

BİR MODEL OLARAK PRATO ALZHEİMER MERKEZİ

*Dr. Gülnaz KARATAY

**Ar. Gör. Yeliz AKKUŞ

*Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

** Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de Alzheimer hastalarının sayısının artmıştır ve bu hastaların bakım sorunlarının olması bu hastalara yönelik profesyonel bakım ihtiyacını artırmaktadır. Ülkemizde alzheimer hastalarına yönelik bakım hizmetleri ve bu bakım hizmetleri içerisinde de hemşirelik hizmetlerinin yeni yapılandırılmaya çalışıldığını görmekteyiz. Bu nedenle, bu makale bir model niteliği taşıyan alzheimer merkezindeki uygulamaların değerlendirilmesi ve gözlemlerin paylaşılması amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, hemşirelik bakımı, kurumsal hizmetler

PRATO ALZHEİMER CENTER AS A MODEL

ABSTRACT

As being in the world, as well in our country alzheimer patients number has increased and being care problems of this patients increases professional care requirements for this patients. In our country we see that the care services for alzheimer patients are configuring and nurses functions in this care services are configuring. For this reason, this article is written to evaluate practices and to share this observations in this Alzheimer center that bearing model quality.

Keywords: Alzheimer, nursing care, institutional services

Giriş

Dünya nüfusunun yaşlanması son yıllarda yaşlılık ve sorunlarına yönelik ilgiyi artırmıştır(United Nations, 2002; Cankurtaran, Arıoğul, 2006).Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve psikolojik sorunlar, yeni bakım ve tedavi yaklaşımlarının, politika ve strateji-

lerin geliştirilmesini gündeme getirmiştir. Ayrıca yaşlı nüfusun artması kronik hastalıkların artmasına da neden olmuştur. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan hastalıklardan birisi de Alzheimer hastalığıdır (AH). Ülkemizde demans hastalığına ilişkin insidans çalışması bulunmamakla birlikte, demansların önemli bir bölümünü oluşturan Alzhei-

mer hastasının 250 bin civarında olduğu tahmin edilmektedir (Arioğlu, 2006).

AH kortikal demansların en sık görüleni ve en sık bilinenidir. AH, günlük yaşamsal aktivitelerinde azalma ve bilişsel yeteneklerde bozulma ile karakterize, nöro-psikiyatrik semptomları ve davranış değişikliklerinin eşlik ettiği nörodejenaratif ilerleyici bir hastalıktır (U.S Department of Health and Human Services, National Institute on Aging, 2007). Alzheimer hastaları hastalığın evresine göre sosyal, psikolojik ve fizyolojik birçok sorun yaşayabilmektedir. Hastalarda unutkanlık, öğrenme güçlüğü, konuşma bozukluğu, yolunu kaybetme, kişileri tanıyamama, karar verme güçlüğü gibi zihinsel sorunlar; huzursuzluk, ilgisizlik, saldırganlık, uyku bozukluğu, amaçsız dolaşma, gerçekdışı hayaller, depresyon gibi psikolojik bozukluklar gelişebilir. Yapılan çalışmalarda AH'da depresyonun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği ve hastaların bilişsel durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Vogel, Mortensen, Hasselbalch ve ark., 2006; Warhol, 2006). Bu sorunlar nedeniyle hem hastaların hem de hasta yakınlarının profesyonel yardım gereksinimleri artmaktadır (Yılmaz, Turan, 2007; Balla, Simoncini, Giacometti ve ark.,2007) . Bu profesyonel bakım hizmetleri içerisinde de hastanın daha kaliteli bir yaşam sürdürmesi açısından hemşirelik hizmetleri ayrı bir öneme sahiptir.

Ancak ülkemizde Alzheimer hastalarının bilişsel ve fonksiyonel düzeyde aktif kalmalarını sağlayacak profesyonel bakım kurumları oldukça yetersizdir ve mevcut bakım kurumları içerisinde de hemşirenin yerinin, görev ve sorumluluklarının ise oldukça belirsiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu gözlemsel çalışmada, Prato şehir merkezinde bulunan Alzheimer Merkezi (AM) iki farklı akademisyen hemşire tarafından, 2 hafta süreyle gözlemlenerek elde edilen bilgiler aktarılmıştır ve bu bilgilerin ülkemizde Alzheimer bakım merkezlerinin ve bu merkezlerde verilen hemşirelik hizmetlerinin yapılanmasına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Prato Alzheimer Merkezi

Prato şehir merkezinde yer alan Alzheimer merkezi 1999 yılında huzurevine bağlı olarak açılmış ve gündüz bakım merkezi statüsündedir. Alzheimer merkezi, şehir merkezinin dışında gü-rültü gibi uyaranlardan kısmen daha uzak bir yere inşa edilmiştir. Tek katlı ve amaçlı olarak ev tipinde planlanan bu merkezde bir hemşire odası, bir yataklı dinlenme odası, bir salon, iki tuvalet, bir mutfak, iki yemek odası, bir aktivite odası bulunmaktadır. Bu merkez 10 hasta kapasitelidir. Ancak gözlem yaptığımız süre içinde merkezde en fazla 7 hasta bulunmuştur. Bu merkezde genel durumuna bağlı olarak değişmekle birlikte hastalar 6 ay kalabilmektedir.

Alzheimer merkezine, alzheimer tanısı almış ve aileleri ile birlikte yaşayan, deliryum, depresyon, yeme bozukluğu, halüsinasyon sorunu gibi psikolojik ve davranışsal sorunu olmayan hastalar kabul edilmektedir. Hastalar Alzheimer merkezine kabul edilmeden önce belirli değerlendirme aşamalarından geçmektedir. Öncelikle bölge hemşireleri ya da aile doktoru tarafından değerlendirilen hasta ve ailesi, yardım gereksinimi varsa sosyal servise yönlendirilmektedir. Sosyal servis hasta ailesinin tükenmişlik ve depresyon durumunu çeşitli ölçeklerle değerlendirerek hastanın bakım ihtiyacı olup olmadığına karar vermektedir. Literatüre bakıldığında da Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin anksiyete, alkolizm, tükenmişlik, depresyon gibi sorunlar yaşadıkları görülmektedir (Pot, Deeg, van Dyck, 2000; Ho, Friedland, Rappolt ve ark., 2003;; Deep, Jena, Tripathi ve ark., 2006; Monfort, Neiss, Rabier ve ark., 2006). Bu nedenle hasta yakınlarına, bakım verirken yaşadığı güçlükler dikkate alınarak, destek sağlanması gerekmektedir. Ayrıca hasta, Alzheimer merkezinin bağlı bulunduğu hastanenin geriatri uzmanı tarafından değerlendirilerek tanısı ve hastalığın derecesi doğrulanmaktadır.

Merkezin Çevresel Düzeni

Alzheimer hastalarında nöral kayıplara bağlı oluşan psikopatolojilerle birlikte bilişsel ve davranışsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle merkezin dış ve iç mekanı ve fiziksel yapısı hastaların güvenli hareket etmelerini sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Aynı zamanda hastaların algılamalarını artırmak için renk düzenlemeleri de yapılmıştır. Örneğin hastaların aktivite yaptıkları masanın üstü farklı bir renk, ayakları farklı bir renk olacak şekilde düzenlenmiştir. Bunun yanı sıra hastalarda algı bozukluğunu önlemek için karmaşık renkler yerine tek renk kullanımına dikkat edildiği gözlemlenmiştir. Ayrıca merkezde hastalar için, tuvalet, yemekhane gibi kullanım alanlarını hatırlatacak görsel ipuçlarının düzenlendiği gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, çevre düzenlemesinin alzheimer hastalarında depresyon ve anksiyeteyi azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir (Zeisel, Silverstein, Hyde ve ark., 2003). Ayrıca merkezde hastaların düşmelerini önleyebilmek için de önlemler alındığı gözlemlenmiştir.

Merkezin çevresinde hastalığa yönelik olarak tasarlanmış bir bahçe bulunmaktadır. Bahçedeki yollar, çiçekler, renkler hastaların görme, koklama, işitme duyusunun uyarılması için düzenlenmiştir. Hastalara uyaran verilmesi amacıyla yollar kıvrımlı ve ince şekilde tasarlanmıştır ve hastaların ayırt edebilmesi için yolların şeritleri farklı renklere boyanmıştır. Hastaların ilgi alanlarına göre bahçedeki çeşitli bitkilerin bakımı (çiçek sulama, kurumuş yaprak ve meyvelerin toplama) yaptırılmaktadır. Özel olarak tasarlanan bahçede hastalara fizyoterapist tarafından günlük egzersizler yaptırılmaktadır. Hastanın yapacağı egzersizlere hastanın fiziksel durumuna göre karar verilmektedir. Alzheimer hastalarında günlük egzersizlerin olumlu etkisi olduğu fizyoterapist tarafından ifade edilmiştir. Yapılan bir meta analizde de demans hastalarında egzersizin kas gücünü, zindeliği, bilişsel ve fonksiyonel gücü ve psikolojik iyiliği artırdığı belirtilmektedir (Heyn, Abreu, Ottenbacher, 2004).

Alzheimer Merkezindeki Bakım Ekibi ve Verilen Hizmetler

Alzheimer merkezinde doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog, iş uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı ve bakım personeli tarafından bir ekip hizmeti verilmektedir. Bu ekip haftada bir kez bir araya gelerek hastaların durumlarını değerlendirip uygulanacak tedavi planına karar vermektedir. Merkezde çalışan hemşire ekibin lideri olup, ekip üyeleri arasındaki koordinasyonu sağlamaktadır. Hastalar haftada bir defa doktor ve sosyal hizmet uzmanı, psikolog tarafından değerlendirilmekte ve ihtiyacı olan hastalara psikoterapi uygulanmaktadır. Merkezde çalışan 6 yardımcı personel, hastaların günlük yaşam aktivitelerini güvenli bir şekilde gerçekleştirmesine yardım etmektedir. Yardımcı personellerin hastalarla bire bir ilgilediği, hastaları gözlemledikleri ve hastaların durumdaki değişiklikleri hemşireye bildirdikleri görülmüştür. Ayrıca yardımcı personelin merkezde yarım gün çalıştığı ve hastalar hakkındaki bilgileri dikkatli bir şekilde aktardığı gözlenmiştir. Hastalar merkeze, görevli personelin eşlik ettiği araçla getirilip tekrar aynı araç ve personelle evine teslim edilmektedir.

Merkezde, hastalar için haftalık aktivite planlaması yapılmıştır. Aktivite planlaması genel olarak hastaların ilgi alanlarına ve uyaran artırımına yönelik olarak planlanmıştır. Hastalar için planlanan aktivitelere baktığımızda hafıza egzersizleri, günlük gazete okuma ve tartışma, psiko-motor eğitim, yemek aktivitesi, video-terapi, iş terapisi, öz-bakım aktiviteleri, düşünme aktiviteleri, pasta ve yemek yapma aktivitesi, dini aktiviteler ve sanat terapisi (müzik, resim) olduğu görülmüştür. Merkezde hastaların aktif bir etkinlikte bulunmasının sağlanması ve bilişsel fonksiyonların artırılması amacıyla nesne sunumu yerine el ile yapılan nesne ve canlı resim boyama aktivitelerinin yaptırıldığı gözlenmiştir. Nesne çizimlerinin daha çok meyve (elma, armut), giysi (şapka, kazak) ve ev eşyaları (koltuk, dolap) şeklinde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hastalara çeşitli süsleme kağıtlarını

katlayarak nesne resimlerinin içini doldurma gibi aktiviteler yaptırılarak hastalarda üretim ve yararlı olma duygusunun artırılmaya çalışıldığı gözlenmiştir. Ancak yapılan bu uyaran çalışmaları bir sıra ile yapılmaktadır ve günlük hayatta daha fazla ve sık karşılaşılan nesnelere doğru yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastalara uyaran verilmemesinin sosyal geri çekilme, sıkılma, halüsinasyonlar ve deliryuma neden olabileceği ve tam tersi olarak uygun, fazla ve zamansız uyaran vermenin de davranış bozuklukları, irritabilite ve panik durumuna neden olacağı belirtilmektedir (Norman, 2003). Spector ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların bilişsel ve fonksiyonel düzeyde aktif kalmasını sağlayacak uygulamaların bilişsel düzeyde artma ve depresyonda azalma sağladığı görülmüştür (Spector, Orrell, Davies ve ark., 2000a; Spector, Davies, Woods ve ark., 2000b). Bu nedenle demans hastalarını tedavi yöntemleri arasında farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin son zamanlarda literatürde öne çıkan konular arasında olduğu görülmektedir (Baldelli, Pradelli, Zucchi ve ark., 2007; Farina, Mantovani, Fioravanti, 2006; Spector, Thorgrimsen, Woods ve ark., 2003; Farinamd, Mantovani, Fioravanti, 2006).

AM'de haftalık olarak dönüşümlü bir şekilde yürütülen bu aktivitelerle hastaların öz-yeterlilikleri desteklenmeye çalışılmaktadır. Özellikle hastaların hoşlanabilecekleri ya da kendilerini tercih edebilecekleri aktivitelere öncelik verilmeye çalışılmaktadır. Alzheimer hastalarının psikolojik durumları değişkenlik gösterdiğinden dolayı hastalar kendi aralarında ya da sağlık personeli ile çatışmaya girebilmektedir. Çatışmaları önlemek için aktiviteler mümkün olduğunca küçük gruplarla yürütülmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hastaların gerginlik ve çatışma yaşadıkları durumlarda hemşirenin hastanın takibini aldığı ve fiziksel değerlendirme yaptığı gözlenmiştir. Daha sonra hemşire ve çalışan personelin hastayla yumuşak bir ses tonu ile konuşarak ve fiziksel temas kurarak hastayı sakinleştirmeye çalıştığı gözlemlenmiştir. Kim ve Buschman'nın çalışmasında da baskılayıcı

duygularını azalttığı belirtilmiştir (Kim, Buschmann, 1999) Bununla birlikte yapılan başka çalışmalarda dokunmanın AH'da etkili olmadığı ancak pozitif yaklaşımın Alzheimer hastalarını sakinleştirdiği belirtilmiştir (Norman, 2003).

Bu merkezde hastaların tedavi planları ve aktivitelerinin planlanması hasta yakınları ile birlikte yapılmaktadır. Ayrıca aktivite planı hastanın hastalık öncesi dönemde yapmaktan hoşlandığı aktiviteler ya da işi dikkate alınarak yapılmaktadır. Örneğin bu merkezde bahçe işlerinden hoşlanan bir hastaya bahçenin sorumluluğunun verildiği, yemek yapmaktan hoşlanan bir bayan hastaya mutfağın sorumluluğunun verildiği görülmüştür. Bu uygulamanın hastanın hafıza sürekliliğini sağlamak amacıyla yapıldığı düşünülmektedir. İş terapisi gibi farmakolojik olmayan terapilerin Alzheimer hastalarında bilişsel ve fiziksel kapasiteyi geliştirerek otonomilerini artırdığı literatürde belirtilmektedir (Bums, McCarten, 2004; Baldelli, Boiardi, Ferrari, 2007; Baldelli, Pradelli, Zucchi ve ark., 2007) Hastalar tarafından yapılan faaliyetlerin (resim, kağıt süsleme, boyama, renkli taş döşeme vs.) görsel uyarıcı olması ve kişi-yer-zaman oryantasyonunu artırması açısından merkezdeki duvarlarda kimin tarafından yapıldığı belirtilerek sergilendiği ve aralıklı olarak hastanın ismi belirtilerek hatırlatıldığı görülmüştür. Ayrıca zaman oryantasyonunu artırmak için duvarda hastaların kendileri tarafından hazırlanan büyük ve renkli harflerle hazırlanmış takvimler bulunmaktadır. Takvimin yapraklarını hastaların koparması sağlanarak zaman oryantasyonu sağlanmaya çalışılmaktadır.

Merkezde Çalışan Hemşire Tarafından Verilen Hizmetler

Hastaların, bu merkeze aileleri ile birlikte gelmeleri gerekmektedir. Öncelikle hemşire tarafında hasta ve ailesine Alzheimer merkezi, burada çalışan personel ve diğer hastalar tanıtılmaktadır. Alzheimer ilerleyici bir hastalık olduğundan dolayı hemşirenin aralıklı olarak hastaları değerlendir-

mesi gerekmektedir ve hemşire kurumda kullanılan hemşire kayıt formları aracılığı ile hastanın durumunu değerlendirmektedir. Hemşirenin, her bir hasta için ayrı ayrı tutulan bu formları, hastanın bakım sürecine katılmasını sağlamak amacıyla, hasta ile birebir doldurduğu gözlenmiştir. Ayrıca görüşmeler esnasında hastalarda bilincin uyak tutulması ve evde olduğu duygusunun sağlanması amacıyla hastalara ismi ile hitap edildiği ve özerkliğinin desteklendiği görülmüştür. Hastanın eksik ya da yanlış verdiği bilgiler hasta yakınlarının bilgisine başvurularak tamamlanmaktadır.

“Hemşire kayıt formu” ile hastanın soy ve öz geçmiş bilgileri, diğer hastalıkları, bağımlı ve bağımsız yapabildiği günlük yaşam aktiviteleri, ev içi ve ev dışı aktiviteleri, beslenme durumu, kullandığı ilaçlar, özellikle boşaltım sistemi başta olmak üzere tüm diğer sistemlere ilişkin bilgileri toplanmaktadır. Bu bilgilerin yanı sıra ölçekler aracılığı ile hastaların depresyon ve tükenmişlik durumları değerlendirilmektedir.

Hastaların merkezde yaptığı bütün aktiviteleri, olumlu ya da olumsuz bütün davranışları hemşire tarafından günlük olarak kaydedilmektedir. Ayrıca hastaların akşam evlerine döndüklerinde ve hafta sonları yaptıkları aktivitelerini ve davranışlarını izlemek amacıyla formlar hazırlanmıştır ve bu formlar, doldurulması için primer bakım veren hasta yakınlarına verilmektedir. Hastada tanıdıklık duygusu oluşturabilmek için evde sürdürdüğü günlük aktivitelerini aynı şekilde merkezde de sürdürmesine dikkat edilmektedir.

Alzheimer hastalarında öz bakım yeteneği giderek kaybolmaktadır (Maier-Lorentz, 2000). Bu nedenle hemşire ve çalışan personel tarafından hastaların öz-bakımlarını kendi kendilerine yapmaları için desteklendiği görülmüştür. Örneğin hastalar diş fırçalama, yemek yeme, kıyafet değiştirme gibi aktiviteleri hemşire ya da yardımcı personel gözetiminde yapmaktadır. Ayrıca hastalar yemeğin ve masaların hazırlanmasına, toplanmasına ve bulaşıkların yıkanmasına yardım etmektedir. Hastalara yemek yeme davranışının hatırlatılması, yemek yemede isteksiz davranan hastalara

uyaran verilmesi ve hastaların kendi aralarında çatışma yaşamaması amacıyla merkezde çalışan personelle hastalar aynı masada yemek yemekte ve böylece ortamda denge sağlanmaktadır. Yemek yeme esnasında hemşire bütün hastalarla ilgilenmekte ve hastaların yemeklerini tamamıyla yemesini sağlamaktadır. Hastaların beslenme durumunu değerlendirmek için hemşirenin düzenli olarak ağırlık takibi yaptığı ve kaydettiği gözlenmiştir.

Hastanın Alzheimer merkezinden ayrıldıktan sonra zamanının nasıl geçirdiği de hemşire tarafından izlenmektedir. Bu amaçla hastaların evdeki aktivitelerini değerlendirmek için hasta yakınları tarafından doldurulmak üzere geliştirilmiş formlar kullanılmaktadır. Bu formlar aracılığı ile hastaların beslenme, uyku, medikasyon, iletişim kurma ve günlük yaşam aktivitelerini evde sürdürme durumları değerlendirilmektedir. Özellikle boşaltım sorunlarının (idrarı tam boşaltamama) hastalarda gerginlik ve sinirliliğe neden olmasından dolayı, hemşirenin hastaların evdeki boşaltım durumunun özellikle her gün değerlendirildiği görülmüştür. Ayrıca demanslı hastalarda doyma hissinin kaybolması nedeniyle hastaların çok hızlı ve sürekli yeme isteğinin olabileceğinden, hemşirenin ayrıntılı bir şekilde hastaların merkezde olduğu gibi evdeki beslenme durumunu da izleyerek değerlendirdiği görülmüştür.

Hasta merkezden tamamen ayrıldıktan sonra hemşire hasta ve ailesini birinci, ikinci, dördüncü, altıncı aylarda ziyaret ederek değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler UCLA nöropsikiyatrik değerlendirme ölçeği, yeme davranışı değerlendirme ölçeği, depresyon ölçeği, bakım veren tükenmişlik ölçeği ve uyku ölçeği gibi ölçekleri ve ayrıca hemşire değerlendirme formunu kullanarak yapmaktadır ve böylece bakımın sürekliliği sağlanmaktadır.

AH, hastalarda bilişsel ve fonksiyonel alanlarda ilerleyici nörodejeneratif değişikliklere neden olduğundan dolayı hastaların bilişsel ve fonksiyonel alanda iyiliklerini artıracak kaliteli bir hemşirelik bakımı almaları gerekmektedir. Hemşireler, hasta ve ailelerini kapsamlı bir değerlendirme formu ile değerlendirerek, gerekli verileri toplayıp uygun müdahaleleri yapabilmekte ve diğer ekip

üyelerine yönlendirebilmektedir (Maier-Lorentz, 2000). Bu nedenle Alzheimer bakım merkezlerinde ve gündüz bakım merkezlerinde hemşirelerin aktif bir biçimde yer alabilmesi için yeterli eğitim ile donanık olması gerekmektedir.

Genel olarak bu merkezde çalışan hemşirenin görev ve sorumlulukları;

Hastaların kullandıkları ilaçların evde ve merkezde uygulanması ve takibi

Yaşam bulgularının değerlendirilmesi

Grup terapilerinin yönetilmesi

Sağlık ekibi liderliği ve ekibin bilgilendirilmesi

Aile hekimi, hasta ve hasta ailesi arasında koordinasyonun sağlanması

Aileye eğitim ve danışmanlık verilmesi

Hasta güvenliğinin sağlanması

Hastaya ilişkin verilerin toplanması ve ilgili formların doldurulması

Rehabilitasyon sürecinin izlenmesi ve gelişmelerin değerlendirilmesi

Hastaların bilişsel becerilerini artıracak aktivitelerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi

Hastaların yaşam kalitesinin ve öz-bakım gücünün artırılmasına yönelik uygulamaların sağlanması biçiminde özetlenebilmektedir.

Alzheimer merkezleri huzurevlerinin devamı olarak düşünüldüğünden alzheimer merkezinde çalışan hemşirelerin görev tanımları henüz yapılmamıştır. Ancak Alzheimer merkezinde çalışan hemşirelerinin bakım hizmeti, danışmanlık, vaka yöneticiliği, klinisyenlik rolü gibi bir çok rolü gerçekleştirmesini gerektiren özel bir alandır. Bu nedenle alzheimer merkezinde çalışacak hemşirelerin bilgi, beceri yönünden donanımlı olmaları gerekmektedir.

Sonuç olarak ülkemizde alzheimer hastalarının artmasına bağlı olarak ortaya çıkan ihtiyaçtan dolayı Alzheimer Merkezlerinin açılmaya başladığı ve bu merkezlerde hemşirelerin çalıştığını görmekteyiz. Ancak ülkemizde Alzheimer merkezinin kurulması, açılması ve işlevleri ile ilgili yönet-

melik yetersizliği merkezlerin ideal bir şekilde planlanmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca bu merkezlerde çalışan hemşirelerden beklenen rollerin belirsizliği hizmet kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle makalenin, Alzheimer Merkezlerinde yapılan uygulamalar ile yaşlı bakımında yer alan ve alacak olan hemşirelere katkı sağlaması beklenmektedir.

KAYNAKLAR

Arioğul, S.(2006) Alzheimer hastalığı. Arioğul S(Ed). Geriatri ve Gerontoloji MN Medikal ve Nobel, Ankara

Baldelli, M.V.; Pradelli, J.M.; Zucchi, P.; Martini, B.; Orsi, F.; Fabbo, A. (2007) Occupational Therapy and dementia: the experience of an Alzheimer Special Care. *Arch Gerontol Geriatr.*1; 49-54.

Baldelli,M.V.; Boiardi, R.; Ferrari, P.; Bianchi, S.; Bianchi, M.H.(2007)Dementia and occupational therapy. *Arch Gerontol Geriatr.*44 (1);45-8.

Balla, S.; Simoncini, M.; Giacometti, I.; Maggano, A.; Leotta, D., Pernigotti, L.M. (2007) The Daily Center Care on Impact of Family Burden. *Arch Gerontol. Geriatr.* 44 (1); 55-9.

Bums ,T.; McCarten, J.R.(2004) Effects of repetitive work on maintaining function in Alzheimer's disease patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 19(1); 39-44;

Cankurtaran M.; Arioğul, S. (2006). Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri. Arioğul S. (Ed). Geriatri ve gerontoloji, MN Medikal ve Nobel, Ankara.

Deep, R.; Jena R.; Tripathi, M.; Khandelwal, S.K.(2006) Burden of care in Alzheimer's disease and its relationship to coping: *An Indian experience Alzheimer's and Dementia* 2(3), 569

Farinamd, E.; Mantovani, F.; Fioravanti, R.; Pignatti, R.; Chiavari, L.; Imbornone, E.; Olivotto, F.; Alberoni, M.; Mariani, C.; Nemni R. (2006) Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there

any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? *Aging & Mental Health* 10(3); 211–218.

Farina, E.; Mantovani, F.; Fioravanti, R.; Pignatti, R.; Chiavari, L.; Imbornone, E. (2006) Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? *Aging & Mental Health* 10(3); 211-218.

Heyn, P.; Abreu, B.C.; Ottenbacher, J. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis, *Arch Phys Med Rehabil* 85 ;1694–1704.

Ho, B.; Friedland, J.; Rappolt, S.; Noh, S. (2003) Caregiving for Relatives with Alzheimer's Disease: Feelings of Chinese-Canadian Women. *Journal of Aging Studies* 17(3); 301-321.

Kim, E.J.; Buschmann, M.T.(1999) The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *Int J Nurs Stud.* 36(3);235-43.

Maier-Lorentz, M.M.(2000) Effective Nursing Interventions for The Management of Alzheimer's Disease. *J Neurosci Nurs.* 32(3):153-7

Monfort, J.; Neiss, M.; Rabier, P.; Hervy, M.P. (2006). Alzheimer, Family, Institution. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique* 164(9), 726-731.

Norman, I.J (2003) Comments on "Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: an exploratory study". *International Journal of Nursing Studies* 40(5); 481-485.

Pot, A.M.; Deeg, D.J.H.; van Dyck, R. (2000). Psychological distress of caregivers: moderator effects of caregiver resources? *Patient Educ Couns.* 41;235-240.

Spector, A.; Davies, S.; Woods, B.; Orrell, M. (2000b). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Gerontologist* 40(2); 206–212.

Spector, A.; Orrell, M.; Davies, S.; Woods, B. (2000a) Cochrane Database Systematic Review, 4, CD001119.

Spector,A.; Thorgrimsen, L.; Woods,B.; Royan,L.; Davies,S.; Butterworth, M.; Orell,M. (2003) Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 183; 248-254.

U.S Department of Health and Human Services, National Institute on Aging (2007) NIH Publication No:06-5441 Erişim: 5.11.2007. <http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/F463CE6C-B0A7-47F4-882A8EA143020193/0/understandingalzheimers.pdf>

United Nations.(2002) Department of Economic and Social Affairs. World Population Aging,1950-2050 Erişim:25.10.2007. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/8chapteri.pdf>.

Vogel,A.; Mortensen, E.L.; Hasselbalch, S.G.; Andersen, B.B.; Waldemar, G.(2006) Patient Versus Informant Reported Quality of Life in The Earliest Phases of Alzheimer's Disease. *Int. J. Geriatr Psychiatry* 21(12);1132-8.

Warchol, K.(2006). Facilitating Functional and Quality-of-Life Potential: Strength-based Assessment and Treatment for All Stages of Dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation. Focus on Dementia*, 22(3);213-227.

Yılmaz, A.; Turan, E. (2007) Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Baş etme Yolları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 27(3);445-454.

Zeisel, J.; Silverstein, N.M.; Hyde, J.; Levkoff, S.; Lawton, M.P.; Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist.* 43;697-711.