregiver burden in primary family caregivers of community-dwelling relatives with Alzheimer's disease and related disorders. *Geriatr Nurs* 2005;26:352.
- Brodaty H. Alzheimer hastalığında ilaç tedavisi ve aileler. Gauthier S, ed. Büyükkal B, çeviri editörü. *Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi*. 1. Baskı. İstanbul: Yelkovan Yayıncılık; 2000.p.123-39.
- Grafstrom M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *J Clin Epidemiol* 1992;45:861-70.
- Fitting M, Rabins P, Lucas MJ, Eastham J. Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives. *Gerontologist* 1986;26:248-52.
- Deimling GT, Bass DM. Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *J Gerontol* 1986;41:778-84.
- Brodaty H. Role of caregivers. *BPSD IPA Educational Pack, Module 4*. 1998.p.9.
- Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8(Suppl 3):497-500.
- Luxenberg J. a: Clinical issues. *BPSD IPA Educational Pack, Module 2*. 1998. p.8.
- Harper S, Lund DA. Wives, husbands, and daughters caring for institutionalized and noninstitutionalized dementia patients: Toward a model of caregiver burden. *Int J Aging Hum Dev* 1990;30:241-62.
- Brodaty H. Carers: Training informal carers. In: Arie T, ed. 1st ed. *Advances in Psychogeriatrics*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992.
- Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care. *The carers*. *BMJ* 1998;316:208-11.
- Eimer M. Management of the behavioral symptoms associated with dementia. *Prim Care* 1989;16:431-50.
- Özmen M. Demansta psikososyal yaklaşım. *Yeni Symposium* 1997;35:106-9.
- Rabins P. Non-pharmacological management. *BPSD IPA Educational Pack, Module 5*. 1998.p.14.
- Luxenberg J. b: Primary care management. *BPSD IPA Educational Pack, Module 8*. 1998.p.10-9.
- Bliwise DL. Sleep in normal aging and dementia. *SLEEP* 1993;16:40-81.
- van Someren EJ, Mirmiran M, Swaab DF. Non-pharmacological treatment of sleep and wake disturbances in aging and Alzheimer's disease: Chronobiological perspectives. *Behav Brain Res* 1993;57:235-53.
- Moran M, Lynch CA, Walsh C, Coen R, Coakley D, Lawlor BA. Sleep disturbance in mild to moderate Alzheimer's disease. *Sleep Med* 2005;6:347-52.
- Homma A. Cross-cultural and transnational considerations. *BPSD IPA Educational Pack, Module 7*. 1998.p.10.
- Standridge JB. Pharmacotherapeutic approaches to the treatment of Alzheimer's disease. *Clin Ther* 2004;26:615-30.
- Lawlor B. Pharmacological management. *BPSD IPA Educational Pack, Module 6*. 1998. p.1-24.
- Silva DA. Efficacy of acetylcholinesterase inhibitor therapy on activities of daily living in patients with Alzheimer's disease in Sri Lanka and impact on caregiver burden. *J Neurol Sci* 2005;238:282.
- Glogow E. Research note: Burn-out and locus of control. *Public Pers Manage* 1986;15:79-83.
- Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. *New York: New York University Pres*; 1985.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA, et al. A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *Gerontologist* 1995;35:792-802.