

**DERLEME**

**ALZHEİMER HASTASI VE AİLELERİ İLE İLETİŞİM\***

**Gül ÜNSAL BARLAS\*\***

**Nevin ONAN\*\*\***

Alınış Tarihi:13.06.2007

Kabul Tarihi:14.09.2007

**ÖZET**

*Alzheimer, yaşlılık ve öncesi en çok görülen bunama nedenlerinden biri olup genellikle sinsi başlayan, ilerleyici olan ve zihinsel işlevlerde, bellek, yargılama, algılama ve soyut düşünmede ağır yetersizliklerin söz konusu olduğu bir beyin hastalığıdır.*

*Hastalarda fiziksel sorunların yanı sıra, sıklıkla donukluk ve ilgi kaybı, dolaşma, oryantasyon bozukluğu, ilgi odağı olma isteği ve düşkünlük, öfke ve saldırganlık gibi davranış sorunları ile kişisel bakım, beslenme ve eliminasyon ile ilgili sorunlar görülür.*

*Alzheimer tanısı konmuş hastanın davranışlarında bozulma ve yaşamını tek başına sürdüremeyecek duruma gelmesi aile içi rollerde değişime neden olarak aile bireylerini olumsuz etkiler ve bu bağlamda hastanın aile desteğine gereksinimi vardır. Hastanın tanı, tedavi ve bakım giderleri aile için yük oluşturabilir. Aile bireylerinde kronik yorgunluk, öfke, çatışma, sosyal çevre kaybı ve depresyon gelişebilir. Hastanın ailede yarattığı bu sıkıntılar iyi bir hasta aile ilişkisi, sosyal ve ekonomik destek ve uygun başa çıkma yollarını kullanmakla azaltılabilir.*

*Bu makale, alzheimer hastası ve ailesi ile iletişim üzerine odaklanmaktadır.*

**Anahtar kelimeler:** Alzheimer hastası ve aile, hemşire, iletişim.

**ABSTRACT**

**Communication with Alzheimer Patients and Their Family**

*Alzheimer, responsible of the majority of dementia cases before and during old ages, is a progressive and mostly insidious brain disease, involving major deficiencies in mental functions, memory, reasoning, perception and abstract thinking.*

*Patients suffer from physical as well as behavioral disorders such as dullness and loss of interest, wandering, orientation problems, wish of being the focus of attention and dependence, anger and aggressive behaviors. Problems in self-care, nutrition and elimination are other disorders often seen with this patient population.*

*Behavioral disorders and dependence in sustaining life that patients with diagnosed Alzheimer consequently present result in changes in roles within the family. These changes have negative impact on family members, when the patient is in need of their support. Costs incurred by diagnostic procedures, treatment and care are other potential factors that create burden on family members. Besides, family members may develop chronic fatigue, anger, conflicts, loss of social environment and depression. These problems caused by the patients for family members may impair the means of using a good patient-family relationship, social and financial support and proper coping methods.*

*This article focuses on the communication among Alzheimer patients and members of their families.*

**Keywords:** Alzheimer patients and families, nurse, communication

**GİRİŞ**

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki pek çok gelişmeyle birlikte yaşam süresi uzamış, yaşlılık ve yaşlılıkta ortaya

çıkan sorunlar artmıştır. Gelişmiş ülkelerde yaşlılıkta en sık karşılaşılan

\* T.S.K. III üncü Ulusal / Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

\*\* M.Ü.HYO Psikiyatri Hemşireliği ABD (Öğr.Gör.Dr.)

\*\*\* M.Ü.HYO Psikiyatri Hemşireliği ABD (Araş.Gör.)

sorunlardan biri olan alzheimer, fazla görülmektedir (Aştı 1997, Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999). Alzheimer, yaşlılık ve öncesi en çok görülen bunama neden-lerinden biri olup genellikle sinsi başlayan, ilerleyici olan ve zihinsel işlevlerde, bellek, yargılama, algılama ve soyut düşünmede ağır yetersizliklerin söz konusu olduğu beynin birincil yozlaşma hastalığıdır (Öztürk 1994, Kum 1996, Bayraktar 1997, Gilleard 2000, Cassimjee et al. 2005).

Yaşamın herhangi bir döneminde geriye dönüşsüz olarak gelişebilmekte, başlangıçta kişilerde hafıza kaybı ve konfüzyon görülmektedir. Bu belirtiler büyük bir oranda kişilik değişikliklerine neden olur. Bunlara düşünme, karar verme ve dil becerileri gibi bilişsel yeteneklerde bozulma ve ciddi mental işlev kayıpları da eşlik edebilir. Sonuçta bilişsel işlevlerin tümü etkilenir ve hastalığın son evrelerinde temel motor beceriler bile kaybedilebilir (Bayraktar 1997, Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Gilleard 2000, NIH Publication 2005, Cassimjee et al. 2005, Cunningham and Archibald 2006).

Hastalık genellikle 60 yaşından sonra görülür, belirtilerin başlangıcıyla tanı arasında yaklaşık 3 ila 5 yıllık bir gecikme vardır. Bazı hastalarda hızlı bir ilerleme ve 3-5 yıl içinde ölüm gözlenebilirken, bazıları belirtilerin başlangıcından sonra 20 yıla kadar yaşayabilmektedir. Hastaların çoğunluğu tanıdan sonra yaklaşık 8-10 yıl yaşamaktadır (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Gilleard 2000, NIH Publication 2005).

Hastalarda sıklıkla donukluk ve ilgi kaybı, amaçsız dolaşma, yönelim bozukluğu, ilgi odağı olma isteği ve düşkünlük, öfke ve saldırganlık gibi davranış sorunları ile öz-bakım, beslenme ve eliminasyon ile ilgili sorunlar görülür (Öztürk 1994, Aştı 1997, Aştı 1998, Ertan 2002,).

Alzheimer hastalığında bakım hastalığın şiddetine göre değişir. Hastalık

gelişmekte olan ülkelerde giderek daha hafif ve orta şiddetli ise hastanın bağımsızlık ve özerklik sıkıntıları, sosyal ilişkilerden çekilme, günlük aktivitelerle ilgili yardım gereksinimi, güvenli çevre, anksiyete, korku, uyku bozukluğu ve depresyon hasta bakımında ele alınması gereken önemli konulardır. Hastalık ilerledikçe tedaviden çok bakım gereksinimi artar. Hastalık ağırlaştıkça bakım için başkalarına tam bağımlılık, aktivite kısıtlılığı olan hastalara özgü tıbbi sorunlar, ajitasyon, delüzyon, hastanın bir bakım kurumuna yatırılması, yaşam destek önlemleri gibi konular önem kazanmaktadır (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999).

#### **RİSK FAKTÖRLERİ**

Alzheimer riskini arttıran faktörler arasında; genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, yakınıni kaybetmekle ilgili acı dolu deneyimler, iş kaybı, sağlıksız yaşam şekli, mental kapasite, güç kaybı, fiziksel ve çevresel koşullar, meslek ve düşük sosyoekonomik durum yer alır (Holston and Schutte 2004, Machado 2005).

DSÖ, yaşam şeklini Alzheimer hastalığını ortaya çıkarıcı bir neden olarak göstermektedir. Bir çok çalışmada genetik risk faktörlerinin yanı sıra aynı ülkedeki farklı bölgeler veya şehirlerde yaşama durumunun hastalık sıklığını değiştirebileceği vurgulanmaktadır (Holston and Schutte 2004, Machado 2005).

#### **ALZHEİMER HASTALIĞI-NIN EVRELERİ**

Alzheimer üç farklı evrede görülebilir ve her bir evre bazı belirtilerle karakterizedir. Evrelerin belirli bir süresi yoktur, bir evreden diğerine uzun yıllar sonra geçilebilir.

**Evre 1:** Bu evredeki belirtiler hafiftir ve genellikle gözden kaçabilir.

- Bellek kaybı (genellikle yakın geçmişteki olaylara ilişkin)
- Tarihi hatırlamada güçlük,
- Bilinen mekanları tanıma güçlüğü,
- Karar verme güçlüğü,
- Kelime bulma güçlüğü

Bu ilk belirtiler kişide korku, utanma ve kedere neden olabilir.

**Evre 2:** Bu evrede günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini engelleyen belirtiler ortaya çıkmıştır.

- Bellek sorunları
- Öz-bakımın azalması
- Kaybolma
- Konuşma bozukluğunda artma
- Varsanılar

**Evre 3:** Tam bağımlılık evresidir. Bu evrede zihinsel bozukluklar belirgin fiziksel bozukluklarla birlikte görülmektedir.

- Yardım edildiği halde beslenmede güçlük
- Arkadaşları ve aile üyelerini tanımada güçlük
- Yürüme güçlükleri
- İdrar ve gaita kaçırma
- Belirgin düzeyde davranış bozukluklarıdır (Alzheimer Vakfı 2006).

Alzheimer hastalığında en sık görülen davranışsal bozukluğun apati olduğu belirtilmektedir. Apati; konuşma ve aktivitelere katılımda azalma, ilgi kaybı ve emosyonel kayıtsızlıkla karakterizedir (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Magnuson 1999).

Ajitasyon; sık görülen ve yeti yitimine yol açan belirtilerden biri olup, uygunsuz vokal ve motor aktivite, bağırma, küfretme, tedaviye direnç ve karşı gelme davranışları ile kendisini gösterir. Bu reaksiyonlar genellikle yetersizliğin fark edilmesi ile ilgilidir ve bakım vericilere oldukça sıkıntı verir (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Magnuson 1999).

Sanrılar ve varsanılar gibi psikotik belirtiler hastaların %25-50'sinde ortaya çıkar. Sanrılar çok çeşitli biçimlerde görülebilir, en sık görülenler ise ihanete uğrama ve eşyalarının çalınması ile ilgilidir. Varsanılar ise hem hasta hem de bakım vericiler için korkutucudur (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Magnuson 1999).

Hastalıkta bilişsel işlevler etkilendiği için hasta çevresiyle iletişim kurmada zorluklar yaşamaktadır. Bu nedenle hasta ve ailesi ile iletişim son derece önem kazanmaktadır (Magnuson 1999).

### HASTA İLE İLETİŞİM

Yaşlılarda iletişimi etkileyen birçok etken vardır. Yaşlılıkla birlikte gelişen fiziksel değişikliklerden dolayı; görme, işitme duyusunun kaybı, yaşının sosyal desteğinin azalması ve çevresindeki psikososyal değişiklikler iletişimde sorunlara neden olabilir. Birçok fiziksel değişiklik bilişsel yıkım olmamasına rağmen kişinin benlik kavramını, kendine güvenini ve iletişim yeteneğini etkiler. Bu nedenle bilişsel yıkımın yoğun olduğu alzheimer hastalarında ise iletişim en önemli sorunlardan birini oluşturur (Üstün ve ark.2005).

Hemşire alzheimer hastaları ile iletişim kurarken hastanın gösterdiği belirtiler ve davranışları dikkate almalıdır. Genel olarak iletişimde hemşirenin dikkat etmesi gerekenler şunlardır:

- Odaya girildiğinde ya da konuşmaya başlanıldığında kendisini tanıtmak,
- Açık, basit, yavaş konuşmak,
- Tıbbi terminolojiden kaçınmak,
- Bir süre içinde tek bir kavramı anlatmak,
- Anlaması ve cevap verebilmesi için süre tanımak,
- Normal ses tonuyla bağırmandan 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,
- İyi hatırladığı şeyleri konuşmaya cesaretlendirmek,
- Günlük aktivite planı yapmaktır (Aştı 1998, Üstün ve ark.2005).

Alzheimer hastalarında sosyal ilişkiler yalnızlığın ve kaygıların giderilmesinde önemlidir. Ayrıca etkileşim sıklığı kişinin kendinden ve yaşamından memnuniyeti ile doğrudan bağlı bulunmuştur. Bu nedenle hemşire, hastanın sosyal ilişkilerinin düzenlenmesinde ve desteklenmesinde rol almalıdır (Savaşır 1999).

Hastalarda boşlukta kaybolma hissin-den dolayı ortaya çıkabilecek agresif ve başıboş davranışlar gibi sorunlar hakkında konuşmak, daha çok dinlemek ve yazdırmak önemlidir. Açık ve basit bir dille konuşulmalı, hastaya karşı sabırlı olunmalı ve hasta zorlanmamalıdır. Bunun yanı sıra ajite ve saldırgan davranışları başlatan olayları belirleyerek ortadan kaldırmak da önemlidir (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Seman 2003).

Hastanın sanrı ve varsanıları olduğunda; ifadelerinin gerçekliği sorgulanmamalı, ses tonuna dikkat edilmeli, hastanın dikkati başka yöne çekilmeli, hastanın suçlayıcı ifadeleri kişiselleştirilmemeli ve kendinden emin konuşulmalıdır (Aştı 1998, Alzheimer Vakfı 2006).

Hastanın kişisel bakımı yapılırken mahremiyetine saygı göstermek ve beden dilini gözlemleyerek sözel olmayan mesajlara da dikkat etmek gereklidir. Hastalarda teknoloji ve tedaviden çok bakım verenin samimi ve içten yaklaşımı hastanın yaşamına olumlu anlamlar katar. Hastaların kabul edilmesi ve onaylanması etkili bir yaklaşımdır. Günlük aktivitelerde olumlu davranışları görmek ve onaylayarak pekiştirmek önemlidir. Hastanın uzun süreli bakımın-

da koşulsuz sevgi ve yakın ilişki büyük bir önem taşımaktadır (Seman 2003).

Alzheimer hastaları ile iletişim sürecinde çevresel faktörler de dikkate alınmalıdır. Anksiyetesini ve engellenmeleri arttırabileceğinden dolayı hasta odasına giriş çıkışlar çok hızlı olmalıdır. Çevrede gürültü, ses ve ışık gibi aşırı uyaranlar strese neden olacağı için azaltılmalıdır. Buldukları çevrede hastaların mümkün olduğunca güvenlik ve gizlilik gereksinimleri karşılanmalıdır (Seman 2003).

### **AİLE İLE İLETİŞİM**

Alzheimer hastalığı, gittikçe daha fazla sayıda insanı etkilemesi; kronik ve bağımlılıkla sonuçlanan bir hastalık olması nedeniyle hastalar kadar bakım veren kişiler için de zor bir süreç oluşturmaktadır. Bu süreçte aile üyeleri fiziksel, sosyal, emosyonel ve finansal problemlerle karşı karşıya kalır (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Farcnik and Persyko 2002, Croog et al. 2006) .

Alzheimer tanısı konmuş hastanın davranışlarında bozulma ve yaşamı tek başına sürdüremeyecek duruma gelme aile içi rollerde değişime neden olarak aile üyelerini olumsuz etkiler. Hastanın günlük yaşamını sürdürmesi için ailenin desteğine gereksinimi vardır. Hastanın bu durumu aile üyeleri için birincil stres kaynağıdır (Farcnik and Persyko 2002).

Hastanın sürekli bakıma gereksinim duyması aile üyelerinin sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesine, iş stresi ve ailesel sorunlara neden olabilir. Bu durum da bakım vericiler için ikincil bir stres kaynağıdır. Aile üyelerinde kronik yorgunluk, öfke, suçluluk, hastadan utanma, gelecek kaygısı, hasta için daha fazla düşünme, çatışma, sosyal çevre kaybı, kişisel zamanın sınırlanması ve depresyon gelişebilir (Öztürk 1994, Aştı 1997, Bayraktar 1997, Aştı 1998, Ertan 2002, Farcnik and Persyko 2002, Croog et al. 2006).

Ailenin bu sorunlarla başa çıkmasında en önemli anahtar iletişimdir.

Aile hastayı beden dilini dikkatlice gözlemleyerek ve dinleyerek anlayabilir. Sözel olmayan iletişim bakım verenlere birçok konuda bilgi verirken karşılıklı olup, hem hasta hem de bakım vericiler için duyarlılık gerektirir. Bu anlamda öncelikle bakım veren kendi beden dilinin farkında olmalıdır. Hasta ne kadar konfüze olursa olsun, verilen mesajları kısmen de olsa algılamaktadır (Seman 2003).

Sözel olmayan iletişimde diğer önemli bir faktör de dokunmadır. Hassas ve yumuşak bir dokunma önemlidir. Eğer hasta kendini tehdit altında hissediyorsa, dokunmayı yanlış algılayabilir ve böyle bir durumda dokunma tehdit edici olabilir (Seman 2003).

İletişim sürecinde bakım vericinin ses tonu önemlidir. Çok yüksek veya alçak olmayan, normal bir ses tonu ile konuşulmalıdır. Ses tonunun emredici olmaması, kabullenici ve güven verici olması iletişim sürecini olumlu etkilemektedir (Seman 2003).

Herhangi bir değişiklik hastayı rahatsız edip, konfüzyonu, anksiyete ve huzursuzluğu arttırabildiği için aileler, hastaya uygun, düzenli bir çevre oluşturma ve sürdürme konusunda bilinçlen-dirilmelidirler. Yataktan kalkma, yemek yeme, ilaçların alınması ve egzersiz gibi aktivitelerin her gün aynı saatte gerçekleşmesine olanak tanıyan sabit bir takvim oluşturmak, çevreyi hasta için tanıdık kılar. Evin içinde günlük iş saatlerinin ve yerlerinin, günlerin, mevsimin, hava durumunun ve aile fotoğraflarının asıldığı bir panodan oluşan yönelim köşesinin hazırlanması da hastaya yardımcı olabilir (Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999).

#### **HEMŞİRENİN AİLEYE DANIŞMANLIK SÜRECİNDE DİKKAT ETMESİ GEREKENLER**

Ülkemizde yaşlı bakımı aile içinde geleneksel yaklaşıma uygun olarak sürdürülen yaşamın bir parçasıdır. Önemli bir sağlık sorunu olmadıkça yaşlılara özel bir bakım söz konusu

olmaz. Sağlık sorunu olan yaşlıya bakım verme, sağlığını izleme ve iyileşmesine katkı sağlamak aile bireylerine farklı sorumluluk yüklemekte ve yaşamlarında ciddi bir değişim yaratmaktadır. Bu koşullardaki değişiklik "yaşam stresi" olarak değerlendirilebilir. Bu, literatürde "bakıcı stresi" olarak adlandırılmakta ve bakım verenlerin fizyolojik ve psikolojik zorlanmalarını tanımlamaktadır (Baltaş 2000).

Aile bireylerinde var olan bir sağlık sorunu aile dinamiklerini güçlü bir şekilde etkiler. Ailenin hasta ve hastalığa yönelik endişelerle başa çıkabilmesi, hastalığa uyum sağlayıp, gerekli davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için eğitim, rehberlik ve desteğe gereksinimi vardır (Aştı 1998, Taşocak ve Kaya 1998).

Bu çerçevede hemşirenin aileye yaklaşımında ele alması gereken birçok alan vardır. Bunların başında ailenin hastalık ve seyri hakkında bilgilendirmesi gelir. Bilgilendirme yapılırken tıbbi terminoloji kullanmamak ve ailenin sorularını açık ve anlaşılır bir şekilde yanıtlamak önemlidir. Hemşire hastalarda görülen davranışsal sorunlarla başa çıkmaları için ailelere, hastalara ev içinde basit görevler vermelerini, gündüz gezmelerini desteklemelerini ve ceplerinde daima adres ve telefonu gösteren kimliklerinin bulunmasına özen göstermelerini, gündüz uyumalarını engelleyip gece uykularını düzenlemelerini, ev içinde güvenli bir alan yaratmalarını, hastaya yeterince parası olduğuna dair güvence vermelerini ve yemeklerini aynı saat ve odada yemelerine dikkat etmelerini önermelidir.

Ayrıca hemşire ailelerin duygusal dışı vurumu sağlayarak stres ve anksiyeteye başa çıkmada kullanılan derin nefes egzersizi, progresif gevseme, olumlu düşünme, zaman düzenleme ve öfkeyle başa çıkma tekniklerini öğretmeli ve destek gruplarına yönlendirmelidir (Aştı 1998, Brodaty 1998, Öcal ve Kuzugüdenlioğlu 1999, Brodaty 1999,

Magnuson 1999, Farcnik and Persyko 2002, Alzheimer Vakfı 2006, Mittelman et al.2006).

Hemşirelerin hasta ve ailelerinin sorunlarını belirlemek ve bu sorunlara yönelik bilgilerinden yararlanarak bir bakım planı oluşturması önemlidir. Bu nedenle öncelikle hemşirelerin hastalık ve hasta/aileye yaklaşım hakkında eğitim almaları gerekli görülmektedir. Oluştur-

ulan bakım planı hem kendileri hem de hasta/aileleri için stres ve anksiyeteyi azaltmada önemlidir. Bilindiği gibi tüm kronik hastalıklarda iletişim, stresi azaltmada önemli bir araçtır. Bu göz önüne alındığında hemşirelerin iletişim konusunda bilgi ve becerilerini arttıracak uygulamalı eğitimlere katılması ve bu becerileri hasta ve kendi yararına kullanması sağlanmalıdır.

#### KAYNAKLAR

**Alzheimer Vakfı** (2006). Alzheimer Hastalığı Destek Seti. Alzheimer Vakfı Yayınları, İstanbul.

**Aştı N** (1998). Demanslının Evde Bakımı ve Aileler İçin Başa Çıkma Yolları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. M.Ü. Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul, 193-200.

**Aştı N** (1997). Demans ve Başa Çıkma Yolları El Kitabı. Özen Dizgi, İstanbul.

**Baltaş Z** (200). Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitabevi, İstanbul, 282-283.

**Bayraktar E** (1997). Deliryum, Demans, Amnestik ve Diğer Kognitif Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı (ed: C. Güleç, E. Köroğlu). Cilt I. Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 221-256.

**Brodaty H** (1998). Interventions with caregivers. Alzheimer Insights 4(4):4-6.

**Brodaty H** (1999). Interventions with caregivers. Alzheimer Insights Special Edition:8-10.

**Cassimjee N, Stuart AD, Marchetti-Mercer M** (2005). Non-cognitive disturbances and patient characteristics: prevalence and relationship in alzheimer's disease. South African Journal of Psychology 35(2):225-243.

**Croog SH, Burluson JA, Sudilovsky A et al.** (2006). Spouse caregivers of alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. Aging & Mental Health 10(2): 87-100.

**Cunningham C, Archibald C** (2006). Supporting people with dementia in acute hospital settings. Nursing Standard 20 (43):51-55.

**Ertan T** (2002). Yaşlılarda En Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Sorunlar ve Tedavi yaklaşım İlkeleri. Psikiyatrinin Birinci

Basamak Boyutu (ed: G. Özgen, T. Aker). 5US Yayınları, İstanbul.

**Farcnik K, Persyko MS** (2002). Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in alzheimer's disease. Drugs Aging 19 (3): 203-215.

**Gilleard CJ** (2000). Is alzheimer's disease preventable? A review of two decades of epidemiological research. Aging & Mental Health 4(2): 101- 118.

**Holston EC, Schutte DL** (2004). The clinical utility of genetic information in the care of persons with alzheimer's disease. Medsurg Nursing 13(6):415-419.

**Kum N** (1996). Organik Ruhsal Bozukluklar. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı (ed: N.Kum). Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:13. Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul, 67-81.

**Machado LMS** (2005). Progressive to acute social and psychosocial introversion features and behaviors toward alzheimer's process. Journal of World Health & Societal Politics 2(1):1-13.

**Magnuson S** (1999). Strategies to help students whose grandparents have Alzheimer's disease. Professional School Counseling 2(4):14-19.

**Mittelman MS, William EC, Olivio JMA et al.** (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with alzheimer disease. Neurology 67(9): 1592-1599.

**NIH Publication** (2005). Progressreport On Alzheimer's Disease 2004-2005. U.S. Department of Health and Human Services, NIH Publication Number: 05-5724.

**Öcal A, Kuzugüdenlioğlu D** (1999). Alzheimer Hastalığında Tanıdan Tedaviye. Türkiye Klinikleri Dergisi Eki Psikiyatri 1(1):1-14.

**Öztürk O** (1994). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 371-392.

**Savaşır I** (1999). Yaşlılık. Sağlık Psikolojisi. (Ed: Ülgen H. Okyayuz).Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19. Ankara, 201-219.

**Seman D** (2003). Listen with the ears of your heart. caring for people with alzheimer's disease involves much more than ADLs. Nursing Home Magazine September:34-37.

**Taşocak G, Kaya H** (1998). Aile eğitimi. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. M.Ü. Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. İstanbul, 239-242.

**Üstün B, Akgün E, Partlak N** (2005). Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir;53-157.