

ALZHEİMER HASTALARININ YAKINLARINDA BAKİMEVİ TERCİHİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

A. Yılmaz*, E. Turan**

ÖZET

Amaç; Bu çalışmanın amacı, Alzheimer hastalığı tanısı alan hastalara bakım veren yakınlarının bakımevi tercihlerini belirleyen faktörleri incelemektir. **Yöntem ve Gereçler;** Araştırmanın örneklemini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD geropsikiyatri polikliniğine başvuran ve diğer tanılar ekarte edilerek Alzheimer hastalığı tanısı konmuş bireyler ve onlara primer bakım veren yakınları arasından seçilmiştir. Hasta ve yakınlarının yapılandırılmış birer anket formu uygulanarak demografik verilerinin sorgulanmasının ardından, Alzheimer hastalarına Mini Mental Durum Değerlendirme (MMDD) Testi, Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (KPDÖ), Fiziksel Özbakım Ölçeği (FÖB) ve Geriatri Depresyon Ölçeği (GDÖ) uygulanırken, bakım verenlere ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MBI), Hamilton Anksiyete (HAÖ) ve

Depresyon Ölçeği (HDÖ) uygulanmıştır. **Bulgular;** Çalışmaya 44 hasta ve yakını alınmıştır. 44 bakım verenin 37'si (%84) hastalarının evde bakılmasını tercih ederken, 7'sinin tercihi bakımevleri (%16) olmuştur. Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının bakımevi tercihi ile hastaların kognitif durumları (MMDD), davranışsal ve psikolojik semptomları (KPDÖ), fiziksel özbakımları (FÖB), uyku düzeni ve bakımverenlerin Maslach duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişkili olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Alzheimer hastalarının depresyon puanları ve bakımverenin maslach duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçekleri, depresyon ve anksiyete puanları ile bakımevinin tercih edilmesi arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). **Tartışma;** Alzheimer hastalarına bakımveren yakınlarının bakımevi tercihlerini etkileyen faktörler arasında en çok kognitif fonksiyonlar, fiziksel özbakım, psikolojik ve davranışsal semptomlar, ayrı bir antite olarak uyku düzensizliği ve bakımverenin duygusal tükenmişliği dikkati çekmektedir. Bu faktörlerden özellikle psikolojik ve davranışsal semptomların ve uyku düzensizliğinin tedavi ile düzeltilebilir ve kontrol altına alınabilir faktörler olması önemlidir. Daha önce yapılan çalışmalarda, bu konu-

* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Bilim Dalı.

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

da yapılacak uygun müdahaleler ile bakımverenlerin bakımevlerini daha geç tercih ettikleri bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, bakım veren, bakımevi

Factors That Determine Nursing Home Preference Among Alzheimer Diseases' Relatives

SUMMARY

Aim; The aim of this study is to determine factors which predicate nursing home preference of the Alzheimer diseases' caregivers. **Material-Method;** Sample of the study has been elected from subjects who had Alzheimer disease diagnosis and their primary caregiver relatives, who referred to Ankara University School of Medicine Psychiatry Department, Geropsychiatry Polyclinic. After constructed questionnaire and demographic data were collected, Alzheimer patients were evaluated by using Mini Mental State Examination (MMSE), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Personal Self-Maintaining Scale (PSMS) and Geriatric Depression Scale (GDS), while caregivers were administrated Maslach Burn-Out Inventory (MBI), Hamilton Anxiety (HAS) and Hamilton Depression Scale (HDS). **Results;** 44 Alzheimer disease patients and their relatives were included in the study. 37 caregiver (84%) preferred nursing their patients at home and 7 (16%) caregiver preferred nursing homes. Caregivers of Alzheimer patients' preference of nursing home is significantly correlated with cognitive states (MMSE), behavioral and psychological symptoms (BPRS), personal self-maintaining (PSMS), sleep deprivation of patients and maslach emotional exhaustion subscale of caregivers ($p<0.05$). Not any significant relationship was observed between nursing home preference and patients' depression levels and caregivers' maslach depersonalization and personal accomplishment subscale scores and depression and anxiety levels

($p>0.05$). **Discussion;** Factors which predicate nursing home preference among caregivers, cognitive functions, personal self maintaining, psychological and behavioral symptoms, as a symptom sleep disorder, and emotional exhaustion of caregiver were the most saliency factors. Psychological and behavioral symptoms' and sleep deprivations' being amendable and manageable factors were important. In previous studies, it was signified that with appropriate interventions, caregivers would rather prefer nursing home later.

Key Words: Alzheimer disease, caregiver, nursing home

GİRİŞ

Dünyamızdaki nüfus giderek yaşlanmakta ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 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 bu rakamın %17.2'ye ulaşacağı öngörülmektedir (Şahin, Yalçın 2003). 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 (Güngen ve ark. 2002).

Artan yaşla birlikte ise Alzheimer hastalığı tanısı daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalık, beyinde belli bir süre içinde gelişen ve ilerleyerek devam eden etkilenmeler sonucu kognitif ve nonkognitif fonksiyonların bozulması ile seyreden klinik bir tablodur. Bu tabloda 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 çıkmaktadır (Billig 2000, Garity 2006, Mittelman ve ark. 2006, Mittelman ve ark. 2007). Zira, Alzheimer hastalığı ileri yaş bireylerde bakımevlerinin en sık kullanım nedenlerindedir (Balla ve ark. 2007, Yaffe ve ark. 2002). Yapılan

bir çalışmada Alzheimer tipi demansı olan bireylerin %90'ının ölümünden önce bakımevlerinde kaldıkları gösterilmiştir (Smith ve ark.2000). Bununla birlikte bakımevlerinin genellikle aileler tarafından diğer bütün alternatifler gözden geçirildikten sonra son tercih olduğunu söyleyen yazarlar da vardır (Brody ve ark. 1990). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin sadece %25'i bakımevini, %63.5'i evde bakımı tercih etmişlerdir (Kiyoy 1995). Yine de, dünyada, yaklaşık 8.9 milyon kişinin 50 yaş ve üzerinde Alzheimer ve diğer nedenlerle demansı olan hastalara bakım verdiği bilinen bir gerçektir (Gaugler ve ark. 2008).

Alzheimer hastalarına bakım veren primer bakım sorumlusu ise genellikle hastanın eşi, erişkin çocuklardan biri veya çoğu kez kızı ya da gelinidir (Fitting ve ark. 1986). Yazarlar, bakım verenin genelde bayanlar olduğunu, eş veya evin büyük kızının bu sorumluluğu aldığını bildirmiştir. Ayrıca kızların erkek çocuklara göre ebeveynlerini, kadınların ise erkeklere göre eşlerini daha geç dönemlerde bakımevlerine gönderdiklerini ve ilerleyen kognitif ve fiziksel yıkımlara daha dayanıklı olduklarını söylemişlerdir (Butler ve ark 1995, Grafström ve ark 1992, Mintzer ve ark 2000).

Bakımevi kararının alınması, sosyokültürel kompleks bir süreç olup, bu süreç hasta ve hasta yakınlarının özellikleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda bakımevlerinin tercih edilmesinde, hasta ile ilgili -demansın derecesi ve davranış problemleri gibi- faktörlerin önemli olduğu belirtilirken, bakımverenin sağlık durumu ve tükenmişliği gibi faktörlerin de önemine dikkat çekilmektedir (Yaffe ve ark. 2002). Pfeiffer, bakımevi tercihinin idrar ve gayta inkontinansı, kişinin kendi bakımını sürdürememesi, profesyonel bakıcının olmaması ve primer bakım verenin kendi sağlık durumu gibi kriterler tarafından belirlendiğini söylemiştir (Pfeifer 1995).

Bizim çalışmamızın amacı, Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının, bakımevi tercihlerini belirleyen faktörleri incelemektir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırmanın örneklemini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Geropsikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar ve yakınları arasından seçilmiştir. Denekler daha önce diğer tanılar ekarte edilerek Alzheimer hastalığı tanısı konmuş bireyler ve onlara primer bakım veren yakınlarıdır. Alzheimer hastalığı olan bireyler, tanıları, tam kan, biyokimya (karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitler), sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12 ve folik asit (varsa HIV markerları ve sifilize yönelik VDRL testi), bilgisayarlı tomografi (BT) / kranial MRI tetkikleri ile diğer tanılar dışlandıktan sonra DSM IV kriterleri esas alınarak konulmuş hastalardır. Hastaların nörolojik muayeneleri yapılmış ve fokal nörolojik bulguları olan hastalar çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmada fiziksel bakım gerektirecek derecede zorluk yaratan örn. geçirilmiş serebrovasküler olay hikayesi, osteoporozu sekonder kalça kırığı hikayesi, kanser gibi hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların poliklinik kayıtlarından telefon numaralarına ulaşılarak evlerine telefon edilmiş ve yakınları ile görüşülerek evde yapılacak değerlendirme planlanmıştır. Planlanan gün ve saatte hastanın ve primer bakım vereninin evde olacağı netleştirilerek ev ziyareti yapılmıştır. Yapılan ev ziyareti sırasında hastaların kognitif yetilerine göre kendilerine ve yakınlarına çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve ölçekler uygulanmıştır. Hasta ve yakınlarına araştırmacı tarafından düzenlenmiş yapılandırılmış bir anket formu uygulanarak demografik veriler sorgulanmıştır. Daha sonra hastalara sırasıyla ilkökul ve üzeri eğitimi olanlara standardize, daha düşük eğitim seviyesinde olanlara ise eğitimsizler için Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMDD), Geriatri Depresyon Ölçeği (GDÖ) (öz bildirime dayalı bir ölçek olduğu için hastalar arası fark olmaması açısından araştırmacı tarafından sorular tek tek yüksek sesle

okunarak uygulanmıştır), Kısa Psikiyatrik De-recelendirme Ölçeği (KPDÖ), Fiziksel Özbakım Ölçeği (FÖB), bakım verenlere ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ) uygulanmıştır.

Hastalara Geriatri Depresyon Ölçeği (GDÖ) uygulanırken ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacının tavsiyesi ile MMDD < 10 olan hastalara GDÖ uygulanmamıştır. Bu durum depresyon semptomları için hastanın kognitif yetilerinin bir miktar sürmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir. Toplam 14 hastaya MMDD'si < 10 olduğu için GDÖ uygulanamamıştır.

Geriatric Depresyon Ölçeği

Geriatric Depresyon Ölçeği (GDÖ), 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından oluşturulan yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir (Yesavage ve ark. 1983). Öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan bu ölçeğin hazırlanışındaki temel amaç, yanıtlanması kolay ve yaşlılara özgü olmasıdır. Bu nedenle başta uyku bozuklukları, cinsel fonksiyon bozukluğu, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik semptomlar olmak üzere yaşlı popülasyon için depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek semptomları hedef almayan, yanıtları sadece "evet" ya da "hayır" şeklinde olan sorulara yer verilmiştir (Sağduyu 1997).

Ölçeğin puanlanmasında her soruya depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Eşik değer 11 olarak alındığında ölçeğin sensitivitesi %85, spesivitesi %95 olarak hesaplanmıştır. Eşik değer 14 alındığında ise, sensitivite %80'e düşmekte, spesivite ise %100'e yükselmektedir. Bu nedenle puanın 0-11 arasında olması halinde depresyon olmadığı, 11-14 arası için olası depresyon, 14 ve yukarısı için ise kesin depresyon olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği toplumda yaşayanlarda, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda, bakımevlerinde yaşayanlarda ve ayak-

tan tedavi gören hastalarda değerlendirilmiş ve geçerli olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra medikal hastalık nedeni ile tedavi altında olanlarda ve demanslılarda da ölçek geçerli bulunmuştur (Sağduyu 1997).

Faktör yapısı açısından incelendiğinde değişik araştırmacılar tarafından farklı sonuçlar öne sürülmekle birlikte, ölçeği oluşturan araştırmacıların sonuçlarına göre çökkün duygudurum-karamsarlık (8, 6, 23, 13, 16, 18, 10, 25, 22 no'lu sorular), fiziksel ve mental enerji kaybı (29, 20, 21, 30, 26, 2 no'lu sorular), pozitif-mutlu duygudurum (15, 27, 9, 5, 7, 19 no'lu sorular), ajitasyon-huzursuzluk (24, 11, 4 no'lu sorular) ve sosyal geri çekilme (12, 28 no'lu sorular) olmak üzere 5 faktörlü bir yapıdan bahsedilmektedir.

Ölçeğin Türkçe şekli ise İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı tarafından oluşturulmuş ve 60 yaş üzerindeki popülasyonda geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısı Türk yaşlı toplumunda da incelenmiştir (Sağduyu 1997). Araştırmacılar demanslı hastalarda ileri dönemde depresyonu sorgulamanın zor ve anlamsız olabileceğini bildirmişlerdir. Maral ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastalara Mini Mental Durum Değerlendirme Testi uygulanmış ve testte 10 ve üzerinde puan alanlara Geriatric Depresyon Ölçeği uygulanmıştır (Maral 2001).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ölçek tükenmişlik alanında en çok kullanılan ölçme aracı olma niteliğini korumaktadır. Bu ölçek yapısal geçerlik yönünden pek çok araştırmada inceleme konusu olmuş ve kavramın tanımlanmasında yer alan 3 boyutun (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği) tükenmişliğin temel bileşenleri olduğu fikri desteklenmiştir. Bu üç boyut arasında en önemlisinin duygusal tükenme olduğu, diğerlerinin buna eşlik eden boyutlar olduğunu öne süren araştırmacılar vardır. MTÖ, genellikle tanı amacıyla kullanılan bir ölçek değildir. Ancak yine de bu alana duyulan yoğun ilgi, bazı

araştırmacıları bu ölçeği tanı amaçlı olarak kullanmaya yönelmektedir (Ergin 1996). Toplam 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişliği 3 boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenmişlik boyutunda 9 (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), kişisel başarı boyutunda 8 (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) ve duyarsızlaşma boyutunda ise 5 (5, 10, 11, 15, 22) madde yer almaktadır

Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Her 3 alt ölçekten alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması Ergin (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler hiçbir zaman 0, her zaman 4 puan olacak şekilde puanlanmaktadır (Ergin 1996). Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt ölçeklerinden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Buna rağmen "tükenme var" diyebilmek için verilen cevapların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için en az "çoğu zaman", kişisel başarı için en çok "çok nadir" şeklinde olabileceği ve dolayısıyla bir kesme puanının elde edilebileceğini söyleyen araştırmacılar vardır (Duygun 2001, Ergin 1996).

Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (KPDÖ)

KPDÖ, 1962 yılında Overall ve Gorham tarafından geliştirilmiştir. 1983 yılında Post tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Psikoz araştırmalarında özellikle ilaçların etkisini değerlendirmek için sık kullanılan bir ölçektir. KPDÖ'nün Türkçe çevirisinin güvenilirliğine ilişkin ön veriler ülkemizde klinikler arası tanı, semptom algısı farklılıklarının araştırıldığı Soykan (1992) tarafından yapılan çalışmada bildirilmiştir

Psikiyatrik semptomatolojinin belirlenmesinde kullanılan bu ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Her maddede semptom şiddetinin derecelendirildiği (1=yok, 7=çok şiddetli) bir

ölçektir. 18 maddenin toplamından oluşan toplam skor psikopatolojinin genel şiddeti hakkında bilgi verir. Ölçeğin kesme puanı yoktur, bu yüzden patoloji vardır ya da yoktur gibi bir kabul yapmak zordur. Bu ölçekte bazı maddeler görüşme sırasında "şimdi ve burada" gözlemlerine bakılarak, diğer maddeler ise son 72 saat gözönüne alınarak doldurulur (Aydemir ve ark 2000, Soykan 1992).

Ölçeğin 5 alt ölçeği vardır. Bunlar Anksiyete-Depresyon Alt Ölçeği (ANDP; 1, 2, 5, 9 no'lu sorulardan oluşur), Geri Çekilme-Yavaşlama Alt Ölçeği (Anergia=ANER; 3, 13, 16, 18 no'lu sorulardan oluşur) Düşünce Bozukluğu Alt Ölçeği (THOT; 4, 8, 12, 15 no'lu sorulardan oluşur), Aktivasyon Alt Ölçeği (ACTV; 6, 7, 17 no'lu sorulardan oluşur) ve Düşmanlık-Şüphencilik Alt Ölçeğidir (HOST; 10,11,14 no'lu sorulardan oluşur) (Czobor 1996, Street 2001).

Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMDD)

Folstein ve arkadaşları tarafından bilişsel yetersizlikleri değerlendirmek amacı ile geliştirilen bu ölçek klinik uygulamalarda ve araştırmalarda oldukça sık kullanılır. Çok iyi yapılandırıldığı için uzman olmayan kişiler tarafından bile uygulanabilir. En önemli avantajı, kısa sürede geçerli ve güvenilir bilgi vermesidir. Yapılan çalışmalarda puanlayıcılar arası ve test tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur (0.80'nin üstünde). WAIS ve Bilgisayarlı Tomografi sonuçları ile korelasyonun araştırıldığı geçerlik çalışmalarında olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Ölçeğin 19 maddesi, yönelim, bellek, ve dikkati araştıran sorularla, objeleri isimlendirme, sözel ve yazılı emirleri yerine getirme, bir cümle yazma ve karmaşık çokgenleri kopye etme gibi görevleri içerir. Bilişsel işlevleri değerlendiren diğer ölçeklerde olduğu gibi puanlar yaş ve eğitim düzeyinden etkilenir. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek bazı araştırmalarda kullanılmıştır. Testte alınabilecek puan 0-30 arasındadır. 24-30 arası normal, 20-23 arası hafif, 10-19 arası orta, 0-9 arası ağır kognitif yıkım olarak

değerlendirilir (Sorias 1998). Bugün için, klinik pratikte bilişsel bozuklukların saptanması, demansiyel sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde araştırma sahasında, toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan popüler bir test olma özelliğini sürdürmektedir. Molloy ve Standish, testte bir sorunun soruluş biçimi anlaşılmadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir cevabın ne olması gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneneceği gibi uygulamaya ait kuralları içeren bir "standardize uygulama kılavuzu" eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma göre "uygulayıcılar arası tutarlılık" (interrater reliability) gösterdiğini belirtmişlerdir (Güngen 2002).

Fiziksel Özbakım Ölçeği

Günlük hayattaki temel etkinlikler (ADL) kişinin kendine bakabilmesi için her gün sıkça yerine getirdiği bir grup ödevi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. ADL ölçekleri ağır yeti kayıplarını değerlendirmek için kullanılmakta olup özellikle yaşlı populasyonlarda uygulanır. En sık kullanılan ADL ölçütü, Katz ve ekibi tarafından geliştirilen indekstir (PSMS; FÖB). Bu ölçüt altı işlevin yer aldığı hiyerarşik bir cetvel kullanılması esasına dayanmaktadır. Bu altı işlev; tuvalet bakımı, beslenme, giyinme, özbakım, mobilasyon ve banyo yapma şeklinde sıralanmaktadır. Bu temel etkinlik ve beceriler, fiziksel işlevselliğin saf ölçütleridir. Çünkü tüm kültürler için geçerli olup, cinsiyetten bağımsızdırlar (Lawton 1969).

İstatistiksel Yöntemler

Ölçeklerden elde edilen puanlar, hasta ve bakım verenlerin değişkenleri göz önüne alınarak yapılan gruplamalar yönüyle karşılaştırıldı. Gruplar arası farkların analizi için Student t testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı ve p değeri 0.05' in altında bulunan farklar anlamlı kabul edildi.

Hasta ve bakım verenlere ait değişkenlerin birbirleriyle olan bağıntılarını ve aralarındaki

neden – sonuç ilişkilerini gözleyebilmek için Pearson korelasyon analizi' nden yararlanıldı. P değeri 0.05' in altında bulunan analiz sonuçları anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastalara İlişkin Demografik Veriler

Çalışmaya 44 hasta ve yakını alınmıştır. Bu hastaların 30'u kadın, 14'ü erkek; yaş ortalaması 77.82 ± 7.63 'dür. Hastaların eğitim seviyelerine bakıldığında okur-yazar olmayanların ve sadece okur-yazar olanların toplamı 11, ilköğretim mezunu olanlar 17, orta okul / lise mezunu olanlar 8 ve yüksek okul mezunu olanların sayısı 8'dir. Hastaların 23'ü evli, 21'i dul veya boşanmıştır. Çocuk sayılarının ortalaması 3.14 ± 1.36 'dır. 32 hastanın sağlık güvencesi Emekli Sandığı, 7'sinin Bağkur ve 5'inin de SSK'dır.

Hastalara tanı konmasından bu yana geçen ortalama süre 2.08 ± 1.93 iken, şikayetlerin toplam süresi 4.39 ± 2.72 'dir.

7 hastada Diabetes Mellitus (DM), 14 hastada ise Hipertansiyon (HT) vardır. Hastaların 23'ünde başka bir dahili hastalık varken, 21'inde Alzheimer dışında başka bir dahili problem yoktur.

Verilen ölçeklere göre ortalama MMDD puanı 13.11 ± 7.5 'dir. Hastaların 8'i hafif, 22'si orta, 14'ü ağır kognitif yıkım olarak değerlendirilmiştir.

Geriatri Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanı ortalaması 16.57 ± 6.17 'dir. Hastaların 14'üne MMDD puanları < 10 olduğu için GDÖ ölçeği uygulanmamıştır. Uygulanan hastaların; kesme puanı 14 esas alınarak yapılan değerlendirmesinde, 17'sinde depresyonun varlığı, 13'ünde ise depresyon olmadığı saptanmıştır.

Fiziksel Özbakım Ölçeğinin (FÖB) puan ortalaması 14.07 ± 7.39 'dur. Hastaların toplam KPDÖ puanlarının ortalaması ise 44.47 ± 12.58 'dir. Hastaların 30'unun bakım verenleri tarafından uykularının düzenli olduğu bildirilirken, 14 hastanın uykuları düzensizdir. Hasta-

lara ait demografik veriler tablo 1'de görülmektedir.

Bakım Verenlere İlişkin Demografik Veriler

Bakım verenlerin 35'i kadın, 9'u erkektir. Yakınlık derecelerine bakıldığında, 22'sinin hastanın kızı, 9'unun karısı, 6'sının kocası, 3'ünün oğlu, 3'ünün gelini ve 1'inin de kızkardeşi olduğu görülmektedir. Yaş ortalamaları 57.32 ± 13.79 'dur. Eğitim durumlarında bakım verenlerin 3'ü okur/yazar değil, 8'i ilkokul mezunu, 14'ü orta/lise mezunu, 19'u ise yüksek okul mezunudur. 33'ü evli, 6'sı bekar ve 5'i dul veya boşanmıştır. Ortalama çocuk sayısı 1.86 ± 1.30 'dur. Bakım verenlerin 16'sı evhanımı, 20'si emekli, 8'i ise halen çalışmaktadır. Gelir düzeylerini değerlendirmeleri istenen hasta yakınlarının 4'ü durumlarını "zor geçiniyoruz", 24'ü "idare ediyoruz", 16'sı ise "iyi geçiniyoruz" olarak ifade etmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı ortalama 3.48 ± 1.58 'dir. Sadece 2 bakımveren, evde bakıma muhtaç başka hasta olduğunu bildirmiştir. Bakım verenlerin hasta ile birlikte yaşadıkları zaman ortalama $28,67 \pm 3,33$ yıl olarak tesbit edilmiştir.

21 bakım veren kendisinde fiziksel bir hastalık olduğunu tariflerken (ülser, HT, v.b.), 23'ünde herhangi bir fiziksel hastalık yoktur. Bakım verenlerin 37'si hastalarının evde bakılmasını tercih ederken, 7'sinin tercihi bakım evleridir. 24'ü bakım verme sırasında herhangi bir yardım almadıklarını, 10'u aile üyelerinden, 10'u ise profesyonel bakıcıdan yardım aldıklarını bildirmişlerdir. Bakım verenlerden 23 tanesi hastalığın ailesel geçişi olabileceğini düşündüklerini bildirirken, 21'i hastalığın ailesel olmadığını düşünmektedir. 36 kişi tablonun bir "hastalık" olduğunu, 8 kişi ise "normal yaşlanma süreci" olduğunu düşünmektedir. Bakımverenlere ait demografik veriler Tablo 2'de görülmektedir.

Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının bakımevi tercihi ile hastaların kognitif durumları (MMDD), davranışsal ve psikolojik semptomları (KPDÖ), fiziksel özbakımları

(FÖB), uyku düzeni ve bakımverenlerin Maslach duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişkili olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Alzheimer hastalarının depresyon puanları ve bakımverenin maslach duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçekleri, depresyon ve anksiyete puanları ile bakımevinin tercih edilmesi arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Hastalığın süresi, bakımverenin cinsiyeti, bakımverenin hastaya yakınlığı ve ek fiziksel hastalık gibi parametreler ile bakımevi tercihi arasında ise anlamlı ilişki bizim çalışmamızda saptanmamıştır ($p < 0.05$).

Hastalara ait faktörler (Tablo 3), hastaların uyku düzeni (Tablo 4) ve bakımverenlere ait faktörler ile bakımevi tercihi arasındaki ilişkiler (Tablo 5) sırasıyla tablolarda özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının bakımevi tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bakımevi tercihi genellikle aileler tarafından diğer bütün alternatifler gözden geçirildikten sonra son tercihtir (Brody ve ark. 1990). Aile bireyleri çoğunlukla yakınlarını uzun süreli bir bakım merkezine vermeyi geciktirirler ya da reddederler. Özellikle kız çocukların ve eşlerin diğer bakım veren yakınlarla oranla bu fikri daha az benimsedikleri bildirilmiştir (Mintzer ve ark. 2000). Her ne kadar bakımevlerine hastalarını yerleştirmek fikri bakım verenler için son tercih ise de, yayınlarda bakımevi tercihinin, çocukların ailelerini terketmeleri ve sorumluluklarından kaçmaları olarak değerlendirilmemesi gerektiği, çocukların yakınlarını ziyaret ederek gerekli emosyonel ve sosyal desteği sağlamaya devam edebilecekleri söylenmiştir (Brody ve ark. 1990).

Bununla birlikte, literatürde bakımevi ve evde bakımı karşılaştıran çok sayıda çalışma vardır. Amerika'da yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin her ay düzenli olarak evde kontrolü ile bakımevlerinin kullanımının geciktirilmesi

Tablo 1: Hastalara ait demografik veriler.

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	30	68
Erkek	14	32
Eğitim		
Okur-Yazar / Değil	11	25
İlkokul	17	38
Orta Okul / Lise	8	18
Yüksek Okul	8	18
Medeni Durum		
Evli	23	52
Dul / Boşanmış	21	48
Sosyal Güvence		
SSK	5	11
Bağ-Kur	7	16
Emekli Sandığı	32	73
Ek Fiziksel Rahatsızlığı		
Var	23	52
Yok	21	48
Ek Fiziksel Rahatsızlıklar		
HT	14	67
DM	7	33
Uyku Düzeni		
Düzenli	30	68
Düzensiz	14	32
MMS		
Hafif	8	18
Orta	22	50
Ağır	14	32
GDÖ		
Depresyon Yok	13	30
Depresyon Var	17	38
Verilemedi	14	32

Tablo 2: Bakım verene ait demografik veriler.

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	35	80
Erkek	9	20
Eğitim		
Okur-Yazar / Değil	3	7
İlkokul	8	18
Orta Okul / Lise	14	32
Yüksek Okul	19	43
Medeni Durum		
Evli	33	75
Bekar	6	14
Dul / Boşanmış	5	11
Gelir Durumu		
Zor Geçiniyoruz	4	9
İdare Ediyoruz	24	55
İyi Geçiniyoruz	16	36
Fiziksel Rahatsızlığı		
Var	23	52
Yok	21	48
İş Durumu		
Ev Hanımı	16	36
Emekli	20	46
Çalışan	8	18
Bakım Vereninin Yakınlığı		
Karısı	9	20
Kocası	6	14
Kızı	22	50
Oğlu	3	7
Gelini	3	7
Kız Kardeşi	1	2
Bakım Yeri Neresi Olmalı?		
Evde	37	84
Bakım Evi	7	16
Başka Bir Yardımcı Var mı?		
Yok	24	54
Var	10	23
Bakıcı	10	23
Alzheimer Hastalığı Ailesel midir?		
Evet	23	52
Hayır	21	48
Hastalık mı, Yaşlılık mı?		
Hastalık	36	82
Yaşlılık	8	18

Tablo 3: Hastalara ait faktörler ile bakımevi tercihi arasındaki ilişki.

Hastalar	Evde bakımı tercih ederim	Bakımevini tercih ederim	P
MMDD	20.15±2.3	9.21±4.67	0.03
GDÖ	17.79±3.48	10.00±3.67	0.253
FÖB	11.03±4.32	25.57±4.87	0.03
KPDÖ	25.91±6.95	42.71±8.14	0.02

MMDD; Mini Mental Durum Değerlendirme, GDÖ; Geriatri Depresyon Ölçeği, FÖB; Fiziksel Özbakım Ölçeği, KPDÖ; Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği, p<0.05 (anlamlı)

Tablo 4: Hastaların uyku düzeni ile bakımevi tercihi arasındaki ilişki.

Hastalar	Evde bakımı tercih ederim	Bakımevini tercih ederim	P
Uyku düzenli	28	2	1.22
Uyku düzensiz	2	12	0.015

p<0.05 (anlamlı)

Tablo 5: Bakımverenlere ait faktörler ile bakımevi tercihi arasındaki ilişki.

Hastalar	Evde bakımı tercih ederim	Bakımevini tercih ederim	P
Maslach-DT	14.2703±7.128	23.2857±8.770	0.008
Maslach-Duyarsız	3.5405±2.921	5.0000±2.887	0.456
Maslach Kişisel Başarı	21.6216±5.489	17.2857±6.626	1.262
H-Dep	16.20±3.25	21.26±4.67	0.122
H-Anks	17.41±4.53	28.29±5.87	0.266

Maslach-DT; Duygusal Tükenme Alt Ölçeği, Maslach-Duyarsız; Duyarsızlaşma Alt Ölçeği, Maslach-Kişisel Başarı; Kişisel Başarı Alt Ölçeği, H-Dep; Hamilton Depresyon Ölçeği, H-Anks; Hamilton Anksiyete Ölçeği, p<0.05 (anlamlı)

sinin ülke ekonomisine belirgin katkısı olduğu bildirilmiştir (Butler 1995). Üstelik bu durumun sadece sağlık harcamalarını azaltmakla kalmayıp aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği de eklenmiştir (Michel ve ark 2001). Çalışmada, zenci, ispanyol, yalnız yaşayan, günlük yaşam aktivitelerinin 1 veya daha fazlasında yetersizliği olan, MMDD 20 ve altında olan, ve davranış problemleri olan hastalar ile, 65 yaş ve üstü, tükenmişlik bildiren bakımverenlerde bakımevi tercihinin arttığı gözlenmektedir. Aynı çalışmada, tükenmişliklerine yönelik gerek bireysel müdahalelerle, gerek aile görüşmeleri ile, gerekse telefonla yapılan aylık aramalar sonrası bakımverenlerin tükenmişliğinin azalması ile hastaların bakımevlerine yerleştirilme kararının %30'lara varan oranlarda ve ortalama 1 yıl ertelendiği bildirilmiştir (Hirono ve ark 2002, Yaffe ve ark 2002). Başka bir çalışmada ise, bakımevine gönderilen ve gönderilmeyen grup arasında, cinsiyet, eğitim durumu, hastalığın süresi ve şiddeti, kognitif bozukluklar, komorbid hastalıklar, davranış bozuklukları ve bakımverenin yaşı gibi faktörler anlamlı bulunmazken, bakımevi tercih edilen grupta hastaların daha yaşlı, fiziksel yetilerinin daha kötü ve bakımverenlerinin daha fazla stres bildirdiği belirtilmiştir (Mittelman ve ark 2006, Mittelman ve ark 2007).

Yapılan çalışmalar hasta ve bakımverene ilgili faktörlerin bakımevinin tercih edilmesini belirlediğini söylese de, yakınları bakımevinde ve evde kalan bireylerin prospektif olarak değerlendirildikleri bazı çalışmalarda, bakımverenlerin ruh sağlığı, stres semptomları ve fiziksel sağlıkları incelenmiş, arada anlamlı fark bulunmamıştır (Brody ve ark 1990). "Hastanın bakımevine gönderilmesinin bir önemi yoktur, çünkü bakım verme eylemi süren bir işlemdir (Almberg ve ark 1997)" şeklinde düşünen yazarlara katkı olarak primer bakım verenin hasta bakımevinde kalırken bile sorumluluğunu devam ettirdiğini söyleyen çalışmalar vardır (Brody ve ark 1990). Çalışmalar, bakımevi ve evde bakılan hastaların yakınlarında tükenmişlik açısından fark olmadığını, bakımevinin her ne

kadar fiziksel anlamda bir rahatlama sağlasa da bireylerin suçluluk ve yasını artırarak etki ettiğini göstermiştir, buna paralel olarak yakınlarını daha nadir gören bireyler hastalarındaki yeti yitimi daha net algılamakta ve bu durum onların üzüntüsü daha da artırabilmektedir (Grafström ve ark 1997, Harper ve ark 1990). Yine de, tersini söyleyen yazarlara katkı olarak, 103 bakım verenle yapılan bir çalışmada hastaların bakımevlerine gönderilmesinden sonra bakım verenlerin prospektif olarak takip edilmeleri sonucunda önceden bildirdikleri anksiyete, uykusuzluk oranlarında belirgin azalma olduğu ve bu azalmanın kızlarda daha belirgin olduğu gözlenmiştir (Matsuda 1997). Yapılan çalışmalar, sadece bakım evlerine hastaların gönderilmesinin bile tükenmişliği ve depresif semptomları azaltacağını bildirirse de, bu süreçte bakım verenlere yönelik başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi ve danışmanlık verilmesinin önemli olduğu bildirilmiştir (Gaugler ve ark. 2008).

Bizim çalışmamızda, 44 hasta ve yakını örneklem grubunu oluşturmuştur. 44 bakım verenin 37'si (%84) hastalarının evde bakılmasını tercih ederken, 7'sinin tercihi bakımevleri (%16) olmuştur. Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının bakımevi tercihi ile hastaların kognitif durumları (MMDD), davranışsal ve psikolojik semptomları (KPDÖ), fiziksel özbakımları (FÖB), uyku düzeni ve bakımverenlerin Maslach duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişkili olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bu durum literatürde bakımevini tercihini belirleyen faktörler ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte, Alzheimer hastalarının depresyon puanları ve bakımverenin Maslach Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Ölçekleri, depresyon ve anksiyete puanları ile bakımevinin tercih edilmesi arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum yakınların hastalara verdikleri bakım sırasında en çok Alzheimer hastaları ile ilgili faktörlerden etkilendikleri görüşünü desteklemektedir. Bu faktörlerden özellikle psikolojik ve davranışsal semptomların ve uyku düzensizliğinin tedavi ile düzeltilebilir ve kontrol altına alınabilir

faktörler olması önemlidir. Bu faktörlerin uygun farmakolojik ya da farmakolojik olmayan müdahaleler ile düzeltilmesi ile bakımverenlerin bakımevlerini daha geç dönemde tercih ettikleri bilinmektedir.

Hastalığın süresi, bakımverenin cinsiyeti, bakımverenin hastaya yakınlığı ve ek fiziksel hastalık gibi parametreler ile bakımevi tercihi arasında ise anlamlı ilişki bizim çalışmamızda saptanmamıştır ($p<0.05$). Yine de, ülkemizde, geleneksel bir bakış açısının devamı ile evde bakımı gereken bir hasta olması halinde bu

yükün genellikle bayanlar (kız, gelin, eş) tarafından üstlenilmesi ve diğer yakınlar tarafından yükün paylaşılmasındaki isteksizliğin bakımverenlerde sonunda tükenmişlik gibi duygulara neden olabileceği açıktır. Riskli olan grupları da göz önüne alarak bundan sonra bu alanda yapılacak çalışmaların kültürler arası, hastalığın davranış ve psikolojik semptomlarının değerlendirilmesi, bu semptomlarla bakımevi tercihinin ilişkilendirilmesi ve uzunlamasına çalışmalarla seyirlerinin topluma, çevreye, aileye ve bakım verenlere etkilerinin araştırılmasını kapsaması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Almberg B, Grafström M, Winblad B (1997) Major Strain and Coping Strategies As Reported by Family Members who Care for Aged Demented Relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 683-691.
- Aydemir Ö, Köroğlu E (ed) (2000) Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, 43-45.
- Balla S, Simoncini M, Giacometti I, Magnano A, Leotta D, Pernigotti LM.(2007) The Daily Center Care on Impact of Family Burden. *Arch Gerontol Geriatr. Suppl. 1*; 55–59.
- Barusch AS, Spaid WM (1989) Gender Differences in Caregiving: Why Do Wives Report Greater Burden?. *Gerontologist*, 29(5): 667-676.
- Billig N (2000) Üçüncü Bahar / Yaşlılık ve Bilgelik, 1. Basım, (Çev. Ed. Ç. Yazgan) Evrim Yayınevi, İstanbul, s.229-286.
- Brody EM, Dempsey NP, Pruchno RA (1990) Mental Health of Sons and Daughters of the Institutionalized Aged. *Gerontologist*, 30(2): 212-219.
- Butler RN, Collins KS, Meier DE ve ark (1995) Older Women's Health: Clinical Care in the Postmenopausal Years. *Geriatrics*, 50(6): 33-41.
- Czobor P, Volavka J (1996) Dimensions of the Brief Psychiatric Rating Scale: An Examination of Stability During Haloperidol Treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 37(3): 205-215.
- Duygun T (2001) Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ergin C (1996) Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. 3 P Dergisi, 4(1): 28-33.
- Fitting M, Rabins P, Lucas MJ ve ark (1986) Caregivers For Dementia Patients: A Comparison of Husbands and Wives. *Gerontologist*, 26(3): 248-252.
- Garity J (2006) Caring for A Family Member with Alzheimer's Disease: Coping with Caregiver Burden Post-Nursing Home Placement. *J Gerontol Nurs. Jun*;32(6):39-48.
- Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS (2008) Can Counseling and Support Reduce Burden and Depressive Symptoms in Caregivers of People with Alzheimer's Disease During the Transition to Institutionalization? Results from the New York University Caregiver Intervention Study. *J Am Geriatr Soc* 56:421–428.
- Grafström AB, Winblad B (1997) Caring for A Demented Elderly Person – Burden and Burn-out Among Caregiving Relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 109-116.
- Grafström M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B (1992) Health and Social Consequences for Relatives of Demented and Non-Demented Elderly A Population Based Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(8): 861-870.
- Güngen C, Ertan T, Eker E (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4): 273-281.
- Harper S, Lund DA (1990) Wives, Husbands and Daughters Caring for Institutionalized and Noninstitutionalized Dementia Patients: Toward A Model of Caregiver Burden. *Int'L. Journal of Aging and Human Development*, 30(4):241-262.
- Hirono N, Tsukamoto N, Inoue M, Moriwaki Y, Mori E (2002) Predictors of Long-Term Institutionalization in Patients with Alzheimer's Disease: Role of Caregiver Burden. *No To Shinkei. Sep*;54(9):812-8.
- Kiyo SKD (1995) A Study on Health and Caregiving Status of the Elderly Over Age 75 Living in Urban Tokyo-Social Services and Caregiving For the Bedridden and Senile Elderly. 21: 14-24.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of Older People, Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9: 176-186.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA (2001) Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4): 251-259.
- Matsuda O, Hasebe N, İkehara K, Futatsuya M, Akahane N (1997) Longitudinal Study of the Mental Health of Caregivers Caring for Elderly Patients with Dementia: Effect of Institutional Placement on Mental

Health. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 51: 289-293.

Mintzer JE, Mirski FD, Hoering KS (2000) Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: A Practicing Psychiatrist's Viewpoint. Dialogues in clinical neuroscience, 2(2): 139-155.

Michel JP, Zekry D, Mulligan R, Giacobini E, Gold G (2001) Economic Considerations of Alzheimer's Disease and Related Disorders. Aging (Milano). 13:255- 260.

Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ et al (2006) Improving Caregiver Well-Being Delays Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease. Neurology. Nov 14; 67(9): 1592-9.

Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ et al (2007) Preserving Health of Alzheimer Caregivers: Impact of A Spouse Caregiver Intervention. Am J Geriatr Psychiatry. Sep; 15(9): 780-9.

Noji A, Iado S, Murashima S ve ark (1995) A Study on Health and Caregiving Status of the Elderly Over Age 75 Living in Urban Tokyo-Social Services and Caregiving for the Bedridden and Senile Elderly. Seiroka Kango Daigaku Kiyo, 21:14-24.

Pfeifer E (1995) Institutional Placement for Patients with Alzheimer's Disease. How to Help Families with A Difficult Decision. Postgrad Med, 97(1): 125-126.

Sağduyu A (1997) Türkçe Geriatrik Depresyon Ölçeği. 8(1).

Smith GE, Kokmen E, O'Brien PC (2000) Risk Factors for Nursing Home Placement in A Population-Based Dementia Cohort. J Am Geriatr Soc. 48:519-525.

Sorias O (1998) Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1.Cilt: 81-93.

Soykan A (1992) Şizofreni ve Şizoafektif Bozukluklarda Akut ve İzleme Dönemi Anti-psikotik Tedaviye Yanıtın Değerlendirilmesi: Negatif ve Pozitif belirtiler. Uzmanlık Tezi, Ankara.

Street JS, Clark WS, Kadam DL, Mitan SJ, Juliar BE, Feldman PD, Breier A (2001) Long-Term Efficacy of Olanzapine in the Control of Psychotic and Behavioral Symptoms in Nursing Home Patients with Alzheimer's Dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16: 562-570.

Şahin EM, Yalçın BM (2003) Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. Geriatri, 6(1): 10-13.

Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, Covinsky KE (2002) Patient and Caregiver Characteristics and Nursing Home Placement in Patients With Dementia JAMA. 287: 2090-2097.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO (1982) Development and Validation of A Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. J Psychiatr Res. 17(1): 37-49.