

¹ Aylin YAMAN

² Ramazan VURAL

³ Hakan YAMAN

AİLE HEKİMLERİNİN DEMANS YÖNETİMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Options about Dementia Management of Family Physicians

ÖZET

Amaç: Demans önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya aday, bağımlılık yapan ve engelli bırakan kronik bir hastalıktır. Konu interdisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan aile hekimlerinin bilişsel sorunu olan ve demans tanısı ile takip edilen hastaların yönetimleri ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Antalya'da görev yapan 22 aile hekimi katılmış, Üç bölümden oluşan 26 soruluk anket uygulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistik ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan aile hekimlerinin görüşleri şu şekildedir: (M=medyan) “bilişsel sorunlara tanı koymada kendimi yeterli hissederim” (M=3), “demansın tedavisini düzenlerim” (M=4), “demansın davranış sorunlarını yönetirim” (M=3), “demansın yönetiminde ilgili branş uzmanları ile işbirliği yaparım” (M=2), “demansın farmakolojik olmayan yönetimini sağlarım” (M=2,5), “demansa yönelik tıp dışı hizmetlere hastaları yönlendiririm” (M=3), “ileri talimatlar konusunda yönlendiririm” (M=2), “yatağa bağımlı demanslı hastaları evde sağlık hizmeti almaları için yönlendiririm” (M=2), “demans hastasına bakan yakınları ile ilgilenirim” (M=2), “aile hekimlerinin demansın erken tanısında önemli katkıları bulunur” (M=2) ve “aile hekimlerinin demans yönetiminde önemli katkıları bulunur” (M=2). Bilişsel sorun ön tanısı koydukları hastaları nörolog 8 (%36.4), psikiyatrist 1 (%4.5) ve uzmanlara 13 (%59.1) yönlendirmişlerdir. Evde bakım, grup etkinlikleri ve aile desteği 3 (%13.5) gibi demansa yönelik tıp dışı faaliyetlerden haberdardır. Demanslı hastalara bakımverenlerin sağlık sorunları arasında depresyon 11 (%50), anksiyete bozuklukları 7 (%31.8) ve kronik yorgunluğun 1 (%4.5) görüldüğünü bildirmişlerdir.

Sonuç: Bu ön çalışmada katılımcıların kendilerini demansın tanısını koymada, tedavisinin düzenlenmesinde ve yönetiminde yeterli hissetmedikleri anlaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, demans, demans yönetimi.

ABSTRACT

Objective: Dementia is poised to become a major public health problem and it is addictive, disabled leaving chronic disease. It requires interdisciplinary approach. In this study it is aimed to evaluate the opinions of family physicians working at Family Health Centers, about the management of the patients diagnosed with dementia and having cognitive problems.

Material and Method: Twenty two family physicians working in Antalya participated to the study. A 26 question survey consisting of three parts was administered. Opinions were evaluated with style five-point Likert response scale. The data are analyzed with descriptive statistics.

Results: The options of family physicians participating in the study are as follows. (M: Medyan) “I feel myself adequate to diagnose cognitive problems” (M=3) “I regulate the treatment of dementia” (M=4), “I manage the dementia behavior problems” (M=3) “I cooperated with branch expertise on the management of dementia” (M=2), “I direct bedridden dementia patients to take home health care” (M=2), “I care with relatives of dementia patients” (M=2), “family physicians have important contributions in the early diagnosis ” (M=2), and “family physicians have contributions in management ” (M=2). They directed the patients with preliminary diagnosis of cognitive problems to neurologist 8 patients (36.4%), to psychiatrists 1 (4.5%) and other experts 13 (59.1%). Health problems among caregivers of patients with dementia, depression 11 (50%), anxiety disorders 7 (31.8%) and chronic fatigue 1 (4.5%) have reported.

Conclusion: This preliminary study suggests that the participants do not feel themselves adequate in the regulation of the diagnosis and treatment of dementia.

Key words: Family medicine, dementia, dementia management.

GİRİŞ

Demans önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya aday bir sağlık sorunudur. Prevalansının giderek artması beklenmektedir. Prevalansının 65-69 yaşları arasında %1 ve 90 yaş ve üstünde %29

¹ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

² Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

³ Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Submitted/Başvuru tarihi:

12.01.2016

Accepted/Kabul tarihi:

31.05.2016

Registration/Kayıt no:

16.01.435

Corresponding Address / Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Hakan YAMAN

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Akdeniz Üniversitesi Dumlupınar Bulvarı, 07058 Kampüs, Antalya

E-posta:

hakanyaman@akdeniz.edu.tr

© 2016 Düzce Medical Journal

e-ISSN 1307- 671X

www.tipdergi.duzce.edu.tr

duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

olduğu tahmin edilmektedir (1). Tüm demans olgularının üçte ikine yakını ise Alzheimer tip demans hastaları oluşturmaktadır (1,2). Demansın alt tipi ne olursa olsun, demans bağımlılık yapan ve engelli bırakan kronik bir hastalıktır. Küratif bir tedavisinin olmaması, hastalığın tanısındaki önemini azaltmış ve hastalığa yapılacak erken müdahaleye mani olmuştur. Halbuki demansın önlenilebileceğine dair bilimsel kanıtlar giderek artmaktadır ve bu çerçevede erken tanıya olan ilgi de çoğalmaktadır (3).

Aile hekimleri dahil olmak üzere, hekimlerden, demans tanısı konduktan sonra düzenli takipler yapmaları beklenmektedir. Takiplerin sistematik olarak yapılması öngörülmektedir. Buna göre eşlik eden durum ve komplikasyonların tespiti ve yönetilmesi; bilişsel, duygusal ve davranış yakınmalarının tespit edilmesi; tedavi endikasyonlarının ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesi; bakım verenlerin yük ve gereksinimlerinin değerlendirilmesi; bakım ve destek kaynaklarının incelenmesi gibi tedbirlerin alınması beklenmektedir (1).

Pratikte ise, aile hekimleri hastalarına ilişkin bilişsel sorunları değerlendirirken bu sorunla ilgili bilgi birikimlerine ya da tutumlarına bağlı kalmaktadırlar (4). Mevcut rehberlerin çoğu demansın tanısı ve yönetimi ile ilgili yönlendirmelerde bulunsalar da aile hekimlerine yönelik hazırlanmış rehberlerin sayıca azlığı dikkat çekicidir. Bu tarz rehberlerin varlığı da yeterli olmamaktadır. Hekimler tarafından kabul görüp, çalışma yaşantısına kazandırılmaları da önem arz etmektedir. Bu koşulların belirli ölçüde yerinde getirilmeleri olasılıkla demans gibi kronik sorunların tanısında ve yönetiminde yardımcı olacaktır. Aile hekimliğinde demans tanısı konulsa dahi, demans bakımının niteliğinin yeterli olamayacağına ilişkin kanaatler mevcuttur. Hastalığın yönetiminde özellikle demansa yönelik tedavilerin başlanmasında, davranış sorunlarının yönetiminde, uygun psikoaktif ilaç kullanımında, güvenlik tedbirlerinde, bakımveren stresinin yönetiminde, bakımın koordinasyonunda ve aile ve hastaya destek vermede zorluklar yaşanır. Demans yönetimi ile ilgili yaşanacak olan eksiklikler hastaların daha fazla hospitalize edilmelerine ve daha fazla komplikasyona maruz kalmalarına neden olacaktır (5).

Demansın yönetimi interdisipliner bir yaklaşım ile ele alınmalıdır. Bu çalışmanın içerisinde psikiyatrist, nörologlar kadar aile hekimleri de yer almalıydılar (1).

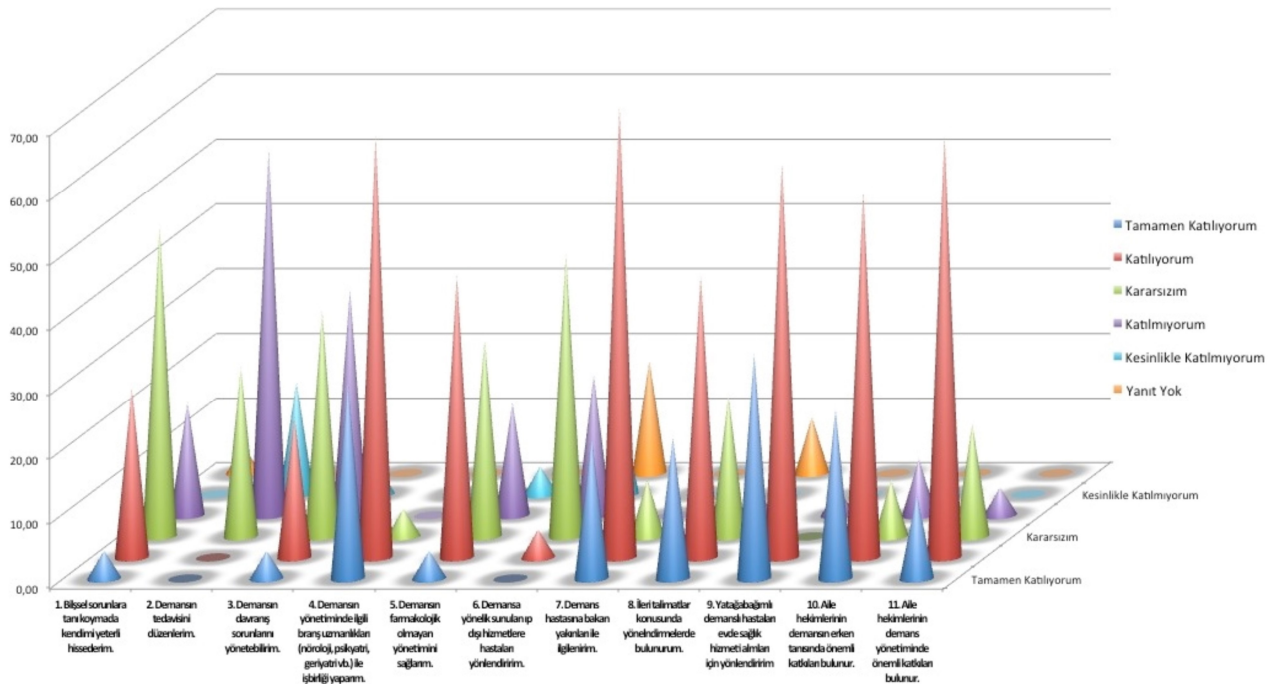
Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin bilişsel sorunu olan ve demans tanısı ile takip edilen hastaların yönetimleri ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Antalya'da görev yapan 22 aile hekimi dahil edilmiştir. Merkez ilçelerden olduğu kadar Alanya ve Manavgat gibi diğer ilçelerden de katılım olmuştur. Kendilerine 26 soruluk anket uygulanmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişisel bilgiler (4 soru), ikinci bölümde mesleki ve çalıştıkları ortam ile ilgili bilgiler (8 soru) ve üçüncü bölümde kognitif sorunların ve demansın yönetimi ile ilgili görüşleri (14 soru; 3 açık uçlu ve 11 kapalı uçlu) sorgulanmaktadır. Görüşler, beşli likert ölçeği tarzında yanıtlarla değerlendirilmiştir (tamamen katılıyorum (5 puan)-hiç katılmıyorum (1 puan) ve cevap yok). Veriler tanımlayıcı istatistik ile değerlendirilmiştir. Görüşlere ilişkin maddelerin (11 madde) iç tutarlığı Cronbach alfa=0.71 (yanıt/sız/yanıt yok maddeleri çıkarıldıktan sonra) bulunmuştur.

BULGULAR

Katılımcıların yaşları 46.65 ± 4.13 (min-maks=35-52), %59.09 (n=13)'i kadın ve %40.91'i (n=9) erkekti. %96'sı (n=21) evli ve %4'ü (n=1) dul/eşinden ayrılmıştı. Mesleki deneyimleri 22.5 ± 4.45 (min-maks=11-27) yıldır ve aile hekimi olarak mesleki deneyimleri 4.3 ± 0.83 (min-maks=3-7) yıldır ve kendilerine bağlı nüfus 3828 ± 420.31 (min-maks=2880-4300) ve 65 yaş ve üstü nüfus 336 ± 161.23 (min-maks=126-700) olarak belirlendi. Son bir ayda 1.8 ± 2.09 (min-maks=0-6) bilişsel sorunu olan hastaya öntanı ve son bir yıldır 16.8 ± 8.5 (min-maks=0-60) bilişsel sorunu olan hastaya öntanı koymuş ve son bir ay içerisinde 9.6 ± 12.6 (min-maks=0-50) demans tanısı ile takip edilen hastanın muayenesi ya da işlemlerini yerine getirdiklerini beyan etmişlerdir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin demans yönetimi ile ilgili görüşleri Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1: Aile Hekimlerinin Demans Yönetimi ile ilgili Görüşleri

Katılımcılar “bilişsel sorunlara tanı koymada kendimi yeterli hissedirim” (medyan=3; min-maks=1-4;n=21); “demansın tedavisini düzenlerim” (medyan=4; min-maks 5;n=22); “demansın davranış sorunlarını yönetirim” (medyan=3; min-maks=1-5;n=22); “demansın yönetiminde ilgili branş uzmanlıkları (nöroloji, psikiyatri,geriyatri) ile işbirliği yaparım” (medyan=2; min-maks=1-3;n=21); “demansın farmakolojik olmayan yönetimini sağlarım” (medyan=2,5; min-maks=1-5;n=22); “demansa yönelik sunulan tıp dışı hizmetlere hastaları yönlendiririm” (medyan=3; min-maks=2-5;n=18); “ileri talimatlar konusunda yönlendirmelerde bulunurum” (medyan=2; min-maks=1-4;n=20); “yatağa bağımlı demanslı hastaları evde sağlık hizmeti almaları için yönlendiririm” (medyan=2; min-maks=1-4;n=22); “demans hastasına bakan yakınları ile ilgilenirim” (medyan=2; min-maks=1-3;n=23); “aile hekimlerinin demansın erken tanısında önemli katkıları bulunur” (medyan=2; min-maks=1-4;n=22) ve “aile hekimlerinin demans yönetiminde önemli katkıları bulunur” (medyan=2; min-maks=1-4;n=22) konularında görüş bildirmişlerdir (1= Tamamen Katılıyorum-5=Hiç Katılmıyorum).

Bilişsel sorun öntanısı koydukları hastaları ise nöroloji uzmanına (n=8; %36.4), psikiyatri uzmanına (n=1; %4.5) ve uzmanlara (n=13, %59.1) (devlet hastanesi, 2. ve 3. basamak hastanelerinde çalışan) yönlendirdikleri yönünde ifadelerle yer verilmiştir.

Çalıştıkları bölgede evde bakım, grup etkinlikleri ve aile desteği (n=3; %13.5) gibi demansa yönelik tıp dışı faaliyetler konusunda haberdar olduklarını beyan etmişlerdir.

Demansı olan hastalara bakımverenlerin sağlık sorunları arasında depresyon (n=11;%50), anksiyete bozuklukları (n=7; %31.8) ve kronik yorgunluğun (n=1; %4.5) görüldüğünü bildirmişlerdir.

TARTIŞMA

Katılımcılar tanı koymada ve tedavinin düzenlenmesinde kendilerini yeterli hissetmeleri konusunda kararsızlıklar yaşamakla birlikte, diğer branş uzmanları ile işbirliğine açık olduklarını ifade etmişlerdir. Davranış sorunlarının yönetiminde ve tıp dışı hizmetlere yönlendirme konusunda tereddütlü olmakla birlikte farmakolojik olmayan tedavilerde, bakım verenlerin desteklenmeleri, ileri talimatlar verme konusunda hevesli oldukları anlaşılmıştır. Aile hekimlerinin kendilerinin demansın erken tanısı ve demansın yönetimine önemli katkıları olabileceği inancında oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışma aile hekimlerinin bilişsel sorunların ve demansın yönetiminde katkı sağlamakta istekli olduklarını ve bu alanda işbirliğinin geliştirilmeye uygun olduğunu göstermektedir.

Aile sağlığı merkezleri toplumda ilk temas noktası olarak görev yapmaktadırlar. Kendilerine gelen birçok sağlık sorununu yönetebilmektedirler. Ancak aile hekimleri demansı kompleks tıbbi, sosyal ve davranışsal yapısıyla yönetmekte zorluk çekmektedirler. Zorluğa zaman baskısı, ekibin sayıca yetersizliği, uzmana erişim zorluğu, ücretlendirmelerde eksiklikler ve toplumda medikal olmayan destek hizmetleri ile bağlantıların yetersizliğinin neden olduğu ifade edilmektedir (6). Buna benzer sorunları aile hekimliği uygulaması bağlamında da ifade etmek mümkündür.

Toplumda bulunan destek hizmetlerinin az sayıda ve gelişmiş olmaması, sağlık hizmetlerinin bu hususta yeterince entegre olmaması ve bakımı koordine edecek bir birimin toplum içinde olmamasını bariyerler arasında saymak mümkündür. Buna yönelik bir model olarak “Yaşlı Dostu Koordinasyon Merkezi” daha önceki çalışmalarda önerilmiştir (7,8). Bu sorunu sadece eğitim vererek aşmak olası görünmemektedir. Aile hekimlerinin çalışma şartlarında yapılacak iyileştirmeler ve sağlık hizmetlerinin organizasyonunun geliştirilmesi son derece önemlidir (9,10). Bu göreve ilişkin alt yapı sorunlarının yanı sıra hekimin tarama ve

tedavide bulunabilmek için bilgi ve beceri eksikliklerinin varlığının demansın tanısında gecikmelere ve gözden kaçırılmaya neden olduğu ve dolayısıyla tedaviye ilişkin kaçırılmış fırsatlara neden olabileceği bildirilmektedir (6). Katılımcılarımız tanı koymada yeterlilikler konusunda kararsız iken, tedaviyi düzenleyebileceklerine ilişkin görüşe katılmamaktadırlar. En önemli sorunlardan birisi ise hekimlerin toplumda sunulan hizmetlerle ilgili bilgi sahibi olmamaları olarak ifade edilmektedir (11). Bizim çalışmamızda ise hastaları, demansa yönelik sunulan tıp dışı hizmetlere yönlendirebilecekleri konusunda kararsız oldukları dikkat çekmektedir. Bu kararsızlığın biraz da olanaklarının elverişsiz olmasından kaynaklandığını düşünmek mümkündür.

Stewart ve ark.’nın çalışmasına göre aile hekimlerinin yarısından azı takip ettikleri demans hastalarını diğer klinisyenlere rutinde sevk etmektedirler. Aile hekimlerinin demans şüphesi ya da kesin tanısı olan hastalarının tanıdan tedaviye kadar her aşamasında katkıda bulduklarını ve ancak %4’ünün bu sürece müdahil olmadıklarını bildirmişlerdir (12). Bizim çalışmamızda ilgili branş uzmanları ile işbirliği konusunda istekli oldukları bildirilmektedir. Aile hekimlerinin gerek demansın erken tanısında, gerekse demansın yönetiminde önemli katkıların olabileceğine ilişkin görüşe katıldıkları anlaşılmıştır.

Demans bakımının önemli sorun oluşturan alanlarından birisi davranış ve psikiyatrik sorunların tıbbi yönetimidir. Aile hekimlerin çoğu bu tarz durumlarda hastaların sevk edilmeleri gerektiği konusunda kanaat bildirmişlerdir. Yan etki endişeleri nedeniyle birçok hekim antipsikotik reçete etmekten imtina ederken, farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmadan, hastaları sıklıkla sevk ettikleri anlaşılmıştır (10,13).

Farmakolojik (ilaca bağlı) olmayan müdahaleler demans bakımında kabul görmeye başlamıştır (3). Örn. Bilişsel stimülasyon terapisi asetilkolinesteraz inhibitörleri kadar klinik ve maliyet etkin bulunmuştur (14). Buna ilave destekleyici teknolojiler aracılığıyla demansı olan bireylerin bağımlılıklarının azaltılması, bakım verenin anksiyetesinin azaltılması ve demans hastasının bakımevine ihtiyaç duyulmadan evde yaşamasının sağlanması mümkündür (3). Bizim çalışmamızda katılımcılar davranış sorunlarının yönetimindeki yeterlilikleri konusunda kararsız olduklarını bildirmişlerdir.

Bu çerçevede aile hekimleri bakım verenleri farmakolojik olmayan terapi/bakım konusunda eğitim almaları için eğitim kurumlarına ya da derneklere yönlendirmelidirler. Burada davranış sorunlarının anlamı, bilişsel davranışsal terapiler, ortamın modifikasyonu ve demanslı hastalarla iletişim konularında eğitim olanağı sunulmalıdır (13).

Hastaların önemli bir kısmı evlerinde yaşamakta ve pek çok hizmeti aile yakınlarından almaktadırlar. Bakımverenler sıklıkla depresyon, bedensel sağlık sorunları ve sosyal izolasyondan muzdariptirler (3,15). Yakınlarının demansı ilerledikçe yaşları derinleşir. Bu süreçten geçen bireyleri desteklemede aile hekimlerinin, diğer servis sağlayıcıları gibi rolü olmaktadır (3). Bizim çalışmamızda katılımcılarımız demans hastasına bakan bireyler ile ilgilenebileceklerine ilişkin görüşe katıldıklarını bildirmişlerdir.

İleri talimat verme yaşam sonu bakım sürecinde başvurulması önerilen bir yaklaşımdır. Hastanın ileride özgür iradesi ile karar veremeyeceği durumlar için, önceden verilen talimatları kapsar. Bu yaşamın sonunda tedavi reddedilmesi olabilir ya da hastanın vesayet ile ilgili beklentileri olabilir (4,16). Ülkemizde bu konuyla ilgili rutinde henüz bir uygulama bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan hekimler bu konuda hastaları yönlendirebileceklerini bildirmişlerdir.

SONUÇ

Bu ön çalışmada katılımcıların kendilerini demansın tanısını koymada ve tedavisinin düzenlenmesinde yeterli hissetmedikleri anlaşılmıştır. Nedenlere yönelik farklı müdahaleler literatürde önerilmiştir. Bir sistematik gözden geçirmede hekimlerin eğitimleri yanı sıra bu çalışmaların bir bellek kliniği ile (memory clinic) desteklenmesinin kısmen yarar getirebileceği bildirilmiştir (17). Bunun dışında vaka yönetimi, koordinasyon merkezleri vb. gibi başka önerilerde de bulunulmuştur. Diğer uzmanlık alanlarına yönlendirmeler konusunda ise katılımcıların hevesli oldukları dikkat çekicidir. Ancak yönlendirmede bulunabilmek için şüpheli/kesin vakanın tespiti gerekmektedir. Bu çerçevede eğitim yanı sıra tanılma amaçla kullanılacak güçlü ölçeklere gereksinim bulunmaktadır.

Davranış sorunlarının yönetimi demans hastasının takibinde en sıkıntı yaratan durumlardan birisidir. Bu konuda sahadaki sağlık personelinin yetiştirilmesi son derece önemlidir. SUT'ta kullanılacak ilaçlar konusunda sınırlamaların kaldırılması da önem arz etmektedir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar konusunda ise eğitim olanaklarının toplum içinde artırılması gereklidir. Bu konuda dernekler yanı sıra belediyeler ve halk eğitim merkezleri tarafından verilecek eğitim ve rekreasyonel etkinlikler destek olabilir.

Aile hekimleri bakımverenlerin sağlıkları konusunda ise özellikle duyarlı olmalıdırlar. Bunun yanı sıra bakım verenlerin korunması amacıyla kendilerine dönem dönem tatil yapma olanağı sunulmalıdır. Aile destek ağının çok geniş olmadığı durumlarda ise bakımevlerinde demansı olan hastalar kısa süreliğine misafir edilerek bakım verenlerinin dinlenmelerine izin verilmelidir. Çalışan ve hasta olan yakınlarına bakan bireyleri mesleki gelişim ve aile ekonomisine katkılarını sürdürebilmek için gündüz bakım tesisleri kurulmalı ve böylece hem demansı olan bireylerin gelişimlerine katkı sağlanmalı hem de kendilerine bakan bireylere destek olunmalıdır.

Bu çalışma ön çalışma niteliğindedir ve daha geniş bir örnekleme çalışılmak koşuluyla bu konu yeniden değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Ihl R, Bunevicius R, Frölich L, Winblad B, Schneider LS, Dubois B, Burns A, Thibaut F, Kasper S, Möller HJ; WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Dementia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of dementias in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015 Mar;19(1):2-7. doi: 10.3109/13651501.2014.961931. Epub 2014 Oct 18.
- Yaman A, Yaman H. Dementia Subtypes in Antalya, Turkey: A Retrospective Study. *Postgraduate Medicine* 2014; 125(5):109-112.
- Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ.* 2015 Jun 16;350:h3029. doi:10.1136/bmj.h3029.
- van den Dungen P, Moll van Charante EP, van de Ven PM, Foppes G, van Campen JP, van Marwijk HW, van der Horst HE, van Hout HP. Dutch family physicians' awareness of cognitive impairment among the elderly. *BMC Geriatr.* 2015 Aug 27;15:105. doi: 10.1186/s12877-015-0105-1.
- Parmar J, Dobbs B, McKay R, Kirwan C, Cooper T, Marin A, Gupta N. Diagnosis and management of dementia in primary care: exploratory study. *Can Fam Physician.* 2014 May;60(5):457-65.
- Lathren CR, Sloane PD, Hoyle JD, Zimmerman S, Kaufer DI. Improving dementia diagnosis and management in primary care: a cohort study of the impact of a training and support program on physician competency, practice patterns, and community linkages. *BMC Geriatr.* 2013 Dec 10;13:134. doi: 10.1186/1471-2318-13-134.
- Yaman H. Geriatrik Hasta Yönetimi: Kognitif Problemler-Demans Demansın Toplum İçindeki Yönetimi: Aile Hekimliğinin Yeri 13. Ulusal Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014.
- Yaman H. Yaşlı Dostu Sağlık ve Bakım Uygulamaları: Yaşlı Dostu Döşemealtı Örneği. Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu. 26-27 Kasım 2015 / Bursa
- Wilcock J, Iliffe S, Griffin M, Jain P, Thuné-Boyle I, Lefford F, Rapp D. Tailored educational intervention for primary care to improve the management of dementia: the EVIDEM-ED cluster randomized controlled trial. *Trials* 2013, 14:397. <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/397>
- Geldmacher DS, Kerwin DR. Practical Diagnosis and Management of Dementia Due to Alzheimer's Disease in the Primary Care Setting: An Eviden. ce-Based Approach *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013; 15(4): PCC.12r01474. Published online 2013 Aug 29. doi: 10.4088/PCC.12r01474
- Fortinsky RH: How linked are physicians to community support services for their patients with dementia? *J Appl Gerontol* 1998;17(4):480-498.
- Stewart TV, Loskutova N, Galliher JM, Warshaw GA, Coombs LJ, Staton EW, Huff JM, Pace WD. Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network. *J Am Board Fam Med.* 2014 Mar-Apr;27(2):275-83. doi: 10.3122/jabfm.2014.02.120284.
- Hum S, Cohen C, Persaud M, Lee J, Drummond N, Dalziel W, Pimlott N. Role expectations in dementia care among family physicians and specialists. *Can Geriatr J.* 2014 Sep 5;17(3):95-102. doi: 10.5770/cgj.17.110. eCollection 2014.
- Knapp M, Iemmi V, Romeo R. Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:551-61.
- Greenwood N1, Smith R2. Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: A systematic review. *Maturitas.* 2015 Oct;82(2):162-9. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.07.013. Epub 2015 Jul 19.
- Dening KH1, Jones L, Sampson EL. Advance care planning for people with dementia: a review. *Int Psychogeriatr.* 2011 Dec;23(10):1535-51. doi: 10.1017/S1041610211001608. Epub 2011 Aug 26.
- Mukadam N, Cooper C, Kherani N, Livingston G. A systematic review of interventions to detect dementia or cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015 Jan;30(1):32-45. doi: 10.1002/gps.4184. Epub 2014 Aug 3.