



Derleme (Review)

Cilt 1 - Sayı 2: 35-39 / Mayıs 2018

(Volume 1 - Issue 2: 35-39 / May 2018)

DEMANS VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Gökçe DEMİR^{1*}

¹Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, 40100, Kırşehir, Türkiye

Gönderi: 14 Şubat 2018; **Yayınlanma:** 01 Mayıs 2018

(Submission: February 14, 2017; **Published:** May 01, 2018)

Özet

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünya ülkelerinde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte demans tanısı almış yaşlı oranında da artış görülmektedir. Türkiye’de de yaşlı nüfus yıllara göre artış göstermektedir. Bu nedenle ülkemizde de yakın gelecekte demansın görülme riskinin giderek artacağı düşünülmektedir. Demans yaşlılarda sık görülen önemli toplum sağlığı sorunlarından biri olup, kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entelektüel kapasitenin azalması ile bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yönelim, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur. Demansın kesin bir tedavisi olmamakla birlikte belirtileri azaltacak, semptomatik bir tedavisi bulunmaktadır. Demansın tedavisinde amaç: bellek ve bilişsel belirtilere odaklanarak bilişsel semptomlarda iyilik sağlamak, bilişsel semptomlarda iyilik olmazsa hastalık seyrini durdurmak veya yavaşlatmaktır. Hastalarda ilaç tedavisi ve destekleyici girişimlerden yararlanılmaktadır. Demans bu destekleyici girişimler için hemşirenin bilgi ve becerilerle donanmış olması gerekmektedir. Bu derlemede demans hakkında ve demans hastasına bakım verirken hemşirelere yol gösterecek yaklaşımlara yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Demans, hemşirelik, hemşirelik bakımı

Dementia and Nursing Care

Abstract: The number of patients with a diagnosis of dementia is increasing in all countries with the aging of the population but especially in developed ones. The elderly population has also been increasing in size in Turkey. For this reason, in our country in the near future is expected to increase the risk of dementia seen. One of the most important public health problems of dementia in the elderly is a common, chronic and usually progressive reduction in the memory and intellectual capacity, memory, speech, perception, calculation, orientation, judgment, abstract thinking and problem solving, cognitive disorder, characterized in that at least two of the functions a table. Although there is no definitive treatment to reduce the symptoms of dementia, is a symptomatic treatment. The goal of treatment of dementia: a focus on memory and cognitive symptoms, cognitive symptoms, to ensure well-being, cognitive symptoms, without favor, stop, or slow down the disease process. Patients with drug treatment and supportive interventions are used. In this review, about dementia and dementia care when patients are given approaches will lead to nurse.

Keywords: Dementia, Nursing, Nursing care

*Corresponding author: Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, 40100, Kırşehir, Türkiye

Email: gokce.demir@ahievran.edu.tr (G. DEMİR)

1. Giriş

Geçen yüzyılda teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları, sağlık hizmetlerindeki nitelikli gelişmeler, toplumun eğitim düzeyinin yükselmesinin olumlu etkileri, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik konusundaki gelişmeler ortalama yaşam süresinin uzamasına bu durumda tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun artmasına yol açmaktadır. Yaşlı nüfustaki bu artış yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevalansında da artışa neden olmaktadır. Bu hastalıklardan biri olan demans giderek daha da önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Bilgili, 2000; Öztıp ve ark., 2008; Çetinkaya, 2008).

Demans yaşlılarda sık görülen en önemli toplum sağlığı sorunlarından biri olup, kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entelektüel kapasitenin azalması ile bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yönelim, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur (Rocca ve ark., 1991; Ünsal ve Onan, 2008; Brauna ve ark., 2009).

Demans 65 yaş ve üzeri bireylerde %5 oranında, 80 yaş civarında %20 oranında görülmektedir. Dünyada 2001 yılında 24 milyon olarak tahmin edilen demanslı hasta sayısının 2050 yılında 81 milyona yükselmesi beklenmektedir (Rocca ve ark., 1991). Harvey ve arkadaşları (Harvey ve ark., 2003), Londra ilçelerinde yapılan son bir çalışmada sağlık çalışanları tarafından 30-64 yaşlarında demans görülme sıklığı 100.000 ortalama 54.0 olarak tahmin edilmiş, 45-64 yaşları arasında ise yıl için ortalama 100.000'de 98.1 olarak tahmin edilmiştir. Bu çalışma, 65 yaşından sonra yaşlılardan elde edilen verilerle sınırlıdır. Keskinöglü ve arkadaşları (Keskinöglü ve ark., 2006) İzmir bölgesinde düşük sosyoekonomik durumu olan yaşlı popülasyonunda demans prevalansı ve risk faktörlerini incelediği çalışmalarında 65 yaş üzeri 204 bireyin 46'sına (%22.9) demans tanısı konulduğunu belirtmişlerdir.

Bu derlemede, demans hakkında ve demans hastasına bakım verirken hemşirelere yol gösterecek yaklaşımlara yer vermek amaçlanmıştır.

2. Demansın Nedenleri

En sık gözlenen demans nedenleri basitçe aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1. Alzheimer'e bağlı demans
2. Diğer demans nedenleri: Damarsal hastalıklara bağlı demanslar-Vasküler demans - multi-infarakt demans (Beyin damar hastalığı, yüksek tansiyon gibi), Pick Hastalığı, Nörolojik hastalıklar ve kafa travmaları (Beyin tümörleri, Normal Basıncılı Hidrosefali, Parkinson Hastalığı, Huntington Koresi), Fronto temporal demans,

Lewy cisimcikli demans, Enfeksiyon hastalıkları (AIDS, Deli Dana Hastalığı, Tuberküloz), Metabolik hastalıklar (Tiroid-Paratiroid Bezi Hastalıkları, Karaciğer Hastalıkları, Vitamin B12 ve Folat eksikliği), Alkolik demans, İlaç kullanımı (Erkol, 2005; Uluoğlu ve Güney 2010).

3. Demansta Risk Faktörleri

Demansta yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve genetik, damar hastalıkları, kafa travması ve yaralanmalar, kalp hastalıkları, eğitim düzeyi düşüklüğü gibi risk faktörleri bulunmaktadır.

3.1. Yaş

Yaş demans için en önemli ve değiştirilmesi mümkün olmayan risk faktördür (Mavioğlu, 2008; Selekler, 2010). Yaş arttıkça demansa yakalanma olasılığı da artmaktadır. Altmış beş yaşın üzerinde her beş yılda bir prevalans iki katına çıkmaktadır. Seksen beş yaş üstünde %50'leri bulmaktadır (Mavioğlu, 2008).

3.2. Cinsiyet

Demans, özellikle ileri yaşlarda kadınlarda daha sık görülür (Mavioğlu, 2008; Selekler, 2010). Demans ve Alzheimer insidansını araştıran çalışmaların meta analizinde Alzheimer hastalığı geliştirme oranının kadınlarda erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Alzheimer hastalığının kadınlarda daha fazla görülmesinde hormonların etkisinin olabileceği gösterilmektedir (Çetinkaya 2008; Mavioğlu, 2008).

3.3. Aile Öyküsü ve Genetik

Ailesinde birinci derecede yakınlarında Alzheimer hastalığı (AH) olanlarda demans riski olmayanlara göre iki ile dört kat daha fazladır (Akyar, 2011; Akpınar, 2009). Genetik geçişli AH, tüm olguların sadece %5 kadarını oluşturmaktadır. Presenilin 1 (kromozom 14), presenilin 2 (kromozom1) ve amiloid prekürsör protein (kromozom 21) genlerindeki mutasyonlar hastalığın dominant geçişinden sorumlu genlerdir. Her üç protein de işlevleri yeterince bilinmeyen transmembran proteinleridir. Bu proteinleri kodlayan genlerdeki mutasyonlar A-beta amiloid metabolizmasını bozarlar ve hastalığın 60'lı yaşlardan önce başlamasına yol açarlar. Geç başlangıçlı AH olgularında saptanan genetik özelliklerden biri apolipoprotein E (APO E) gen (kromozom 19) mutasyonudur. APO E gen mutasyonu, diğer üçgen mutasyonu gibi hastalığın mutlak ortaya çıkmasına yol açmayıp, ortaya çıkma olasılığını artıran bir risk faktörü gibi davranmaktadır (Rocca ve ark., 1991; Mavioğlu, 2008; Selekler, 2010).

3.4. Damar Hastalıkları

Kolesterolün AH için potent bir risk faktörü olduğu yönündeki bilgiler biriktirmektedir. Mekanizma tam olarak bilinmemekle birlikte etki direk ya da indirekt yollarla

olabilir. Kolesterol, özellikle LDL tarafında taşınan kolesterol aterosklerozdan sorumludur. Hem vasküler risk faktörlerini artırarak hem de Aβ'nin oluşumu ve çökmesini artırarak etki ettiği düşünülmektedir. Hipertansiyon hastalığında ise özellikle orta yaşlarda olan yüksek kan basıncının ileri yaşlarda AH ortaya çıkma riskini arttırdığı kabul edilmektedir (Mavioğlu, 2008).

3.5. Kafa Travması ve Yaralanmalar

Daha önceden kafa travması geçirmiş bireyler Alzheimer hastalığı gelişmesi açısından risk altındadırlar (Akpınar, 2009). Kafa travması ile Alzheimer hastalığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların meta analizinde geçirilmiş kafa travmasının erkeklerde AH riskini anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır (Mavioğlu, 2008).

3.6. Kalp Hastalıkları

Miyokard infarktüsü, atrial fibrilasyon ve genel olarak kardiyovasküler hastalıkların demans ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmıştır (Mavioğlu, 2008; Akyar, 2011; Bulut ve ark., 2002). Özellikle ileri yaşlardaki kadınlarda kalp krizinin Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür (Topçuoğlu ve Selekler, 1998).

3.7. Eğitim Düzeyi Düşüklüğü

Eğitimsiz bireylerin eğitilmiş bireylere göre bilişsel yetersizlik oranlarının yüksek olduğunu ve risk faktörleri

arasında yer aldığını belirten çok sayıda literatüre rastlanmaktadır (Keskinoglu ve ark., 2006; Mavioğlu, 2008; Bulut ve ark., 2002) Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte sinaps sayısındaki artış, depolanan bilgi rezervinin yüksek olması ve beyin kan akımının eğitimlilerde daha yüksek olması gibi varsayımlar ileri sürülmektedir (Mavioğlu, 2008). Yine çocukluk ve gençlik döneminde beyin gelişimi üzerine eğitimin olumlu etkilerinin daha sonraki fonksiyonel kayıplar karşısında bir yedek kapasite oluşturduğu düşüncesi "yedek" teorisi olarak kabul edilir. Eğitimle beyinde şebekeler arasında farklı bağlantıların açıldığı, böylece kognitif fonksiyonların daha uzun süre korunduğu; bu nedenle eğitilmiş kişilerin testlerde daha başarılı sonuçlar aldıkları da öne sürülmektedir (Keskinoglu ve ark., 2006; Mavioğlu, 2008).

4. Demans Belirtileri

Demansın belirtileri üç ana kategoride sınıflandırılabilir:

1. Kognitif,
2. Davranışsal,
3. İşlevsel,

Demans, bu alanların sorgulanması ile alınır (Selekler, 2010) (Tablo 1).

Tablo 1. Demansta üç ana semptom kategorisinin sorgulanması.

Kognitif	Bellek	Yakın: yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar Uzak: ilköğretim öğretmeni, okuduğu okullar, evlilik, emeklilik tarihleri, vb.
	Dikkat	Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
	Dil	Kelime bulma, kendini ifade etme, anlama, okuma, yazma güçlükleri
	Görsel-mekansal işlevler	Yabancı/tanıdık mekanlarda dolaşabilme, kaybolma
	Yürütücü işlevler	Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
	Praksis	Alet kullanma, giyinme güçlükleri
	Gnosis	Nesneleri tanıma, mekanda birbirinden ayırma
Davranışsal	Kişilik değişiklikleri	Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
	Duygu durum bozuklukları	Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama.
	Algı bozuklukları	Görsel ve diğer halüsinasyonlar
	Düşünce bozuklukları	Hırsızlık, sadakatsizlik ve diğer türden hezeyanlar
İşlevsel	Dışarda günlük yaşam aktiviteleri	İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler
	Evde günlük yaşam aktiviteleri	Hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisi
	Kendine bakım	Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolü

5. Demans Tedavisi

Demansın kesin tedavisi yoktur ancak, belirtileri azaltacak, semptomatik bir tedavisi bulunmaktadır (Akpınar, 2009; Topçuoğlu ve Selekler, 1998). Alzheimer hastalığı tedavisinde amaç: bilişsel semptomlarda iyilik sağlamak, bilişsel semptomlarda iyilik olmazsa hastalık

seyrini durdurmak veya yavaşlatmaktır (Topçuoğlu ve Selekler, 1998).

Son yıllarda demans tedavisinde iki nörotransmitter önem kazanmıştır. Bunlardan biri asetilkolindir. Demans tedavisinde kullanımı onaylanmış dört kolinesteraz inhibitörleri vardır. Bunlar; tacrine, rivastigmin,

donepezil ve galantamindir. Bu ilaçların kognisyon, davranış ve fonksiyon üzerinde orta dereceli etkileri olduğu belirlenmiştir. Demans tedavisinde diğer hedef nörotransmitter glutamattır. Kognisyon ve fonksiyonlar üzerine plaseboya göre anlamlı düzeyde pozitif etkileri olduğu saptanmış ayrıca nöropsikiyatrik semptomları, özellikle ajitasyon, iritabilite, anormal motor davranış, yeme değişiklikleri üzerine yararlı etkileri bildirilmiştir (Akpınar, 2009; Mavioğlu, 2008; Topçuoğlu ve Selekler, 1998).

Demansın seyrinde, orta ve ileri evrelerde mood değişiklikleri ve/veya psikotik belirtiler gibi psikiyatrik sorunlar da sıklıkla baş gösterir. Bu durumlarda antidepresan ya da antipsikotik ilaçlardan yararlanılabilir. Bunlara ek olarak uyku ve davranışsal problemleri kontrol etmeye yönelik ilaçlar da tedavide yer almaktadır (Akpınar, 2009; Waldemar ve ark., 2007). Demansta tamamlayıcı ve alternatif tedaviler başlığı altında bitkisel tıp, aromaterapi, masaj, müzik tedavisi, akupunktur, diyet katkı maddeleri, melatonin, gün ışığı tedavisi gibi çeşitli uygulama ve ürünler sayılabilir. Bu uygulamalar ve ürünler hem fonksiyonları düzeltmek hem de davranışsal problemleri kontrol altına almak için önerilmektedir (Mavioğlu, 2008).

6. Demansta Hemşirelik Bakım Stratejileri

Demansta hemşirelik bakımının amacı; hastanın zihinsel fonksiyonlarının en üst düzeyde sürdürülmesi, fiziksel güvenliğin sağlanması, ajitasyon ve anksiyetenin azaltılması, iletişimin düzenlenmesi, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi ve bakım verenlerin desteklenmesinin sağlanmasıdır (Küçükgüçlü, 2003).

6.1. Hastanın Zihinsel Fonksiyonlarının Sürdürülmesi

Genel olarak zihinsel fonksiyonlarının sürdürülmesi için hemşirenin dikkat etmesi gerekenler şunlardır; hastanın çevresindeki belirsizliğin azaltılması ve ipuçlarının artırılması gerekmektedir. Günlük yaşam için düzenli bir plan yaparak hastanın uyumunun kolaylaştırmak, hastanın hatırlamasına ve oryantasyonuna yardımcı resimler, notlar, etiketler, ipuçları kullanmak, çevreyi gözlemlemesi için pencere kenarında oturmasını sağlamak, çevresel uyaranlar vermek gerekmektedir. Yine hemşire, günlük gazete, kitap okuması, sık sık aile albümlerine bakarak bilgi ve zihninin canlı tutulması, geçmiş günleri hatırlatacak eşyaları görebileceği yerlere koyarak, zihin çalıştırıcı etkinliklerde bulunmasını sağlayarak (bulmaca çözme, kitap okuma gibi) zihinsel fonksiyonları sürdürebilir (Çetinkaya, 2008; Akyar, 2001; Tiftik, 2012).

6.2. Fiziksel Güvenlik

Demans hastaları nesnelere ya da durumların zararlı olabileceğini düşünemedikleri için yaralanmalar yaşayabilirler. Kişisel güveliklerinde, hastalar sıkça amaçsız dolaşabilirler bu sebeple kaybolma olasılığına karşın hastanın üzerinde kimlik ve adres bilgilerinin bulunduğu bir kimlik bileziği bulunmalıdır. Hemşire

hastanın çevresinde güvenli bir ortam yaratmalı, düşmeyi önlemek için banyo ve tualete tutunma araçları yerleştirmelidir. Yerler kaygan bırakılmamalı, hastanın dengesini bozabilecek eşyalar ortadan kaldırılmalı, tehlikeli maddeler, ilaçlar ve delici-kesici aletler ortada bırakılmamalıdır.

Hastalığın son dönemlerinde hastalar epileptik nöbetler geçirebilirler. Hemşirenin nöbet için uygun önlemleri alması gerekmektedir (Küçükgüçlü, 2003; Yalçın, 2005).

6.3. Ajitasyon ve Anksiyetenin Azaltılması

Ajitasyon ve anksiyete durumlarında hemşire hastayla yumuşak ve sakin bir şekilde konuşmalı, gerektiğinde kendini geri çekmeli, olumlu değerlendirmelerde bulunmalı, hastaya iki olasılık arasında yönlendirilmiş seçim yapması, basit egzersiz önerileri getirmesi gerekmektedir. Ses yükseltme, saldırgan karşılık, görmemezlikten gelme, tartışma, baskılama, eleştirme, neden gösterme, utandırma, zorlama, güç kullanma kaçınılması gereken davranışlar arasındadır.

Hastanın yorgunluk ve ajitasyon belirtilerinin gözlenmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir. Bu hastada, anksiyete yaratan durumun durdurulması ya da ortadan kaldırılmasına olanak verir (Çetinkaya, 2008; Küçükgüçlü, 2003; Yalçın, 2005).

6.4. İletişimin Düzenlenmesi

Demans hastaları ile iletişim kurarken açık uçlu soruların kullanılmaması, soruların yalnızca evet-hayır ile cevaplanır nitelikte olması, iletişimin tek konuya odaklı, duyguların konuşulmaması gerekmektedir. Genel olarak iletişimde hemşirenin dikkat etmesi gerekenler; odaya girildiğinde ya da konuşmaya başladığında kendisini tanıtmak, açık, basit, yavaş konuşmak, tıbbi terminolojiden kaçınmak, bir süre içinde tek bir kavramı açıklamak, anlaması ve cevap verebilmesi için süre tanımak, normal ses tonuyla bağırılmadan konuşmak, adı ile varsa ünvanı ile hitap etmek, utandırmamak, doğru kelimeyi bulamıyorsa ne demek istediğini anlamaya çalışmak, savunmacı bir tutum sergilemek yerine altında yatan nedeni bulmaya çalışmak, güven vermek, sosyal ilişkilerini desteklemek, hastanın beden dilini gözlemlemek ve kendi beden dilini doğru kullanmak, dokunmayı kullanmak, iyi hatırladığı şeyleri konuşmaya cesaretlendirmek, günlük aktivite planı yapmaktır (Ünsal ve Onan, 2008; Akyar, 2011).

6.5. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Yerine Getirilmesinin Sağlanması

Hemşirenin demans hastasını beslenme, boşaltım, banyo, giyinme gibi öz bakımına yönelik günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeye yardım ve bağımsızlaştırmaya yönelik girişimleridir. Söz edilen bu günlük yaşam aktiviteleri konusunda hemşire hastayı yapabilecekleri konusunda cesaretlendirmeli ve yaptığı zaman olumlu geribildirimlerle desteklemelidir. Böylece, hasta mümkün olduğu kadar kendi yapabileceklerine odaklanır, sürdürür ve yetilerini kullanma becerisini kaybetmez. Hastanın yapamayacağı günlük yaşam aktivitelerini ise klinikte yatan hasta için hemşire

doğrudan kendisi yapar. Genel olarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde hemşirenin dikkat etmesi gerekenler; yemek saatlerinin rutin ve alışıla gelen içerikte olması, basit, besleyici, vitamin ve mineral açısından zengin seçimler yapılması, her bir yemeğin ayrı tabakta verilmesi, hastanın elle yemesi çatal bıçak kullanmasından daha güvenli olduğu için elle yemek isteyen hastaya izin verilmesi ve gıdaların ısı kontrol edilmelidir. İdrar ve gaita kaçırma demans hastaları için can sıkıcı bir durumdur. Bunun için hemşire; akşamları sıvı almasını sınırlamalı, tuvalet kapısına işaret koymalı ve akşamları aydınlatılmasını sağlamalı, belirli aralıklarla tuvalete gitmesini hatırlatmalı, tuvalete gitme ihtiyacını gösteren beden diline dikkat etmeli, düğmelerinin kolay açılabilir olmalarına dikkat etmeli, idrar kaçırma durumunda anlayışlı davranmalıdır. Hasta yıkanmaktan korkuyorsa hasta yatakta yıkanmalıdır. Hastanın giysileri basit, değiştirilmesi ve temizlenmesi kolay olmalıdır. Giysiler hep aynı yere bırakılmalı ve hasta çok sayıda seçenek arasından seçim yapmak zorunda kalmamalıdır (Kasuya ve ark., 2000; Küçükgüçlü, 2003; Yalçın, 2005; Taşdemir ve Öz, 2009; Küçükgüçlü ve ark., 2009; Tiftik, 2012).

6.6. Bakım Verenlerin Desteklenmesi

Demanslı yaşlıya bakım verme, bakım vereni sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik gibi bir çok yönden etkilemektedir (Kasuya ve ark., 2000; Küçükgüçlü ve ark., 2009; Akgün Şahin ve ark., 2009). Literatürde bakım verenler gizli hastalar olarak tanımlanmakta ve bakım veren ailelerin yaşadıkları stresle etkili bir biçimde baş edememelerinin sonucu ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (Wong, 2000; Laidlow ve ark., 2002; Boekhorst ve ark., 2008). Konuya ilişkin yapılan araştırma sonuçları, demanslı olan yaşlıya bakım verenlerin yüksek oranda bakım yükü ve psikolojik sıkıntı yaşadığı yine bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre depresyon ve diğer psikopatolojik hastalıklardan daha fazla etkilendiğini göstermektedir (Boekhorst ve ark., 2008; Au ve ark., 2010). Bu riskleri azaltmak için, hemşire; aile fertlerine yönelik hastalığın doğası, nedenleri, belirtileri, hastalığın ortaya çıkardığı sorunların yönetimi hakkında bilgi vererek, destek grupları oluşturarak destek sağlayabilir.

Kaynaklar

Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S. 2009. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 12: 1-9.

Akpınar B. 2009. "Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Akyar İ. 2011. Demanslı Hasta bakımı ve bakım Modelleri. Hacettepe Üniv Sağlık Bil Fak Hemşirelik Derg, 18(2): 79-88.

Au A, Li S, Lee K, Leung P, Pan PC, Thompson L, Gallagher-Thompson D. 2010. The coping with caregiving group program for Chinese caregivers of patients with alzheimer's disease in Hong Kong. Patient Educ Couns, 78: 256-260.

Bilgili N. 2000. Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Brauna M, Scholza U, Bailey B, et al. 2009. Dementia caregiving in spousal relationships: A dyadic perspective. Aging Ment Health, 13: 426-436.

Bulut S, Ekici İ, Polat A, Berilgen S, Gönen M, Dağ E, Demir CF. 2002. Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans prevalansı ve Demans alt grupları. Demans Derg, 2: 105-110.

Boekhorst S, Pot AM, Deplaa M, Smit D, Lange j. 2008. Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological distress of informal caregivers. Aging Ment Health, 12: 761-768.

Çetinkaya F. 2008. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Erkol G. 2005. Kognitif Bozukluklar ve Demans. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 42: 237-248.

Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor, M.N. 2003. Epidemiology and risk factors of dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 74: 1206-1209.

Kasuya RT, Polgar B, Takeuchi R. 2000. Caregiver burden and burnout. Postgrad Med, 108: 119-123.

Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakcıefe M, Bilgic N, Ucku R. 2006. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of İzmir Turkey. Arch Gerontol Geriatr, 43: 93-100.

Küçükgüçlü Ö. 2003. Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Demans Derg, 3: 86-92.

Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. 2009. Bakım verenlerin yükü envanteri'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. J Neurol Sci, 26: 60-73.

Laidlow T, Coverdal J, Fallon I, Kydd R. 2002. Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. Community Ment Health J, 38: 303-310.

Mavioğlu H. Alzheimer hastalığı. In: Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beğen T, Akman Ş, Ünal T, editör. Geriatri. Ankara: Fersa Matbaacılık; ss: 1021.

Özer S. 2010. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. Turkish J Geriatr, 13: 27-35.

Öztop H, Şener A, Güven S. 2008. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Derg, 1: 39-49.

Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR, Dartigues JF, Engedal K, Hagnell O, Heeren TJ, et al. 1991. The prevalence of vascular dementia in Europe: facts and fragments from 1980-1990 studies. EURODEM-Prevalence Research Group. Ann Neurol, 30(6): 817-824.

Selekler K. 2010. Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. Turkish J Geriatr, 13: 9-14.

Taşdemir YG, Öz F. 2009. Çağımızın güncel hastalığı Alzheimer: Destekleyici hemşirelik bakımı. Ege Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 25(2): 115-126.

Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. 2012. Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. Akademik Geriatri, 4: 1-11.

Topçuoğlu E, Selekler K. 1998. Alzheimer Hastalığı. Turkish J Geriatr, 1: 63-67.

Ünsal BG, Onan N. 2008. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 11(4): 105-111.

Uluoğlu C, Güney HZ. 2010. Demanslı yaşlı hastalar üzerinde yapılan ilaç araştırmaları. Turkish J Geriatr, 13(3): 61-69.

Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, Scheltens P, Tariska P, Winblad B. 2007. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. Eur J Neurol, 14(1): 1-26.

Wong D. 2000. Stres factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practices. British J Soc Work, 30: 365-382.

Yalçın E, Yalçın BM, Dikici FM, Şahin EM. 2005. Alzheimer hastasıyla yaşamak. Türk Aile Hek Derg, 9 (4): 167-173.