



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**“ALZHEİMER HASTA YAKINLARINDA PSİKOEĞİTİM
TEMELLİ PSİKOLOJİK DESTEK TELEREHABİLİTASYON
PROGRAMI”**

İdil ARASAN DOĞAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Feride Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

**“ALZHEİMER HASTA YAKINLARINDA PSİKOEĞİTİM
TEMELLİ PSİKOLOJİK DESTEK TELEREHABİLİTASYON
PROGRAMI”**

İdil ARASAN DOĞAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Feride.Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2024

YEMİN METNİ

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

26 Haziran 2024

İdil ARASAN DOĞAN

İmza

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

“Alzheimer Hasta Yakınlarında Psikoeğitim Temelli Psikolojik Destek Telerehabilitasyon Programı” olarak yapılandırıdığım doktora çalışmam itibariyle gelinen noktada, Yüksek Lisans dönemimde tanıdığım ve Doktora süresince de rehberliğini ve desteğini hep hissettiğim, yoluma ışık olan, öğretileri ve paylaşımları beraberinde özdeşim kurduğum Enstitü Müdürüm ve Danışmanım Sayın Prof. Dr. Gökben Feride Hızlı Sayar Hocama şükranlarımı ve minnettarlığımı sunarım. Bilimsel yolculuğumda ve niyetlenen birçok durumda hep farklı bakış açılarını paylaşarak yanımda olan Sayın Doç. Dr. Hüseyin Ünübol Hocama teşekkürüm bakidir. Geç tanıdığım, bir o kadar akademi ve bilimselliğe dair çok şey öğrenmenin ötesinde ilkelerini benimsediğim Psikoloji Doktora Programı Başkanım Sayın Prof. Dr. Hıdır İlyas Göz Hocama en içten saygı ve sevgilerimi sunarım. Enstitü Müdür Yardımcım ve Sevgili Arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi S. Varol Ülker’e her daim işbirliği için teşekkür ederim. Her şeyin bir şekilde çözümünü bulduğumuz Sevgili Enstitü Sekterlerimiz İbrahim Demirci ve Ahmet Topoğlu’na emekleri için teşekkür ederim. Yolun çok başında, Alzheimer Hasta ve Yakınları ile buluşmamı sağlayarak bana Demans & Alzheimer çalışma alanının kapısını aralayan Sevgili Hocam Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu, tüm kattıklarınız için var olunuz. Türkiye Alzheimer Derneği özelinde izinleri ve destekleri için Sayın Prof. Dr. Başar Bilgiç Hocama saygılarımı sunarım. Değerli Alzheimer Hasta Yakınlarım, çalışmaya sunmuş olduğunuz katkılarınıza sağlık olsun, biz birlikte iyiyiz. Uygulama safhasında verdiği destekler için psikoloji bölümü öğrencim Sevgili Ayşe İsra Ekinci’ye teşekkür eder, yolunun açık olmasını dilerim. Desteğini her daim yanımda bildiğim Enstitü Müdür Yardımcım ve Canım Hocam Dr. Öğr. Üyesi Remziye Keskin’e sevgimle minnettarım. Süreçteki tüm destek ve emekleri için Anneme ve Babama teşekkür ederim. Yaşamımın tüm aşamalarında her şeyi paylaşabildiğim ve hep orada olduğunu bildiğim biricik kardeşim İrem Arasan

Kök, hep var ol! İçine tam olarak yerleştiğimi hissettiğim psikoloji alanındaki varlığımda ve hayalimi gerçekleştirmemde sınırsız desteğini ortaya koyan, faydaya hizmet edecek şekilde benimle hep bir olan Sevgili Eřim Züber Doğan’a minnettarım, iyi ki varsın. Ve Canım oğlum Minas Uygur, beraber ders çalıştık ders verdik ve elbet birlikte çok şey öğrendik. Benim en güzel eşlikim!

Züber, Minas Uygur ve gücünü hep hissettiğim Babaanneme...



ÖZET

Arasan Doğan İdil, *Alzheimer Hasta Yakınlarında Psikoeğitim Temelli Psikolojik Destek Telerehabilitasyon Programı*, Doktora Tezi, İstanbul, 2024

Alzheimer hastalığı, ilerleyici ve zorlu bir nörodejeneratif bozukluktur. Aile hastalığı olarak kabul edilen Alzheimer, oldukça ağır psikolojik ve fiziksel yük barındırmakta olup, bakımverenlerin sağlığını tehdit etmektedir. Bu çalışma ile Alzheimer Hastalığı üzerine farkındalık oluşturmak, hasta yakınlarının yaşadığı zorlukları hafifletmek ve onlara destek sağlamak amacıyla psikoeğitim temelli psikolojik destek telerehabilitasyon programı geliştirilmiştir. Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir araştırma deseni olarak tasarlanmıştır. Öntest/Sontest ile etkisi değerlendirilen çalışmada deney grubuna 8 hafta boyunca online platform üzerinden, psikoeğitim seansları ve psikolojik destek sunulurken kontrol grubu Türkiye Alzheimer Derneğinin matbu bilgilendirme formlarından yararlanmıştır. Veriler Sosyodemografik Form, Kısa Semptom Envanteri, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğı ve Alzheimer'ın Sosyal Temsilleri anketi ile elde edilmiştir. Programın uygulandığı deney grubunda, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı'nde anlamlı bir düşüş saptanmış olup, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite gibi psikolojik semptomlarda istatistiksel açıdan kayda değer iyileşmeler gözlemlenmiştir. Psikolojik sağlamlığın son testinde tespit edilen belirgin artış da, istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir. Bu açıdan bakımverenlerin zorluklarla başa çıkma, durumlar karşısından esnek olabilme kapasitelerinin de arttığı söylenebilmektedir. Kişilerarası İlişkiler Terapötik yaklaşımı çerçevesinde sürdürülen psikolojik destek ile bakımverenlerin hastalarıyla olan iletişimde empatik anlayış çerçevesinde hastasını anlamak, uyaranların farkındalığında bağ kurmak ve en değerlisi hastasının ritmine uyum sağlamak yönünde olumlu gelişmeler elde edilmiştir. Bir diğerinden yardım isteyebilme yetisinin varlığı da psikolojik sağlamlık noktasında

pozitif gelişmelerin sağlandığının bir göstergesidir. Alzheimer Hastalığı Temsiliyeti & Bilgi ve Farkındalık Anketi sonuçlarından öne çıkan “Alzheimer’den korkulur” ibaresine ilişkin cevaplar ise hastalığın stigmatizasyonu olduğunu göstermektedir. Bu minvalde Alzheimer’ e ilişkin toplum temelinde doğru bilgi ve kanıların tanımlanması için daha fazla eğitim ve bilgilendirme programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Tüm bunlarla birlikte Alzheimer hasta yakınlarına doğru bilgiye ulaşma imkanı ve psikolojik destek sağlayan bu telerehabilitasyon programı çevrimiçi özelliği ile daha geniş kitleye ulaşma potansiyeline sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, bakımveren, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi, psikoeğitim, telerehabilitasyon

ABSTRACT

Arasan Doğan İdil, *Psychoeducation-Based Psychological Support Telerehabilitation Program for Caregivers of Alzheimer's Patients*, PhD. Thesis, İstanbul, 2024.

Alzheimer's disease is a progressive and challenging neurodegenerative disorder. Regarded as a family disease, Alzheimer's carries a significant psychological and physical burden, threatening the health of caregivers. This study aims to raise awareness about Alzheimer's disease, alleviate the difficulties experienced by caregivers, and provide them with support through a psychoeducation-based psychological support telerehabilitation program. The research was designed as a randomized controlled experimental study. The effects were evaluated using pre-test/post-test measures. The experimental group received psychoeducational sessions and psychological support via an online platform for 8 weeks, while the control group utilized printed informational forms from the Alzheimer's Association of Turkey. Data were collected using the Sociodemographic Form, Brief Symptom Inventory, Zarit Caregiver Burden Scale, Connor-Davidson Resilience Scale, and the Social Representations of Alzheimer's questionnaire. Significant reductions in caregiver burden were observed in the experimental group, along with statistically notable improvements in psychological symptoms such as anxiety, depression, negative self-perception, somatization, and hostility. A substantial increase in psychological resilience, identified in the final tests, was also statistically significant. It can be said that the caregivers' capacities to cope with challenges and be flexible in various situations have improved. The psychological support continued within the framework of the Interpersonal Relations Therapeutic approach, leading to positive developments in caregivers' communication with their patients, fostering empathetic understanding, awareness of cues, and, most valuably, synchronization with the patient's rhythm. The

presence of the ability to seek help from others is an indicator of positive developments in psychological resilience. Responses to the statement "Alzheimer's is feared" highlighted in the results of the Alzheimer's Representation & Awareness and Knowledge Survey suggest that the disease carries a stigma in this context. Thus, there is a need for more education and information programs to define correct knowledge and beliefs about Alzheimer's at the community level.

Along with all these, this telerehabilitation is program that provides accurate information and psychological support to caregivers of Alzheimer's patients has the potential to reach a wider audience with its online feature.

Keywords: Alzheimer's, caregivers, Interpersonal Relationships
Psychotherapy, psychoeducation, telerehabilitation

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Alzheimer Hastalığı ve Bakımveren	5
2.1 Alzheimer Hastalığı	5
2.1.1. Alzheimer Hastalığının Tarihsel Değerlendirmesi.....	5
2.1.2. Alzheimer Hastalığının Kritik Önemi	7
2.1.3. Alzheimer'in Diğer Demanslar Arasındaki Yeri	7
2.1.4. Alzheimer Hastalığının Diğer Demans Türleri Arasında En Önemli ve En Yaygın Olma Sebepleri	9
2.1.5. Alzheimer Etiyopatogenezi	9
2.1.6. Alzheimer Evreleri	11
2.1.7. Alzheimer'in Belirtiler Açısından Değerlendirilmesi	15
2.2 Alzheimer Hastalığında Hasta Yakını (Bakımveren) Olmak.....	16
2.3. Alzheimer Hastalığında Psikoeğitim.....	19

2.4. Davranışsal Semptomların Yönetiminde Bakımveren Eğitimi	22
2.5. Alzheimer Hasta ve Yakınlarına Yönelik Hizmetler	23
2.6. Psikolojik Destek Sürecinde Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	26
3.2. Veri Toplama Araçları	26
3.3. Araştırma Süreçleri	28
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	68
Ek 1: Kişisel Bilgiler Formu	68
Ek-2: Kısa Semptom Envanteri.....	73
Ek-3: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	74
Ek-4: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğı	76
Ek- 5: ALZHEİMER'İN SOSYAL TEMSİLLERİ	78
Ek 7: Kurum İzin Onayı.....	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler (N=40)	33
Tablo 2: Deney Grubu Sosyodemografik Veriler (N=20)	34
Tablo 3: Kontrol Grubu Sosyodemografik Veriler (N=20)	36
Tablo 4: Deney ve Kontrol Gruplarında Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyutlarında Ön Test/Son Test Sonuçları.....	37
Tablo 5: Deney ve Kontrol Gruplarında Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı Ön Test/Son Test Sonuçları	38
Tablo 6: Deney ve Kontrol Gruplarında Psikolojik Sağlamlık (Connor-Davidson) Ölçeğı Ön Test/Son Test Sonuçları.....	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Klinik Evrelendirme (alzint, 2022)	12
--	----



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Alzheimer ve bunama aynı şeydir.....	39
Grafik 2: Kadın Olmak Alzheimer riskini artırır	39
Grafik 3: İleri yaşta olmak Alzheimer için belirleyicidir	40
Grafik 4: Bakımverenlerin Alzheimer hakkında eğitime ve desteğe ihtiyacı vardır. 41	
Grafik 5: Alzheimer'den korkulur	41



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KİPT: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

TAD: Türkiye Alzheimer Derneği



1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Alzheimer hastalığı, küresel çapta milyonlarca bireyi ve ailelerini derinden etkileyen, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir nörodejeneratif hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2023 verilerine göre, Alzheimer hastalığı bugün dünya genelinde 55 milyon insanı etkilemekte ve bu sayının 2050 yılına kadar 139 milyona yükselmesi beklenmektedir. Bu durum, Alzheimer hastalığının sadece bir sağlık sorunu olmakla kalmayıp aynı zamanda ciddi bir toplumsal ve ekonomik mesele olduğunu göstermektedir. Hastalığın global maliyetinin 2.8 trilyon ABD dolarına ulaşması öngörülmekte olup, bu durum sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır (alzint, 2022). Alzheimer hastalığının ilerlemesiyle birlikte, hastalar giderek daha fazla dış desteğe ihtiyaç duyar hale gelmekte ve sonunda günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmek için tamamen yakınlarına (bakımverenlerine) bağımlı olmaktadır (Pérez-González, vd.2023). Bu süreçte bakımverenler, hastaların bakımı, karar verme süreçleri ve genel refahı için kritik rol oynamaktadır. Bu sebeple temelde bakımverenlerin desteklenmesi gerekmektedir (Huang vd., 2012). Ne yazık ki, yapılan araştırmalar, bakımverenlerin aşırı stres, tükenmişlik ve depresyon gibi ciddi psikolojik sorunlar yaşadığını göstermektedir (Ryan vd., 2010). Bu durum, hem hastaların hem de bakımverenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek hastalığın seyrini daha da zorlaştırmaktadır. Artan bakım yükü beraberinde bakım verenler, hastaların ihtiyaçlarını karşılama, günlük yaşam aktivitelerini destekleme ve duygusal ihtiyaçlarla başa çıkma konusunda önemli sorumluluklar üstlenmektedir (McGee vd., 2024). Bu süreç, bakım verenlerde stres, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Sadece bireyi değil aynı zamanda tüm aileyi etkileyen Alzheimer, bakım verenlerin günlük yaşamları, psikolojik sağlıkları ve sosyal ilişkileri üzerinde önemli zorluklar yaratmaktadır (Korczyn & Grinberg, 2024). Çoğu durumda, bakım verenler bu zorlu görevleri yeterli bilgi, beceri ve destek olmadan yerine getirmek zorunda kalmaktadırlar. 24 saat gibi bir bakım verme sürecini gerektiren ve ağır bir bakım yükü oluşturan hastalığın seyrinde, bakım verenlere yönelik destekleyici ve eğitici programların olmayışı/yetersizliği bu sorunları daha da derinleştirebilmektedir (Ozcan & Akyar, 2024; Sharif vd., 2023). Hasta yakınında

çatışma, yalnızlık ve çaresizliğe sebep olan bu durum hastayı da etkileyerek prognoza olumsuz yansımaktadır. Bu noktada Türkiye Alzheimer Derneği (TAD) çalışmaları umut vericidir. Derneğe bağlı birçok merkezde seminerler düzenlenmekte, hastalar belli zaman dilimlerinde misafir edilerek hasta yakını için zaman aralıkları oluşturulmaktadır. Ve fakat gittikçe daha fazla bireyin etkilendiği Alzheimer tanısında, hemen herkes bu merkezlerin hizmetlerine ulaşamamaktadır. Özellikle mesafeleri ortadan kaldırarak, doğru bilgiye ulaşma ve destek alma noktasında çevrimiçi uygulamaların yeri esastır. Bu bağlamda, Alzheimer Hasta Yakınlarında Psikoeğitim Temelli Psikolojik Destek Telerehabilitasyon Programı çevrimiçi uygulama ile yapılandırılmış, doğru bilgiyi sunmayı ve psikolojik desteği ulaşılabilir kılarak bakımverenin psikolojik sağlamlığını gerçekleştirmeyi temel almıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışması, Alzheimer hastası yakınlarına yönelik bir "Psikoeğitim Temelli Psikolojik Destek Telerehabilitasyon Programı" geliştirmeyi amaçlamıştır. Çalışmada uygulanan program, Alzheimer hastalarının bakımını üstlenen bireylerin karşılaştıkları zorlukları hafifletmeyi, onlara psikolojik destek sağlayarak psikolojik sağlamlıklarını yükseltmeyi ve tüm bunları bilgi ve farkındalık temelinde yapılandırmayı hedeflemektedir. Telerehabilitasyon olarak sunulan bu program, katılımcılara çevrimiçi eğitimler, atölye çalışmaları ve interaktif destek oturumları sunarak, hastalık hakkında bilgilendirme suretiyle, etkili bakım yöntemleri konusunda rehberlik etmekten sorumludur. Tüm bunlarla birlikte program kapsamında bakımverenin psikolojik sağlamlığını artırmaya yönelik stratejiler ve stres yönetimi teknikleri uygularken, kişilerarası ilişkileri üzerine çalışarak destek mekanizmalarını güçlendirmeyi projekte etmektedir. Bunlarla birlikte çalışma, Alzheimer Derneği'ne başvurmuş hasta yakınları ile sınırlıdır.

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde öngörülmüştür:

H1. Alzheimer Hastası Bakımverenin bakım yükü yüksektir ve telerehabilitasyon programı ile bakım yükü azalmıştır

H2. Alzheimer Hastası Bakımverenin psikolojik sağlamlığı düşüktür ve telerehabilitasyon programı ile bakımverenin psikolojik sağlamlığı artmıştır

H3. Telerehabilitasyon Programı ile psikolojik belirtilerde azalma olmuştur

H4. Alzheimer Bakımverenin hastalık hakkında bilgisi yoktur ya da çok azdır

H5. Alzheimer Hastası Bakımverenin sosyal desteği oldukça azdır

1.3. Araştırmanın Önemi

Alzheimer hastalığı, sadece bellek kaybı ve bilişsel gerileme ile sınırlı kalmayıp, hasta ve bakımverenlerin günlük yaşamlarını doğrudan etkilemektedir. Bakım verme süreci sürekli gözetim, sabır ve empati gerektirdiğinden özellikle psikolojik açıdan zorlayıcıdır (Ponsoda, vd. 2023). Sürekli ilerleme eğiliminde olan Alzheimer’de bakımverenler değişen durumlara adapte olmak durumundadır. Bu durum genellikle zaman içinde onların kendi sağlıklarını ihmal etmelerine yol açmaktadır (Sargolzaei, vd. 2023). Eğitim ve destek çalışmaları böyle bir süreç için kritik öneme sahiptir. Bakımverenlerin hem fiziksel hem de ruhsal dayanıklılıklarını koruyabilmeleri için gereken her türlü desteğin sağlanması, sürecin yaşanır kılınması ve hastalığın prognoza olumlu etki bakımından şarttır. Bu yapıcı müdahalelerin ulaşılabilir ve sürdürülebilir olması için çevrimiçi olarak uygulanması oldukça değerlidir (Gerassi, vd. 2023). Çalışma itibariyle uygulanan programın çevrimiçi yapısı, coğrafi sınırlamaları ortadan kaldırarak daha geniş bir kitleye ulaşmayı ve Alzheimer hastalığıyla mücadele eden aileler için erişilebilir ve sürdürülebilir bir destek mekanizması sağlamayı mümkün kılmaktadır. Alzheimer hastaları ve bakımverenler arasındaki ilişkinin daha sağlıklı bir biçimde sürdürülmesi, hastalıkla başa çıkma kapasitelerinin artırılması ve genel olarak hastalığın getirdiği yükün hafifletilmesi temel çıktılardandır. Çalışma, aynı zamanda

Alzheimer hastalığının toplumsal boyutlarına dikkat çekerek, toplumun bu konudaki farkındalığını artırmayı ve politika yapıcılarını bu tür programlara daha fazla destek olmaya teşvik etmesi ve programın sürdürülebilir kılınması bakımından önem arz etmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alzheimer Hastalığı ve Bakımveren

2.1 Alzheimer Hastalığı

Alzheimer hastalığı, ilerleyici bir beyin hastalığıdır ve demansın en yaygın türü olarak kabul edilmektedir. Hastalık, genellikle 65 yaş ve üzeri bireylerde görülse de daha erken yaşlarda başlayan "erken başlangıçlı Alzheimer" hastaları her geçen gün artarak tanı almaktadır (Yıldırım & Eke, 2024). Alzheimer hastalığının temel özelliği, beyin hücrelerinin giderek fonksiyonlarını kaybetmesi ve bu doğrultuda yeni bilgiler öğrenme güçlüğüdür. Bu durum bellek kaybı, kişilik değişimleri, düşünme ve problem çözme becerilerinin azalması ile günlük aktiviteleri yerine getirme kabiliyetinin bozulması gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Tarı & Yağmurtaşan, 2023). Alzheimer hastalığı bir başka ifade ile bilişsel fonksiyonlarda gerilemeye ve nöropsikiyatrik davranış bozukluklarına yol açarak, kişinin günlük yaşam aktivitelerini bozarak, fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır (alzheimerderneği, 2023). Hastalık bireysel özelliklerden etkilenmekle birlikte, sinisi ilerleyen bir yapıya sahip olması sebebiyle hemen her teşhisin geç bir tanı olarak kabul edildiği bilinmektedir (Tanrıdağ, 2017). Hastalığın ilerlemesiyle birlikte, beyin dokusu küçülmekte ve beyin loblarında atrofi meydana gelmektedir. Hastalığın belirgin semptomları arasında bellek bozukluğu, yer, zaman ve mekan oryantasyonunda karar verme güçlüğü, kişilik değişiklikleri ve düşünsel işlevlerde azalma yer almaktadır.

2.1.1. Alzheimer Hastalığının Tarihsel Değerlendirmesi

Alzheimer hastalığı, adını ilk kez tanımlayan Alman psikiyatrist ve nöropatolog Alois Alzheimer'dan almıştır. Alzheimer hastalığı ilk olarak (1901), Alois Alzheimer'ın 51 yaşındaki bir kadın hastasında gözlemlediği belirgin hafıza kaybı, dil bozuklukları ve

sosyal çekilme semptomları ile tanımlanmıştır. Hasta, "Auguste D." olarak bilinir ve Alzheimer tarafından Frankfurt'taki bir akıl hastanesinde tedavi edilmiştir. Ardından Alois Alzheimer, Auguste D.'nin beyin dokusundaki anormallikleri detaylandıran bir konferansta bulgularını sunmuştur. Bu bulgular, şu anda Alzheimer hastalığı olarak bilinen demans türünde beyin dokusunda anormal plaklar ve nörofibriller yumakları gösteren patolojik temelleri açığa çıkarmıştır (Tuna, 2023). Beraberinde Alzheimer'ın çalışma arkadaşı Emil Kraepelin, Alzheimer'ın bulgularını psikiyatri literatürüne dahil etmiş ve hastalığa "Alzheimer hastalığı" adını vermiştir (Tarı & Yağmurtaşan, 2023). Bu adlandırma, Alzheimer'ın bulgularının demansla ilişkili bağımsız bir hastalık formu olarak tanınmasını sağlamıştır. 21. yüzyılın ortalarına kadar Alzheimer hastalığı, genellikle yaşlılığın normal bir parçası olarak görülen senil demansın bir türü olarak kabul edilmiştir. 1960'larda ve 1970'lerde yapılan araştırmalar ise, Alzheimer hastalığının özgün nöropatolojik ve klinik özelliklerini ayırt etmeye başlayarak hastalığın sadece bir yaşlı hastalığı olarak görülmesinin önüne geçmiştir (Kurban & Şentürk, 2024). Özellikle 1990'lı yıllarda biyolojik bakış açısı ve genetik arayışlar, Alzheimer hastalığına dair moleküler ve genetik mekanizmaların anlaşılmasında önemli katkılar yaratmıştır. Bu gelişme ile hastalığa katkıda bulunan genler (örneğin, APOE ε4) keşfedilmiş ve amiloid beta hipotezi, hastalığın patogenezi hakkında merkezi bir teori olarak ortaya çıkmıştır. 21. yüzyılda ise Alzheimer hastalığı üzerine araştırmalar, hastalığın erken teşhisini ve potansiyel tedavi yöntemlerini geliştirmeye yönelik olarak devam etmektedir. Bu dönem, hastalığın biyolojik temellerini daha iyi anlamaya ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatma veya önleme yollarını bulmaya odaklanmıştır (Self & Holtzman, 2023). Bunun da ötesinde önleyici ve koruyucu yaklaşımlar önem kazanmıştır. Hastalığın nedenlerinin, mekanizmalarının ve tedavi yöntemlerinin daha iyi anlaşılması için devam eden küresel çabalar bulunmaktadır.

2.1.2. Alzheimer Hastalığının Kritik Önemi

Alzheimer hastalığının önemi, küresel nüfusun yaşlanması ile daha da artmaktadır. Dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen bu hastalık, hem hastalar hem de bakım verenler üzerinde derin etkiler yaratmaktadır (Mayeux & Sano, 1999); Mattsson-Carlgrén vd., 2023). Hastalığın ilerlemesiyle birlikte bakım ihtiyacı artmakta ve bu da aileler üzerinde pek çok açıdan yükler oluşturmaktadır (Sperling vd., 2013). Toplumsal ve maddi açıdan bakıldığında, Alzheimer hastalığına bağlı demans, sağlık hizmetleri üzerinde büyük baskılar oluşturmakta ve önemli sağlık kaynaklarının kullanımını gerekli kılmaktadır. Ayrıca, Alzheimer hastalığı sadece bireyi değil, aynı zamanda aileleri ve toplumu da etkileyen geniş kapsamlı sosyal ve psikolojik sonuçlar doğurmaktadır (Vaz & Silvestre, 2020). Erken teşhis ve uygun müdahale yöntemleri, hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilmekte ve yaşam kalitesini artırabilmektedir (Varadharajan vd., 2023). Bu nedenle, hastalığın erken belirtilerinin farkında olmak ve zamanında müdahale etmek büyük önem taşımaktadır.

Alzheimer hastalığıyla mücadelede araştırmalar ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, bu hastalığın getirdiği yükü hafifletme potansiyeline sahiptir. Bu sebeple, Alzheimer hastalığına yönelik bilimsel çalışmalar ve kamu sağlığı politikaları, hastalığın etkilerini azaltma ve yönetme konusunda kritik öneme sahiptir.

2.1.3. Alzheimer'in Diğer Demanslar Arasındaki Yeri

Demans, beyin işlevlerindeki bozulmalarla karakterize geniş bir terimdir ve birçok farklı nedenle ortaya çıkabilmektedir. Alzheimer hastalığı, demansın en yaygın nedeni olmakla birlikte, diğer birçok demans türü vardır (Aytulun & Erden, 2022). Bu demans türleri arasında Alzheimer, özellikle prevalansı, etkisi ve tedavi zorlukları açısından öne çıkmaktadır.

1. Vasküler Demans: Alzheimer'dan sonra en yaygın ikinci demans türüdür. Vasküler demans, beyne kan akışının engellenmesi sonucu ortaya çıkar ve genellikle inme veya beyin damarlarının hastalığı sonucunda gelişmektedir (Bozluolçay & Erkol, 2021). Alzheimer hastalığından farklı olarak, vasküler demans genellikle ani başlangıçlıdır ve ilerlemesi basamaklı bir şekilde olmaktadır.
2. Lewy Cisimcikli Demans: Bu demans türü, beyinde anormal protein yığılması olan Lewy cisimciklerinin birikmesiyle karakterizedir. Alzheimer hastalığına kıyasla, Lewy Cisimcikli Demans hastaları genellikle halüsinasyonlar, uyku bozuklukları ve motor hareketlerde bozulma gibi belirtiler göstermektedir (Taylor, 2020).
3. Frontotemporal Demans: Alzheimer hastalığından farklı olarak, frontotemporal demans genellikle davranış ve kişilik değişiklikleri ile kendini gösterir ve hafıza kaybı daha az belirgindir (Magrath Guimet vd., 2022). Bu tür, beyinin frontal ve temporal loblarında nöron kaybı ile kendini göstermektedir.
4. Parkinson Hastalığına Bağlı Demans: Parkinson hastalığı olan bireylerin bir kısmı, hastalığın ilerleyen evrelerinde demans geliştirmektedir. Motor semptomlar ve titreme gibi Parkinson belirtileri ile bilişsel düşüşü içermektedir (Kahraman, 2022).

Alzheimer hastalığı, diğer demans türlerine göre daha yüksek prevalansa sahiptir ve genellikle yavaş ilerleyen bellek kaybı ve davranışsal semptomlar belirgindir. Diğer türlerin aksine, Alzheimer hastalığı başlangıçta daha az motor semptomlar ve daha fazla nöropsikiyatrik belirtilerle ilişkili olup zaman içinde tablo ağırlaşmaktadır. Alzheimer hastalığının tedavi yaklaşımları genellikle bilişsel destek ve yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanırken, diğer demans türlerinin tedavileri altta yatan nedenlere göre farklılık gösterebilmektedir (Self & Holtzman, 2023). Bu nedenlerle, Alzheimer hastalığı demans araştırmalarında ve tedavi stratejilerinde merkezi bir öneme sahiptir.

2.1.4. Alzheimer Hastalığının Diğer Demans Türleri Arasında En Önemli ve En Yaygın Olma Sebepleri

Alzheimer hastalığı, demansın en yaygın formu olarak bilinir ve dünya genelinde milyonlarca kişiyi etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalığın yaygınlığı, özellikle yaşlanan nüfusla birlikte artmakta, bu da Alzheimer hastalığına karşı geniş çapta bir farkındalık yaratılmasını zorunlu kılmaktadır. Hastalığın belirgin semptomları ve ilerleyici doğası, hastaların ailelerini derinden etkiler ve bakımveren rolü üstlenen aile üyeleri ekonomik ve duygusal olarak büyük zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Toplumsal açıdan bakıldığında, Alzheimer hastalığının yarattığı yük, sağlık hizmetlerine olan talebi artırarak toplumun her kesiminden geniş çaplı destek ve kaynakların mobilizasyonunu gerektirmektedir (Öz, 2022). Tedavi ve araştırma konusunda ise, Alzheimer hastalığı hâlâ büyük zorluklar barındırmaktadır; hastalığın karmaşık patofizyolojisi, etkili tedavilerin geliştirilmesini zorlaştırmakta ve kesin bir tedavi henüz mevcut olmamaktadır (Alıcılar & Çalışkan, 2021). Bu durum, bilim insanlarını hastalığın daha iyi anlaşılması ve yönetilmesi için sürekli olarak yeni araştırmalara yönlendirmekte, böylece Alzheimer hastalığının diğer demans türleri arasında öne çıkmasına neden olmaktadır.

2.1.5. Alzheimer Etyopatogenezi

Alzheimer hastalığının etyopatogenezi, kompleks ve tam olarak anlaşılmamıştır. Ancak, Alzheimer hastalığının gelişimine katkıda bulunan birkaç temel faktör ve patolojik mekanizma belirlenmiştir. Bu faktörler genetik yatkınlık, çevresel etkenler ve yaşlanma süreci ile ilişkilendirilmektedir. Hastalığın karakteristik özellikleri, beyin dokusunda amiloid beta plakları ve nörofibriller yumakların birikimiyle açıklanmaktadır (Ma, 2022).

1. Amiloid Beta (A β) Plakları

Alzheimer hastalığının en belirgin patolojik işaretlerinden biri, beyinde amiloid beta proteininin anormal birikimidir. Amiloid öncü proteinden (APP) türetilen bu protein parçaları, beyin dokusunda plaklar oluşturarak sinir hücrelerinin arasındaki iletişimi bozmaktadır. Genetik faktörler (özellikle APOE ϵ 4 aleli) ve çevresel faktörler bu proteinin anormal işlenmesine katkıda bulunabilmektedir (Sheppard & Coleman, 2020).

2. Nörofibriller Yumaklar (Tau Protein Birikimi)

Alzheimer hastalığında görülen bir diğer patoloji, tau proteininin anormal fosforilasyonu ve sonucunda nöronlar içerisinde nörofibriller yumakların oluşmasıdır. Normalde mikrotübülleri stabilize eden tau proteininin işlev bozukluğu, nöronların iç iskelet yapısının çökmesine ve sonuç olarak hücre ölümüne yol açmaktadır (Bellenguez, 2022).

3. Sinaptik Disfonksiyon ve Nöron Kaybı

Amiloid beta plakları ve tau protein birikimi, sinir hücrelerinin hasar görmesine ve ölmesine neden olmaktadır. Bu durum, sinaptik bağlantıların kaybıyla sonuçlanarak, hastaların bilişsel yeteneklerinde azalmayla görülmektedir (Ma, 2022).

4. İnflamasyon

Alzheimer hastalığında inflamasyonun da önemli bir rol oynadığı gözlemlenmiştir. Amiloid plakları ve nörofibriller yumaklar, mikrogial hücrelerin aktivasyonunu tetikleyerek, inflamatuvar yanıtın artmasına ve nöron hasarının ilerlemesine yol açmaktadır.

5. Oksidatif Stres

Oksidatif stres, serbest radikallerin hücrelere zarar vermesi sürecidir ve Alzheimer hastalığının patogeneziyle bağlantılıdır. Nöronlarda artmış oksidatif stres, hücre hasarını tetikleyerek hastalığın ilerlemesini hızlandırmaktadır (Özkan, 2022).

6. Genetik Yatkınlık

Alzheimer hastalığının gelişiminde genetik faktörler kritik öneme sahiptir. Geri dönüşü olmayan Alzheimer genelde yaşla birlikte artmaktadır. Başlangıç yaşı hastalığın genetik olup olmadığını anlamak açısından değerlidir (Düzen, 2017). Özellikle, erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı, genellikle genetik mutasyonlar (PSEN1, PSEN2 ve APP genlerinde) ile ilişkilidir. Geç başlangıçlı formda ise, APOE ε4 aleli en önemli genetik risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hanağası, 2021).

2.1.6. Alzheimer Evreleri

Alzheimer Hastalığı (AD) sürecinde günlük aktivitelerin yürütülmesindeki fonksiyonel değişiklikler zaman içinde yıkım yaratarak ilerlemektedir. Hastalık ilerlerken hasta gerilmektedir (Therriault vd., 2022). Bu değişimi anlayabilmek hastalığı evrelendirmeye dayanmaktadır. Alzheimer hastalığı evrelemesi çok öncelere dayanmakla birlikte, Reisberg'in (1982) sunduğu yedi evreli bir çerçeve olan Global Bozulma Ölçeği temel bir rehber olmuştur. Sonrasında ise 2021 yılında Ulusal Yaşlanma Enstitüsü - Alzheimer Derneği (NIA-AA) çalışma grubu tarafından başka bir varyasyon olan altı evre önerilmiştir (Şekil 1). Bu evrelendirme klinik öncesi dönem, semptomların belirgin olmadığı, hafif kognitif bozulma gibi evreleri de içermektedir (alzint., 2022)

Alzheimer Hastalığında klinik evreleri anlamak Wimo (2023)'nın belirttiği üzere, semptomların ortaya çıkışını ve ilerlemesini geciktirmek noktasında kritik bir öneme sahiptir.

Klinik bir evreden diğetine geçişi geciktirmek hasta yakını, kurumlar ve hükümetlerde bakım verme süreçlerinin ve maliyetlerinin planlanması bakımından değerlidir.



Şekil 1: Klinik Evrelendirme (alzint, 2022)

İllüstrasyonlar dikkate alındığında 1-3 Numaralı İllüstrasyonlar demans öncesi süreci ifade etmektedir.

1. Semptom olmadan hastalığın sinsice ilerlediği faz,
2. Bellek gerileme hissi ile karakterize olan durum,
3. Bellek normal seviyelerin altında, unutkanlık günlük yaşam aktivitelerini hafif düzeyde etkiler. Demans öncesi olan bu aşama; hafif kognitif bozulmadır.

4-6 Numaralı İllüstrasyonlar ise demans evrelerini belirtmektedir.

4. Hafif demans evresi: Bellek bozulması belirgin, dikkat veya dil becerileri kişinin günlük işlerini (finans, alışveriş vb.) özerk olarak idare etme yeteneğini engeller.

5. Orta demans evresi: Fonksiyonların ciddi derece etkilendiği, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin bozulma. Yaşamın sürdürülebilmesinde çok sık bir diğetine ihtiyaç duyma.

6. Şiddetli demans evresi: Temel aktivitelerdeki bozulmalarla günlük yaşamda ciddi fonksiyonel etkiler nedeniyle bir diğetine tam bağımlılık. Kişi, kendi bakımını yapamaz hale gelmiştir (alzint., 2022).

Türkiye Alzheimer Derneği'nin tanımlamalarında ise Alzheimer üç evrede ifade edilmektedir (Alzheimerderneği, 2023).

Erken Evre:

- Bu dönem genellikle hastalığın ilk 2-4 yılı içerisinde görülür.
- Yakın zamanda yaşananları hatırlamada zorluklar, konu veya soruların tekrarlanması tipiktir.
- Kendini ifade etmede hafif güçlükler ve yazı yazmada veya alet kullanmada başlangıç zorlukları ortaya çıkabilir.
- Depresyon gelişebilir ve kişilik değişiklikleri görülebilir.
- Yeni beceriler öğrenilemez ve hasta genellikle hastalığını inkar eder.
- Sinirlilik ve ilgisizlik gibi duygusal durumlar gözlenebilir.
- Günlük yaşamda dikkatli gözlemciler küçük aksamalar fark edebilir, ancak genel olarak ciddi bir sorun görülmez.

Orta Evre:

- Bu evre, hastalığın genellikle 2-10 yıllık dönemini kapsar.
- Geçmişteki anılar ve öğrenilmiş bilgiler yavaş yavaş silinmeye başlar.
- Problemlerle başa çıkma yeteneğinde belirgin azalma yaşanır ve bellek bozuklukları yaşamın çeşitli alanlarını etkiler.
- Yön bulma yetisi bozulur ve sebep-sonuç ilişkisi kurmada güçlükler yaşanır.
- Kaybolma riski artar ve uyku düzeninde bozulmalar görülebilir.
- Davranışsal semptomlar daha belirginleşir ve günlük yaşam aktivitelerinde yardım gerekliliği artar.
- Kişi, yakınlarını tanımakta zorlanır ve yeni bilgileri öğrenemez.

- Çok adımlı görevlerde (örneğin giyinme) zorlanır ve yeni durumlarla başa çıkmakta güçlük çeker.
- Delüzyonlar, paranoya ve hırsızlık gibi suçlamalar ile olmamış olayları gerçekmiş gibi anlatma (hikaye yazma, hezeyan) görülebilir.

İleri Evre:

- Bu son evre genellikle 1-3 yıl sürer.
- Hastanın geçmiş ve şimdiki zamanı birbirine karıştırması, yakınlarını tanıyamaması gibi belirtiler görülür.
- İletişim yeteneği ciddi derecede bozulur ve düşmeler yaşanabilir; hasta yatağa bağımlı hale gelebilir.
- Yutma sorunları ve inkontinans gibi fiziksel problemler ortaya çıkar.
- Psikiyatrik semptomlar çok daha belirginleşir ve hasta tamamen bakıma muhtaç hale gelir.
- Genellikle pnömoni ve diğer enfeksiyonlar nedeniyle yaşamını yitirir.

Alzheimer hastalığının üç evresi boyunca görülen semptomlar, hastalığın ilerlemesiyle birlikte artan karmaşıklık ve zorlukları yansıtmaktadır. Hastalığın erken evresinde, semptomlar genellikle hafif ve yönetilebilir niteliktedir. Bu dönemde, bellek sorunları ve kendini ifade etmede yaşanan hafif zorluklar gibi belirtiler, hastaların günlük yaşamlarına etki etmeye başlar ancak bağımsız yaşamaya engel teşkil etmemektedir. Hastalar ve aileleri için bu dönem, gelecekteki ihtiyaçlar için hazırlıklı olma ve destek sistemlerini güçlendirme zamanı olarak öngörülmektedir. Orta evreye gelindiğinde, Alzheimer hastalığının etkileri daha belirgin hale gelmiştir ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürmeleri zorlaşmıştır. Bellek bozuklukları derinleşerek, zaman ve mekan algısı bozulmakta ve davranışsal değişiklikler daha sık

ve şiddetli bir hâl almaktadır. Bu evre, bakım verenler için özellikle zorlayıcıdır çünkü hastaların sürekli gözetim ve yardıma ihtiyaçları artmaktadır. İleri evrede ise, Alzheimer hastalarının çoğu bir diğerine bağımlı hale gelmektedir. Bu dönemde çoğunlukla iletişim yeteneğini kaybeden hastalar fiziksel sağlık sorunları ile de mücadele etmektedir. Psikiyatrik semptomların daha zorlayıcı olduğu bu süreçte bakım çok daha ağır hale gelmektedir (Baral Kulaksızoğlu, 2009). Bu evre bakımveren üzerinde ciddi zorlayıcı bir etkiye sahiptir. Bu zorlayıcı süreç hastanın özbenlik duygusuna da zarar vermekle birlikte bakımverenler için destek sistemlerinin varlığını zorunlu kılmaktadır.

2.1.7. Alzheimer'in Belirtiler Açısından Değerlendirilmesi

Alzheimer hastalığı, özellikle erken aşamalarda unutkanlık ve öğrenme güçlükleri gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte, bireylerde zaman ve mekan algısı bozulmaktadır ve dil kullanımı ile karar verme yetenekleri zayıflamaktadır. Kişilik değişiklikleri, sosyal izolasyon ve uyumsuz davranışlar gibi psikososyal belirtiler çok belirgindir. İlerleyen evrelerde, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerisi ciddi şekilde bir diğerine bağımlılıkla sürmektedir. Ayrıca, duygusal tepkilerde değişiklikler ve motor fonksiyonlarda bozulma gibi fiziksel belirtiler de ortaya çıkmaktadır. Alzheimer hastalığının bu belirtileri, bireylerin ve bakımverenlerin hayatlarını derinden etkilemekte ve kapsamlı destek ve uygun müdahaleler gerektirmektedir (Ciurea vd., 2023)

1. Unutkanlık: Alzheimer hastalığının en yaygın ve erken belirtilerinden biridir. Özellikle yeni bilgileri hatırlamada güçlük çekme şeklinde ortaya çıkar. Hastalar yakın tarihli olayları veya sohbetleri unutabilirler.
2. Yol Bulma Sorunları: Hastalar tanıdık ortamlarda bile yolunu bulmakta zorlanabilir. Alzheimer hastalığı, mekansal yönelim yeteneğini etkiler, bu da kişinin yer ve mekan algısının bozulmasına yol açar.

3. Zaman Şaşırma: Bu belirti, hastaların tarih ve zamanı karıştırmalarını içerir. Günün saati, ay veya yıl gibi zaman kavramları ile ilgili zorluklar yaşayabilirler.
4. Kelime Haznesinin Azalması: Konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmakta zorluk çekme Alzheimer hastalarında sık görülür. Bu durum, iletişimde belirgin bozulmalara neden olabilir.
5. Karar Verme Sorunları: Alzheimer hastaları, karar verme süreçlerinde zorlanabilir. Bu, yemek seçimi gibi günlük kararlardan, finansal kararlara kadar geniş bir yelpazeyi etkileyebilir.
6. Muhakeme Yeteneğinin Kaybolması: Mantıklı düşünme ve problem çözme becerileri azalır. Bu durum, hasta için basit matematik işlemleri yapmayı veya günlük sorunları çözmeyi zorlaştırır.
7. Kişilik ve Huy Değişiklikleri: Hastaların kişiliklerinde ve genel davranışlarında değişiklikler gözlenebilir. Örneğin, daha çabuk sinirlenme veya asosyal davranışlar sergileyebilirler.
8. Çeşitli Davranış Değişiklikleri: Alzheimer hastalığının ilerlemesiyle hastalar, uyku düzenlerinde değişiklik, huzursuzluk veya alışkanlıklarında farklılıklar gibi çeşitli davranış değişiklikleri gösterebilir.
9. Olaylara İlgi Azalması: İlgi alanlarının daralması ve daha önce keyif alınan aktivitelerden uzaklaşma tipik bir belirtidir.
10. Günlük Yaşam Becerilerini Yerine Getirmekte Güçlük: Alzheimer hastaları, kendilerine bakım yapma, giyinme, yemek yeme gibi temel yaşam becerilerini yerine getirmede zorlanabilir (Chen, 2021; Eroğlu, 2003).

2.2 Alzheimer Hastalığında Hasta Yakını (Bakımveren) Olmak

Alzheimer hastalığı, bilişsel gerilemenin ötesinde, çeşitli nöropsikiyatrik ve davranışsal rahatsızlıkla komorbid, kişinin günlük yaşam aktivitelerini bozan ve hem fiziksel hem de psikolojik olarak önemli yıkımlara yol açan ilerleyici bir hastalıktır.

Bu durum, hastanın kendisi ve ona bakım verenler için günlük rutinleri ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir (Porsteinsson vd., 2021). Alzheimer tanısı alan hastaların değişen yaşamına eşlik etmek durumunda olan yakınları bu süreçte birçok güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Alzheimer hastaları günlük yaşamlarını ve aktivitelerini etkileyecek şekilde düşünme, hatırlama ve akıl yürütme fonksiyonlarında değişiklikler yaşamaktadır (Gonzalez vd., 2011). Zaman içerisinde hastalar basit, günlük görevlerde daha fazla yardıma ihtiyaç duymaya başlaması sebebiyle yakın bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hastalığa ait özellikler nedeniyle bakım sürecinde, erken dönemde ve hastalık ilerledikçe göz önünde bulundurulması gereken birçok faktör bulunmaktadır. Örneğin banyo yapmak, giyinmek, yemek yemek gibi rutinleri her gün aynı saatte sürdürmeye çalışmak hastanın uyumunu artıracaktır. Ayrıca Alzheimer hastaları bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çektikleri için iletişim kurmak zor olabilmektedir. Çoğu zaman tedirgin, kaygılı ve öfkeli olabilmektedirler. Öte yandan hastalığı içe dönük, sessiz yaşayan hastalar da vardır. Hastanın ritmini anlamak ve ona uyumlanmak, bakım veren için farkındalığın gelişmesi ve sürecin yönetiminde oldukça değerlidir (Galvin vd., 2021). Öte yandan gittikçe ilerleyen ve hastayı gerileten bu süreç bakımveren çok zorlayıcıdır.

Bellek kaybı ve kafa karışıklığı gibi belirtiler zamanla artmaktadır (Manzini ve Vale, 2020). Alzheimer hastalarına bakım verenler, kendi özel yaşamları, sosyal hayatları, mesleki işlevsellikleri ve bakım süreci ile ilgili önemli zihinsel ve fiziksel yüklerle baş etmek zorunda kalabilmektedir (Whitlatch ve Orsulic-Jeras, 2018). Bu zorlu süreç içerisinde Alzheimer hastalarına bakım verenlerde kaygı ve depresyon gelişebilmektedir (Cooper vd., 2007). Bu durum Alzheimer hastasının davranış sorunları, bilişsel bozuklukları, işlevsel yetersizliklerinden ve bakım süresinden kaynaklanabilmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008). Alzheimer hastalarının ruhsal ve davranışsal bozuklukları bakım verenlerin sağlığı üzerinde olumsuz etkiye neden olabilmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2006). Alzheimer hastalığı olan birine bakım vermek, kişilerde baş edilmesi zor yoğun strese neden olabilmektedir (Burgess vd., 2010). Stresin kişi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi önemli görülmektedir. Sosyal destek, bakım verenlerin yaşadıkları zorluklar karşısında yardımcı bir tampon sağlayacaktır. Stresi tamponlama hipotezi adı verilen bu durum, desteğe ihtiyacı olan kişiye değişen yeterlilik algısı yoluyla strese karşı tampon oluşturabileceğini ileri sürmektedir (Roepke vd., 2008).

Alzheimer kronik ve ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle sürekli bakım desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu hastalara bakım verme birçok kişi için zorlayıcı olabilmektedir. Bakım verenlerde zihinsel ve fiziksel yorgunluk sık görülmektedir (Ashrafizadeh vd., 2021). Yetersiz destek, ekonomik zorluklar, iş yükünün fazlalığı, bakım verenlerde kaygı ve depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal soruna neden olabilmektedir (Weng ve Nguyen, 2011). Alzheimer hastalarına bakım verenlere sunulan destek, kişilerin iş yükünü ve stresini azaltmaktadır. Dolayısıyla sosyal destek, daha etkin bir bakım verme sürecine katkı sunarak hastalığın hızlı ilerleyişini yavaşlatabilmektedir. Alzheimer hastalarına sunulan bakımın temel amacı hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ve aynı zamanda hastalara, bakım verenlere ve ailelerine destek sağlamaktır (Whitlatch ve Orsulic-Jeras, 2018).

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, Alzheimer tanısı alan hastaların bakım sürecinde yardımcı olabilecek bazı öneriler sunmaktadır;

- Hastanın mümkün olduğunca kendi bakımına dâhil edilmesinin sağlanması,
- Hastanın kendini güvende hissedeceği bir ortamın oluşturulması,
- Sakin ve sabırlı olunması,
- Mümkün olduğu kadar çift yönlü bir konuşmanın teşvik edilmesi,
- Hastanın kişisel alanına saygı gösterilmesi ve nazik olunması,
- Hastanın bakım sürecinde rutinlerin oluşturulması,
- Kişinin keyif aldığı aktivitelerin bakım planına dâhil edilmesi ve bunların mümkün olduğu kadar aynı saatlerde gerçekleştirilmesi,
- Ev kazalarını önlemek için gerekli düzenlemelerin yapılması ve ev güvenliğinin sağlanması,
- Hastanın aktif kalmasını sağlamak için yapabileceği etkinliklere (basit ev işleri, egzersiz, bahçe işleri gibi) dâhil edilmesi ve bu konuda desteklenmesi,
- Hastanın, yakınlarının ve bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi edinmesi,
- İhtiyaç halinde diğer aile üyelerinden ve ilgili sağlık bakım hizmetlerinden destek istenmesi,
- Bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik iyi oluşlarını sürdürmeleri ve kendilerine vakit ayırmaları,
- Alzheimer bakım destek gruplarına katılım sağlanması,

- Stres ve kaygıyla başa çıkmaya yardımcı olması için ruh sağlığı uzmanlarından yardım alınması önemli görülmektedir.

Tüm bunların ötesinde bakımverenler, Alzheimer'den muzdarip olan yakınlarının onurunu ve kişiliklerini koruyan kişilerdir. Bu sebeple bakımı üstlenilen kişiler sadece hasta olarak görülüp birey kabul edilmediklerinde bu durum, bakımveren üzerinde kaçınılmaz olarak bakım yükünü artırmaktadır.

2.3. Alzheimer Hastalığında Psikoeğitim

Psikoeğitim, psikolojik bilgi ve becerilerin aktarılmasını sağlayan, bireylerin duygusal, zihinsel ve davranışsal sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen bir eğitim yaklaşımıdır (Sarkhel vd., 2020). Bu yaklaşım, bireylere çeşitli konularda bilgi vermek, beceriler kazandırmak ve kişisel gelişimlerini desteklemek için kullanılır. Psikoeğitim, psikoloji alanındaki araştırma ve uygulamaların pratik bir şekilde kullanılmasını içerir ve genellikle bireylerin kendi yaşamlarındaki sorunları ele almalarına yardımcı olur (Brown vd., 2020). Bu eğitim yaklaşımının temel amacı, bireylerin psikolojik sağlıklarını iyileştirmek ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır (Rodrigues vd., 2022). Bu nedenle psikoeğitim, insanların kendi potansiyellerini gerçekleştirmelerine, sorunlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına ve daha sağlıklı ilişkiler kurmalarına yardımcı olabilir. Örneğin, stres yönetimi becerileri kazanmak, ilerideki stresli durumlarla başa çıkmak için önleyici bir strateji olabilir. Aynı şekilde, sağlıklı iletişim becerileri geliştirmek, kişilerarası çatışmaları önlemede etkili olacaktır.

Psikoeğitim, stres yönetimi, duygusal zekâ, iletişim becerileri, ilişki problemleri, öfke yönetimi, kaygı azaltma, problem çözme becerileri gibi bir dizi farklı konuda uygulanabilir. Her bir konu, bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları güçlükleri ele almayı ve daha mutlu bir yaşam sürmeyi hedefler (Sarkhel vd., 2020). Psikolojik sağlığı desteklemek ve geliştirmek için etkili bir araç olan psikoeğitim, çeşitli yöntemlerle uygulanabilir. Grup çalışmaları, seminerler, atölye çalışmaları, bireysel danışmanlık seansları, çevrimiçi kaynaklar ve yazılı materyaller gibi farklı formatlar kullanılabilir. Bu yöntemler, bireylerin öğrenme tarzlarına ve ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir (Crane vd., 2022). Bireylerin kendilerini daha iyi anlamalarına, duygusal becerilerini geliştirmelerine ve yaşamlarında daha fazla memnuniyet ve tatmin elde

etmelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle, psikoeğitim programlarına erişim sağlamak ve bu kaynaklardan faydalanmak önemlidir.

Alzheimer hastalığı, hem hasta bireyin hem de onlara bakım verenlerin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Psikoeğitim, Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin bu hastalıkla başa çıkma becerilerini artırmaya yardımcı olmaktadır. Alzheimer hastalığı hakkında temel bilgilerin sunulması psikoeğitimin önemli bir parçasıdır (de Araujo vd., 2023). Alzheimer hastalarına, yakınlarına ve bakım verenlerine hastalığın belirtileri, ilerleyişi ve tedavi seçenekleri gibi konular hakkında bilgi vermek önemli katkılar sunacaktır. Örneğin, Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin, hastalığın ne olduğunu ve nasıl ilerlediğini anlamaları, hastalıkla başa çıkmak için daha etkili stratejiler geliştirmelerine yardımcı olabilir. Hastalıkla ilişkili stres, endişe, korku ve üzüntü gibi duygularla başa çıkmak zor olabilir (Cooper vd., 2008). Bu bağlamda psikoeğitim, Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin duygusal ihtiyaçlarını anlamalarına ve ele almalarına destek sağlayacaktır. Karmaşık duyguları tanımlamayı, kabul etmeyi ve bunlarla başa çıkmak için etkili stratejiler geliştirmeyi destekleyecektir (Zahed vd., 2020). Aynı zamanda, Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin birbirleriyle duygusal olarak bağlı kalmalarını ve birbirlerine destek olmalarını teşvik edebilir. Bununla birlikte, Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin pratik becerilerini geliştirmek de önemlidir (Brown ve Witt, 2018). Bu, günlük yaşam becerilerini sürdürmeyi kolaylaştırmak için pratik stratejiler içerebilir. Örneğin, hastalığın ilerlemesiyle birlikte hafıza sorunları ortaya çıkabilir, bu nedenle not alma teknikleri veya hatırlatıcı cihazlar kullanmak faydalı olabilir. Aynı şekilde, iletişim becerilerini geliştirmek ve hastanın kendini ifade etmesine yardımcı olmak da önemlidir.

Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin sosyal destek ağlarını genişletmeleri de psikoeğitimin bir parçası olabilir. Destek gruplarına katılmak, danışmanlık hizmetlerinden yararlanmak veya çevrimiçi kaynaklardan faydalanmak örnek olarak verilebilir (Sarkhel vd., 2020). Diğer insanlarla benzer deneyimleri paylaşmak, duygusal destek sağlayabilir ve hastalıkla başa çıkmak için yeni stratejiler öğrenmeye yardımcı olabilir. Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin gelecekle ilgili planlama yapmaları da önemlidir. Bu, ilerleyen dönemlerde bakım seçeneklerini tartışmayı, ileri direktifler oluşturmayı ve mali planlamayı içerebilir

(Beinart vd., 2012). Gelecekle ilgili planlama yapmak, hem hasta bireyin hem de aile üyelerinin gelecekteki belirsizliklerle başa çıkmasına yardımcı bir kaynak sağlayacaktır. Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin psikoeğitimden faydalanması, hastalıkla başa çıkmak için gerekli bilgi, beceri ve destekleri sağlayabilir. Burada temel amaç stresi azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve daha iyi bir yaşam deneyimi sunmaktır (Hoffman vd., 2018). Bu nedenle, Alzheimer hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin psikoeğitime erişim sağlamaları ve bu kaynaklardan faydalanmaları önemlidir. Psikoeğitim, psikolojik sağlık ve iyilik halini desteklemek amacıyla kullanılan etkili bir eğitim yaklaşımıdır. Aynı zamanda bireylerin psikolojik sağlık ve refahlarını geliştirmek için güçlü bir araçtır. Doğru şekilde uygulandığında, bireylerin yaşamlarında olumlu ve sürdürülebilir değişiklikler yapmalarına yardımcı olacaktır (Vreeland, 2012). Bu nedenle, psikoeğitim programlarının yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılması önemlidir.

Yapılan birçok araştırma psikoeğitimin faydaları hakkında veriler sunmaktadır: Brown ve Witt'in (2018) yapmış oldukları araştırmada demanslı bireylerin bakım verenleri için psikoeğitim programlarının etkisini incelemiştir. Meta-analiz yöntemi kullanılarak yapılan bu çalışma, psikoeğitimin bakım verenlerin stres düzeyini azaltmada ve bakım verme becerilerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Bir başka araştırmada demanslı bireylerin bakım verenleri için farklı psikoeğitim programlarının etkisi incelenmiştir. Araştırmacılar, psikoeğitimin bakım verenlerin depresyon, stres ve bakım verme yükü gibi alanlardaki semptomlarını azaltmada önemli bir rol oynadığını bulmuşlardır (Pinquart ve Sörensen, 2006). Demanslı bireylerin bakım verenleri için çeşitli psikoeğitim programlarının etkisinin incelendiği bir diğer araştırmada, psikoeğitim programlarının bakım verenlerin psikososyal ihtiyaçlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmede etkili olduğu bulunmuştur (Hoffman vd., 2018). Schulz ve Martire (2004) yapmış oldukları araştırmada demanslı bireylerin bakım verenlerinin deneyimleri ve ihtiyaçlarını incelemiştir. Araştırmacılar, psikoeğitim programlarının bakım verenlerin stres düzeyini azaltma, bakım verme becerilerini artırma ve bakım verenlerin sağlık ve refahlarını destekleme açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Psikoeğitim Oturumlarının Temel Bileşenleri (Sarkhel vd., 2020)

Etiyolojik faktörler
Yaygın belirtiler ve semptomlar
Nüksetmenin/nüksetmenin erken belirtilerine ilişkin farkındalık
Durumla nasıl başa çıkılır
Çeşitli tedavi seçenekleri
Tedaviye ne zaman ve nasıl başvurulur
Tedavi ekibinin rehberliği doğrultusunda tedaviye uyum ihtiyacı
Uzun vadeli seyir ve sonuç
Hastayla ilgili aile üyelerinin yapması ve yapmaması gerekenler
Hastalıkla ilgili mitleri ve yanlış anlamaları ortadan kaldırmak ve damgalamayı ortadan kaldırmak

Psikoeğitimin Hedefleri (Bäuml vd., 2006)

Hasta ve yakınlarının “temel yeterlilik” kazanmalarının sağlanması
Hastalığın bilgili ve kendinden sorumlu bir şekilde ele alınmasını kolaylaştırmak
Hastaların “uzman” olarak rolünü derinleştirmek
Profesyonel terapötik yöntemlerin ve güçlendirmenin optimum kombinasyonu
Hastalığa ilişkin içgörünün ve uyumun iyileştirilmesi
Tekrarlamanın önlenmesinin teşvik edilmesi
Kriz yönetimi ve intiharın önlenmesiyle ilgilenmek
Sağlıklı bileşenlerini desteklemek
Bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinden tasarruf etmek

2.4. Davranışsal Semptomların Yönetiminde Bakımveren Eğitimi

Davranışsal semptomlar demans sürecinin merkezi bir klinik özelliği olduğundan, bakım bağlamında bu semptomların önlenmesi ve yönetimi, dünya çapında bir sağlık önceliği olarak belirlenmiş ve dikkate alınmıştır. Bununla birlikte, hasta yakınları ve resmi kurumda bakımverenler demans eğitimine erişim sağlayamamakta, demansla ilişkili Nöropsikiyatrik Semptomların (NPS) etkili önlenmesi ve yönetimi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmamaktadır.

Ayrıca, davranışsal semptomların demans sürecinin bir parçası olduğunu, bir iletişim biçimi ve/veya bir ihtiyacın ifadesi olabileceğini ve “kasıtlı” olmadığını her zaman anlamamaktadır (Gitlin ve Kales, 2012). Öte yandan davranışsal semptomları sistematik olarak tanımlamak ve bu semptomların önlenmesi ve/veya hafifletilmesi için stratejiler geliştirmek için kanıta dayalı ilaç dışı yaklaşımlar bulunmaktadır. Davranışsal semptomların önlenmesi ve yönetilmesi için hasta yakınlarını da içeren bir iş gücünün hazırlanması, demans eğitimini ve davranış yönetimi stratejilerini etkili bir şekilde aktarmanın en iyi yollarına dair kanıtlara dayanmalıdır (Arthur vd., 2017).

2.5. Alzheimer Hasta ve Yakınlarına Yönelik Hizmetler

Alzheimer hasta ve yakınlarına desteklenmesine yönelik hizmetler incelendiğinde; hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için kişisel bakım, evde sağlık hizmetleri gibi aksiyonların alındığı bilinmektedir Psikolojik destek ya da psikoeğitim çalışmalarının ise daha çok gönüllülük esasına dayandığı görülmektedir (Erim & Yücel, 2022).

Evde Bakım Hizmetleri: Sağlık mensupları ve profesyonel bakıcılar aracılığıyla evde sunulan sağlık ve bakım hizmetleridir. Bu hizmetler, hastaların ev ortamında rahat etmelerini ve ailelerinin üzerindeki yükü hafifletmeyi amaçlamaktadır. Ancak sürecin ücretsiz ve tam bakım şeklinde sürdürülebilmesi için devlet tarafından tam desteğe ihtiyaç duyulmaktadır.

Palyatif Bakım: İleri evre Alzheimer hastaları için konfor odaklı bakım sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu bakım, hastanın yaşam kalitesini artırmayı ve ağrı gibi semptomları yönetmeyi hedeflemektedir.

Huzurevi ve Uzun Süreli Bakım Tesisleri: Bazı durumlarda, hastaların ihtiyaçlarına uygun olarak uzun süreli bakım tesislerinde bakımının sürdürülmesi tercih edilmektedir.

Eğitim ve Bilgilendirme: Alzheimer hastalığı ve bakımı hakkında eğitimler ve bilgilendirici materyaller, hem hastaların hem de bakım verenlerin hastalıkla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağlamaktadır. Bu tip hizmetler Türkiye Alzheimer Derneği ve Belediyeler aracılığıyla gönüllülük kapsamında yürütülmektedir. Buna en güzel örnek Kadıköy Belediyesi 19 Mayıs ve Göztepe Alzheimer Merkezleridir.

2.6. Psikolojik Destek Sürecinde Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT), bireylerin depresyon ve diğer psikolojik sorunları hafifletmeye yönelik kısa süreli bir terapi şeklidir. Bu terapi yöntemi, insanların yaşadığı ruhsal sorunların çoğunun, kişisel ilişkiler ve sosyal etkileşimlerdeki zorluklardan kaynaklandığını temel almaktadır. Gerald Klerman ve Myrna Weissman (1994) tarafından geliştirilen KİPT'in, özellikle depresyon tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır ve günümüzde birçok farklı psikiyatrik durum için de uygulanmaktadır. Yaklaşımın temel prensibi, kişinin mevcut ilişkilerini ve bu ilişkilerin psikolojik durumu üzerindeki etkilerini incelemektir. Terapi, bireyin ilişkilerde yaşadığı çatışma, kayıp ve yas, rol değişiklikleri ya da ilişki beceri yoksunluğu gibi dört ana alanı ele almaktadır (Yüksel, 2019). Süreçte sorun alanı tespit edilerek, nasıl başa çıkılacağına dair çalışmalar yapılmaktadır. Bağlanma temelinde işleyen terapi süreci genellikle 12 ila 16 hafta süren seanslardan oluşmaktadır. Her seans, bireyin ilişkilerini ve bu ilişkilerin duygusal durumu üzerindeki etkilerini değerlendirerek, sağlıklı iletişim kurma ve çatışmaları çözme becerilerini geliştirmeye odaklanmaktadır. Bu süreç içerisinde, bireyin mevcut ilişkilerini daha işlevsel hale getirme ve yeni ilişkiler kurma yeteneğini güçlendirmek ana hedeflerden biridir (Sayar & Omay, 2019). KİPT, aynı zamanda bireyin duygusal ifade yeteneğini ve başkalarıyla olan bağlantılarını güçlendirerek depresyonun üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. Böylelikle yaşamın zorlu dönemlerinde bireylere destek sağlayarak, onların daha sağlıklı, sosyal ve anlamlı ilişkiler kurmasına olanak tanınmaktadır.

Kullandığı tekniklerden Çember çalışması bireyin ilişkilerini, yakın ve uzak destek mekanizmaları, yaşadığı sorundan kimin farkında olduğu ya da destek verdiği, bireyin kimlere destek olduğu, yardım isteyip isteyemediği gibi süreçler üzerine eğilerek gerçekleştirilmektedir (Sayar & Omay, 2019).

Çalışmada bakımverenlerle çember çalışması gerçekleştirilmiş ve destek mekanizmaları üzerine farkındalık sağlanmıştır. Ek olarak yeniden düzenlemelere gidilmiştir. İletişim analizleri uygulanarak, bakımverenin hastası ve diğerleri olan iletişim biçimleri ve ilişkileri değerlendirilmiştir. Bakımverenlerde hastalarına tanının konulması itibarıyla yaşanan kayıp ve yas duygusu üzerine farkındalık geliştirilmesine dair çalışılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

“Alzheimer Bakımverenlerinde Psikoeğitim Temelli Psikolojik Destek Telerehabilitasyonu” çalışması, bakımverenlerin bakım yükü, psikolojik sağlamlık ve psikolojik belirtilerini incelemek amacıyla nicel araştırma türünde planlanmıştır. Ön test son test kontrol gruplu olarak tasarlanan deneysel desenli çalışmanın evrenini, Türkiye Alzheimer Derneği Türkiye genelindeki şubelerinden hizmet alan ya da şube ile irtibatta olan Alzheimer hasta yakınları oluşturmaktadır. 20 kişi deney, 20 kişi ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma, etik kurul onayı alındıktan sonra 2 ay içerisinde zoom ortamında telerehabilitasyon uygulaması yoluyla başlatılmış olup, çalışma öncesinde katılımcılara google formlar aracılığıyla ölçeklerin doldurulması istenmiş ve çalışmanın sonunda yeniden ölçek doldurulması sağlanmıştır. Verileri elde etmek üzere, Sosyodemografik Form ve Alzheimer Bilgi Formu, Kısa Semptom Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Zarit Bakım Yükü Ölçeği ve Alzheimer’in Sosyal Temsilleri Anketi veri elde etme araçları olarak belirlenmiştir. Ölçekler hakkında ayrıntılı bilgi aşağıda verilmiştir.

Sosyodemografik Form: Çalışmacı tarafından hazırlanmış Bakımveren ve hastaya ilişkin bilgilerin sorulduğu form.

Alzheimer Bilgi ve Farkındalık ile Sosyal Temsiller Anketi: Çalışmacı tarafından 5’li likert şeklinde hazırlanmış 49 sorudan oluşan, hastalığa ilişkin bilgi ve farkındalık ile hastalığın sosyal temsillerini tanımlayan soruları içeren anket.

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC): Bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini belirlemeye yönelik Connor ve Davidson, (2003) tarafından

geliştirilen bu ölçek özellikle stres, zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etme ve uyumluluğu temel almaktadır. Ölçek 25 maddeden oluşmakta ve her madde hiç doğru değil (0 puan) ve neredeyse her zaman doğru (4 puan) olmak üzere beş seçenek üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 olmakla birlikte ölçeğin kesme puanı da bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan psikolojik sağlamlığın güçlülüğüne; düşük puan ise düşük psikolojik sağlamlığa işaret eder. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,89, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,87 olarak bulunmuştur.

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory, BSI): Çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılmış pek çok araştırma mevcuttur (Hisli,1989). Kısa semptom envanterinin değerlendirilmesi: Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir. Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla, Fobik anksiyete (FA), Psikotizm (P) Anksiyete bozukluğu (AB), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), Somatizasyon (S), Kişilerarası duyarlılık (KD), Depresyon (D), Hostilite (H), Paranoid düşünce (PD) şeklinde oluşturulmuştur. Ek maddeler (EM) ise yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili yakınmalar içerir. 3 global indeks ise Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCİ), toplam belirtiler indeksi (BTİ), semptomların rahatsızlık verme durumları (SRİ) şeklindedir. Puanlanması: Hastaların işaretlediği her madde için 1 ile 4 arası bir puan oluşur. Her alt ölçek ve ek maddeler için belirlenmiş olan soruların puan toplamaları ile değerlendirme oluşur (Örn. Somatizasyon puanı için 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddelerden alınan puanlar toplanır)

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği: Çalışmada kullanılacak bir diğer ölçek ise Zarit Bakıcı Yük Ölçeğidir. Ölçek Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 22 maddeden oluşan bir ölçektir (Schreiner, 2006). Asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde oluşturulmuş 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ülkemize uyarlanması farklı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Bu uyarlama versiyonunun mevcut çalışmada kullanılmama sebebi, çalışmanın yaşlı bireylerin bakım verenleriyle yapılmış olmasıdır. Mevcut çalışmada ise Özlü ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları uyarlama çalışması kullanılacaktır. Söz konusu çalışma şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçekte 5 boyut tespit edilmiş olup bunlar; ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılıktır. Ölçeğin orijinalinde 22 madde bulunmasına rağmen, yapılan çalışmada 2 tane maddenin faktör yükü 0,50'nin altında olduğu için herhangi bir boyuta eklenememiş ve ölçek 19 madde şeklinde uyarlanmıştır (Özlü vd.,2009). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur.

Alzheimer'in Sosyal Temsilleri Anketi: Araştırmacı tarafından hazırlanmış, 49 sorudan oluşan bir ankettir. Alzheimer'in toplumsal temsiliyeti, toplumun bilgi ve farkındalığı üzerine bilgi vermektedir.

3.3. Araştırma Süreçleri

Araştırmadaki değişken ve uygulamalar:

Araştırmada uygulamalı bir çalışma yapılmış olup, telerehabilitasyon programı geliştirilmiştir. Çalışmada bağımsız değişken telerehabilitasyon programı, bağımlı

değişkenler ise bakım yükü, psikolojik sağlamlık ve psikolojik belirtiler ile Alzheimer Hastalığı bilinirliği olarak belirlenmiştir. Araştırma deney grubunda 6 hafta, haftada 2 defa 90’ar dakika olmak üzere toplam 12 seans olarak uygulanmıştır.

Uygulamada Alzheimer Hastalığı, Bakım Yükü, Bakımveren odaklı psikoeğitim temelinde Kişilerarası İlişkiler yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yaklaşımın en önemli tekniği “Çember” program başında ve sonunda çalışılmıştır. Katılımcıların hastalarına dair farkındalık oluşturmak amacıyla “yetenekler envanteri” uygulanmıştır. Bir başka çalışma olarak ise pozitif psikoloji uygulamalarından olan “mektup yazma” ile dışavurumcu yazma paradigması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların kendilerini yoran yaşam olayı üzerine serbest yazımı beklenmekte olup, duygunun dışa vurumu sağlanmaktadır. Beşinci haftada tüm katılımcılardan geribildirim alınmıştır. Uygulamanın başında ve sonunda ilgili ölçekler uygulanmış, yine başında ve ara dönemde bireysel görüşmeler, akabinde ise üç ay ayda bir destek toplantıları planlanarak sürdürülmüştür. Kontrol grubu ise sadece Alzheimer Merkezlerinde yer alan bilgilendirici formları okumuştur.

Telerehabilitasyon programı:

Birinci Seans

- Karşılama
- Tanışma
- Hedef ve sürecin paylaşılması
- Grup kurallarının açıklanması
- Demans&Alzheimer Hastalığı
- Evreleri
- Davranışsal Belirtiler
- Tedavi yaklaşımları

.....
*3 madde aşağıda olarak görülen uygulamalar her seans sonunda uygulanmıştır.

1. Nefes
2. Meditasyon-
Birlikte Oturup Birlikte Yürüyoruz
Desteklerim Var
Sıkıntılarıma Sevgiyle Eğiliyorum
3. Dışavurumcu Yazma Paradigması

İkinci Seans

- Karşılama- Gündem
- Yaşam Çizelgelerinin Sunumu (Bireysel görüşmede oluşturulmuş olan)
- Bakım Veren & Bakım Yüğü hakkında bilgilendirme
- Gerçek karar verici bakımveren anlayışının kazandırılması
- Bakımveren psikolojisi hakkında bilgi verilmesi
- Yün Yumağı Etkinliğı

Üçüncü Seans

- Karşılama- Gündem
- Günlük yaşam aktivitelerinin anlaşılması
- Hastanın aşırı uyarılması & yetersiz uyarım
- Ritimlere dikkat ve uyumlanma
- Hastaların Davranışsal belirtileri ve bakımverenlerin başetme teknikleri

Dördüncü Seans

- Karşılama- Gündem
- Hastaların sıkıntı sorularının anlaşılması
- Sıkıntı sorularının taşıdığı anlamlar üzerine yeniden yapılandırma
- Stop pratikleri
- Bakım süreçlerine yönelik karar analizi
- Yün Yumağı Etkinliğı

Beşinci Seans

- Karşılama- Gündem
- Çember Çalışması
- Değişen roller üzerine bilgilendirme ve tartışma

Altıncı Seans

- Karşılama- Gündem
- Kişilerarası Formülasyon ve Özet Sunumu
- İletişim analizi- Aikido iletişimi
- Yün Yumağı Etkinliğı

Yedinci Seans

- Karşılama-Gündem
- İlişkilerde çatışmalar- Çatışma Grafiği Çalışması
- Yakın ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi

Sekizinci Seans

- Karşılama- Gündem
- İlişkilerde çatışmalar- Çatışma Grafiği Çalışması
- Yün Yumağı Etkinliği

Dokuzuncu Seans

- Karşılama – Gündem
- Rol oynama tekniği; Değişen roller ve empati
- İletişim analizi-Aikido İletişimi

Onuncu Seans

- Karşılama – Gündem
- Yas ve kayıp sorun alanı üzerine bilgilendirme
- Netleştirme tekniği; kaybın farkındalığı
- Yas süreçleri ve bu bağlamda projeksiyon geliştirme
- Yün Yumağı Etkinliği

On Birinci Seans

- Tamamlama
- Bakımveren yetkinliklerinin hissettirilmesi
- Kazanımların pekiştirilmesi
- Gelecekteki olası sorunlar üzerinden geçme ve beceriler
- Kayıp ve yas çalışmaları
- Çemberin gözden geçirilmesi
- İlişkide kalma anonsunun verilmesi

On İkinci Seans

- Tamamlama
- Bakımveren yetkinliklerinin hissettirilmesi
- Kazanımların pekiştirilmesi
- Geribildirimlerin alınması
- Kayıp ve yas çalışmaları
- İlişkide kalma
- Yün Yumağı Etkinliği



4. BULGULAR

Araştırma analiz sonuçlarının sunulduğu bu bölümde sosyodemografik veriler, ölçekler bazında ön test & son test bulguları değerlendirilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler (N=40)

Değişkenler	N	%
Yaş, Mean±SD	44,60±11,56	
Yaş, Median (min-max)	43,5 (27-71)	
Cinsiyet,		
Erkek	10	25,0
Kadın	30	75,0
Eğitim durumu		
Ortaöğretim	3	7,5
Lise	6	15,0
Yüksek öğretim	31	77,5
Medeni durumu		
Bekar	16	40,0
Evli	24	60,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	8	20,0
Gelir gidere eşit	20	50,0
Gelir giderden fazla	12	30,0
Nerede yaşıyorsunuz?		
İl	34	85,0
İlçe	6	15,0
Şu anda çalışıyor musunuz?		
Evet	27	67,5
Hayır	13	32,5
Alzheimer hastalığına dair bir eğitim/bilgi aldınız mı?		
Hayır	15	37,5
Evet, bir merkezden aldım	9	22,5
İnternet ve diğer kaynaklar	16	40,0
Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?		
Kızı	28	70,0
Oğlu	6	15,0
Eşi	4	10,0
Kardeşi	1	2,5
Akraba	1	2,5
Yanıtınız "akraba" ise belirtiniz		
Nişanlımın babannesi	1	100,0
Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?		
0-1 yıl	7	17,5
1-3 yıl	11	27,5
3-5 yıl	13	32,5

5 yıl ve üzeri	9	22,5
Hasta ile aynı evde birlikte mi yaşıyorsunuz?		
Evet	28	70,0
Hayır	12	30,0
Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?		
1 saatten az	4	10,0
1-3 saat	5	12,5
3-6 saat	8	20,0
6 saatten fazla	23	57,5
Hastanıza bakım verirken destek alıyor musunuz?		
Evet	17	42,5
Hayır	23	57,5

Tabloda kadın katılımcıların oranı (%75) erkeklerden (%25) çok daha yüksek görülmektedir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de bakım verme sürecini ağırlıklı olarak kadınlar üstlenmektedir. Eğitim durumu açısından ise yüksek öğretim görmüş bireylerin oranı (%77,5) dikkat çekicidir; bu, katılımcıların genellikle daha yüksek eğitilmiş olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerin %70’inin hastası ile aynı evde yaşadığı ve %57’sinin 6 saatten uzun süre bakım verdiği tespit edilmiştir. Bu bakım sürecinde destek almadıkları yine tablodan görülmektedir. Hastalığa dair eğitim alanlar sorgulandığında ise bu sayının bir merkezden eğitim alanlara göre düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bakım verme sürelerinin oldukça uzun olduğu Alzheimer hastalığında bu tabloya göre kontrol grubundaki katılımcıların çoğunun 6 saatten fazla bakım verdiği görülmüştür.

Tablo 2: Deney Grubu Sosyodemografik Veriler (N=20)

Değişkenler	N	%
Yaş, Mean±SD	45,05±10,82	
Yaş, Median (min-max)	44,5 (28-70)	
Cinsiyet,		
Erkek	5	25,0
Kadın	15	75,0
Eğitim durumu		
Ortaöğretim	1	5,0
Lise	2	10,0
Yüksek öğretim	17	85,0
Medeni durumu		
Bekar	11	55,0
Evli	9	45,0
Gelir durumu		

Gelir giderden az	3	15,0
Gelir gidere eşit	11	55,0
Gelir giderden fazla	6	30,0
Nerede yaşıyorsunuz?		
İl	17	85,0
İlçe	3	15,0
Şu anda çalışıyor musunuz?		
Evet	11	55,0
Hayır	9	45,0
Alzheimer hastalığına dair bir eğitim/bilgi aldınız mı?		
Hayır	5	25,0
Evet, bir merkezden aldım	4	20,0
İnternet ve diğer kaynaklar	11	55,0
Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?		
Kızı	15	75,0
Oğlu	2	10,0
Eşi	1	5,0
Kardeşi	1	5,0
Akraba	1	5,0
Yanıtınız "akraba" ise belirtiniz		
Nişanlımın babannesi	1	100,0
Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?		
0-1 yıl	2	10,0
1-3 yıl	7	35,0
3-5 yıl	7	35,0
5 yıl ve üzeri	4	20,0
Hasta ile aynı evde birlikte mi yaşıyorsunuz?		
Evet	14	70,0
Hayır	6	30,0
Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?		
1 saatten az	2	10,0
1-3 saat	3	15,0
3-6 saat	4	20,0
6 saatten fazla	11	55,0
Hastanıza bakım verirken destek alıyor musunuz?		
Evet	9	45,0
Hayır	11	55,0

Eğitim ve bilgi alma durumlarına bakıldığında, deney grubunun %55'i Alzheimer hastalığı hakkında bilgilerini internet ve diğer kaynaklardan aldığını belirtmiştir. Bu, bilgiye erişim konusunda bir farkındalık ve etkin kullanım göstergesi olabilir. Tablodan görüleceği üzere hastaya bakım veren kişi, %70 ağırlıklı kızı olarak belirtilmiştir. Ve bu oran içinde yer alan bireyler hastası ile aynı evde yaşamakta olup,

%55'inin bir desteği yoktur. Ağırlıklı olarak günde 6 saatten fazla bakım verilmektedir. Hastalığa dair bilginin ise çoğunlukla internet kaynaklarından elde edildiği saptanmıştır.

Tablo 3: Kontrol Grubu Sosyodemografik Veriler (N=20)

Değişkenler	N	%
Yaş, Mean±SD	44,15±12,52	
Yaş, Median (min-max)	41,0 (27-71)	
Cinsiyet,		
Erkek	5	25,0
Kadın	15	75,0
Eğitim durumu		
Ortaöğretim	2	10,0
Lise	4	20,0
Yüksek öğretim	14	70,0
Medeni durumu		
Bekar	5	25,0
Evli	15	75,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	5	25,0
Gelir gidere eşit	9	45,0
Gelir giderden fazla	6	30,0
Nerede yaşıyorsunuz?		
İl	17	85,0
İlçe	3	15,0
Şu anda çalışıyor musunuz?		
Evet	16	80,0
Hayır	4	20,0
Alzheimer hastalığına dair bir eğitim/bilgi aldınız mı?		
Hayır	10	50,0
Evet, bir merkezden aldım	5	25,0
İnternet ve diğer kaynaklar	5	25,0
Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?		
Kızı	13	65,0
Oğlu	4	20,0
Eşi	3	15,0
Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?		
0-1 yıl	5	25,0
1-3 yıl	4	20,0
3-5 yıl	6	30,0
5 yıl ve üzeri	5	25,0
Hasta ile aynı evde birlikte mi yaşıyorsunuz?		
Evet	14	70,0
Hayır	6	30,0

Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?		
1 saatten az	2	10,0
1-3 saat	2	10,0
3-6 saat	5	20,0
6 saatten fazla	12	60,0
Hastanıza bakım verirken destek alıyormusunuz?		
Evet	8	40,0
Hayır	12	60,0

Kontrol grubunun sosyodemografik yapısı, deney grubuna benzer özellikler taşımakla birlikte bakımveren %65 ile kızı olarak tanımlanmıştır. %60'ı günde 6 saatten fazla bakım vermekte ve aynı evde yaşamaktadır. Hastalığa dair eğitim almamış ya da bilgisi olmayan bireyler, merkezden bilgi alan ya da internetten bilgi edinenlere oranla yüksek olarak tespit edilmiştir. Bakım veren bireylerin çoğunun iş yaşamına devam ettikleri görülmüştür.

Tablo 4: Deney ve Kontrol Gruplarında Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyutlarında Ön Test/Son Test Sonuçları

			Ön test	Son test	Ön-son test
KSE Alt Boyutları Çalışma Grubu	Ön Test Mean±SD N=20	Son Test Mean±SD N=20	P₁	P₂	P₃
Deney Grubu Depresyon	20,0±10,79	15,90±5,98	0.601	0.377	0.010
Kontrol Grubu Depresyon	18,40±8,19	17,95±8,34			0.143
Deney Grubu Anksiyete	14,65±9,32	11,10±6,29	0.742	0.043	0.042
Kontrol Grubu Anksiyete	13,80±6,69	14,70±6,51			0.101
Deney Grubu Olumsuz benlik	13,70±9,43	10,60±7,66	0.738	0.342	0.045
Kontrol Grubu Olumsuz benlik	12,75±8,32	12,75±6,40			1.000
Deney Grubu Somatizasyon	7,15±5,28	5,40±3,77	0.918	0.149	0.036
Kontrol Grubu Somatizasyon	7,0±3,75	7,05±3,28			0.867
Deney Grubu Hostilite	8,35±4,47	5,85±3,34	0.877	0.037	0.031
Kontrol Grubu Hostilite	8,15±3,60	8,10±3,42			0.899

P1-P2:Independent t test, P3:Paired Samples t test p<0.05 istatistikçe anlamlı

Deney grubu için önemli bulgular arasında, özellikle depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite skorlarında önemli düşüşler görülmektedir ($p<0.05$), bu da müdahalenin bu boyutlarda olumlu bir etki yarattığını göstermektedir. Kontrol grubunda ise önemli bir değişiklik görülmemiştir, bu da müdahalenin etkisini destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Uygulamanın en etkin olduğu psikolojik belirti ise depresyon olarak ifade edilmiştir.

Tablo 5: Deney ve Kontrol Gruplarında Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Ön Test/Son Test Sonuçları

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Çalışma Grubu	Ön Test Mean±SD N=20	Son Test Mean±SD N=20	P ₁	P ₂	P ₃
Deney Grubu	51,65±14,31	40,80±14,24	0.971	0.003	0.028
Kontrol Grubu	51,80±11,93	53,45±10,75			0.357

P1-P2:Independent t test, P3:Paired Samples t test $p<0.05$ istatistikçe anlamlı

Deney grubunda Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puanlarında önemli bir düşüş gözlenmiş ($p<0.05$), bu da müdahalenin bakıcıların üzerindeki yükü azalttığını gösteriyor. Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmamakla bakım yükünde birlikte bir artış gözlemlenmiştir. Bu hastalığın evresinin ilerlemesi, bakım süreçlerinin zorluk derecesinin artması ile ilişkilendirilebilir.

Tablo 6: Deney ve Kontrol Gruplarında Psikolojik Sağlamlık (Connor-Davidson) Ölçeği Ön Test/Son Test Sonuçları

Psikolojik Sağlamlık (Connor-Davidson) Ölçeği Çalışma Grubu	Ön Test Mean±SD N=20	Son Test Mean±SD N=20	P ₁	P ₂	P ₃
Deney Grubu	52,95±16,16	67,60±18,34	0.982	0.002	0.014
Kontrol Grubu	52,85±11,97	51,30±11,54			0.270

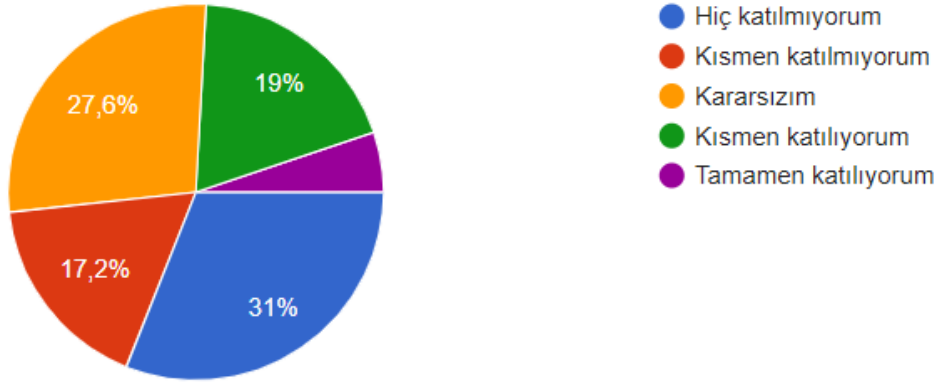
P1-P2:Independent t test, P3:Paired Samples t test $p<0.05$ istatistikçe anlamlı

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde, deney grubunda önemli bir artış saptanmıştır ($p<0.05$), bu da müdahalenin psikolojik sağlamlığı artırdığını, bireylerin olay ya da durumları karşılama gücündeki artışı göstermektedir. Kontrol grubunda ise önemli bir değişiklik görülmemiştir.

Toplumsal Temsilîyet, Toplumsal Bilgi ve Farkındalık Anketi Grafikleri

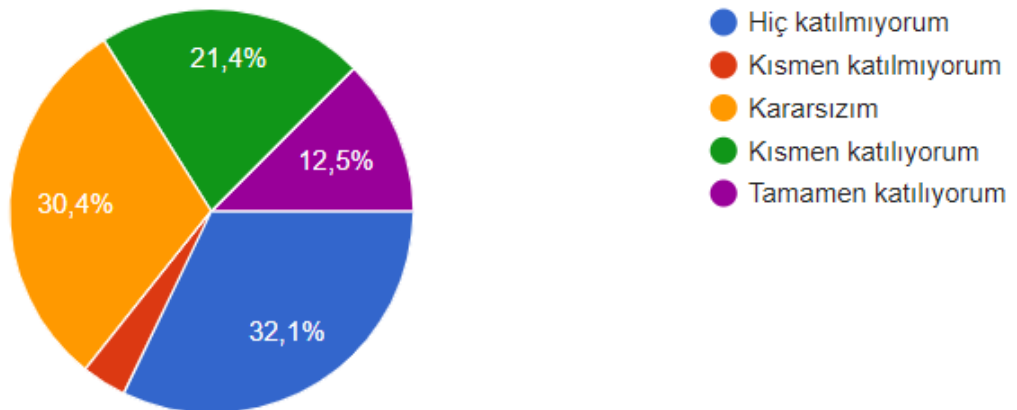
Toplumsal Temsilîyet, Toplumsal Bilgi ve Farkındalık Anketi sonuçları itibariyle aşağıdaki grafikler öne çıkmaktadır.

Grafik 1: Alzheimer ve bunama aynı şeydir.



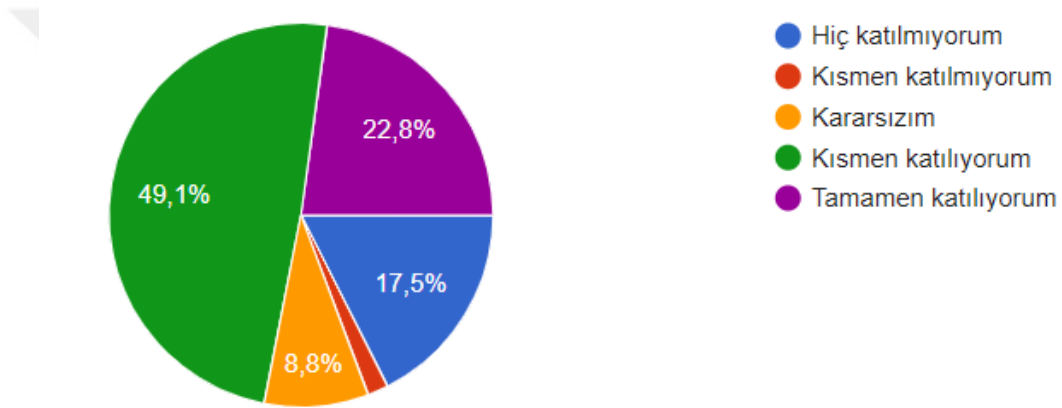
Bu veri seti, Alzheimer hastalığı ile bunama arasındaki ayırım konusunda halkın belirsizlik içinde olduğunu göstermektedir. Kararsızlık oranının ve "kısmen katılıyorum" yanıtının yüksekliği, bu konuların daha iyi anlaşılabilmesi için ek eğitim ve bilgilendirmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle, Alzheimer hastalığının bunama spektrumunun bir parçası olduğu ve bunamanın ise içinde bir çok sendromu barındıran bir çatı işlevi gördüğü konusunda daha derin bir bilgi ve farkındalık oluşturulması faydalı olacaktır. Bu bağlamda, Alzheimer'ın sadece bir tür bunama olduğu ve bunamanın daha geniş bir nörolojik bozukluklar yelpazesini içerdiği bilgisinin, toplumda daha net bir şekilde kavranması önem taşımaktadır.

Grafik 2: Kadın Olmak Alzheimer riskini artırır



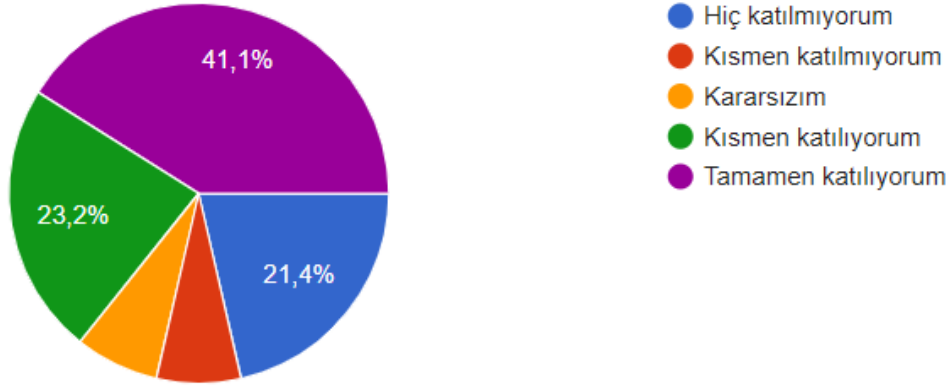
Bu sonuçlar, katılımcılar arasında bu konuda belirgin bir fikir ayrılığı olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınların Alzheimer'a yakalanma oranının daha yüksek olduğu bilimsel olarak bilinmektedir, ancak bu durumun nedenleri ve risk faktörleri karmaşık ve çok yönlüdür. Bu durum, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılarının içinde yer alacağı Alzheimer hastalığı ve cinsiyete dayalı risk faktörleri konusunda daha fazla eğitim ve bilgilendirme gerekliliğine yönelik işaret etmektedir.

Grafik 3: İleri yaşta olmak Alzheimer için belirleyicidir



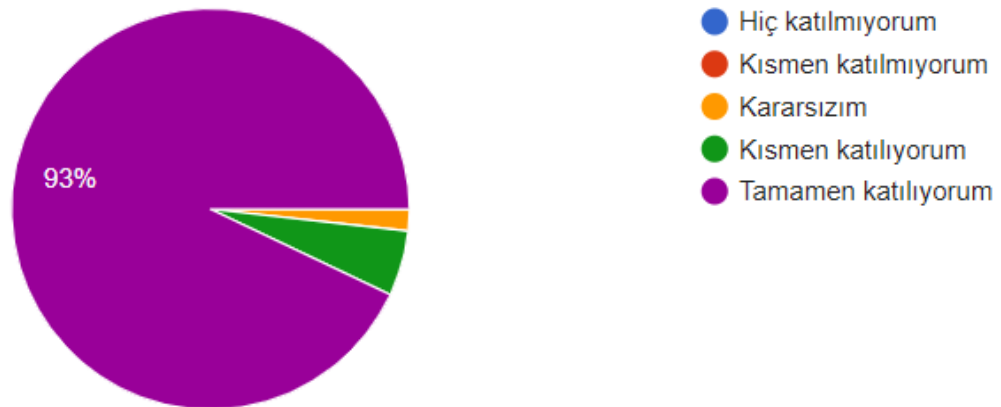
Bu grafik, toplumda Alzheimer hastalığı ve ileri yaş arasındaki ilişkinin daha detaylı ve dengeli bir şekilde anlatılmasının ve bu konuda daha fazla eğitim verilmesinin yararlı olabileceğini ortaya koymaktadır. Çünkü ileri yaş, Alzheimer hastalığının risk faktörlerinden biri olarak kabul edilse de, tek başına hastalığın nedeni olarak görülmemelidir.

Grafik 4: Bakımverenlerin Alzheimer hakkında eğitime ve desteğe ihtiyacı vardır.



Verilere göre, Alzheimer bakımverenleri eğitim ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu oran, toplumun önemli bir bölümünün bakımverenlere yönelik eğitim ve destek hizmetlerinin gerekliliğini kabul ettiğini göstermektedir. Sonuçlar, sağlık politikaları ve toplum sağlığı programlarında bu tür destek hizmetlerine daha fazla öncelik verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, hizmetlerin genişletilmesi ve bakımverenlerin desteklere erişimlerinin kolaylaştırılması için çalışmaların gerekliliğini de öne çıkarmaktadır.

Grafik 5: Alzheimer'den korkulur

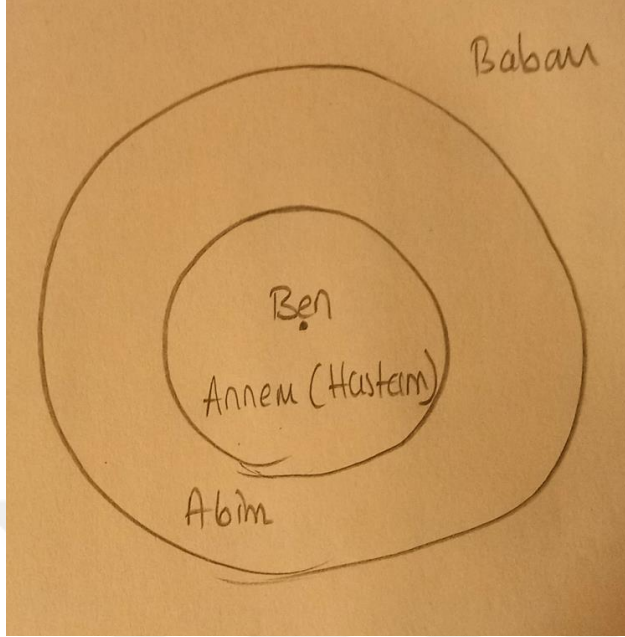


Bu göstergeler, toplumda Alzheimer hastalığına karşı ciddi bir korku ve endişe olduğunu işaret etmektedir. Alzheimer hastalığı, bilişsel fonksiyonların kaybı ve

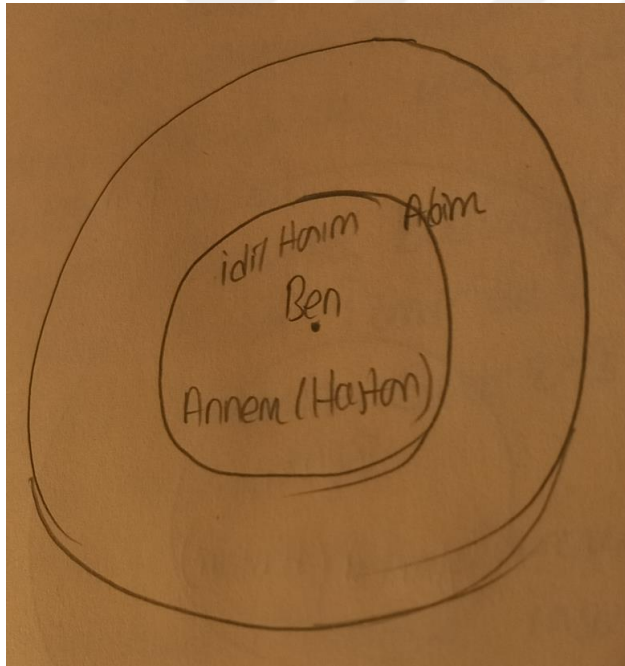
davranışsal değışiklikler gibi özelliklerinin yanı sıra henüz bir tedavisinin bulunmamış olması, diğer kişiye bağımlılıkların gelişmesi gibi sonuçları itibariyle korkutucu olabilmektedir. Bu yüksek oran, Alzheimer hastalığının toplum tarafından sadece bir sağlık sorunu olarak değil, aynı zamanda önemli bir sosyal ve psikolojik etki yaratan bir durum olarak görüldüğünü de göstermektedir. Alzheimer hastalığı, bireylerin hayatlarını köklü bir şekilde değıştirebilmekte ve bu durum, hasta ve yakınları üzerinde derin psikolojik etkilere neden olabilmektedir. Sonuçlar, Alzheimer hastalığı hakkında daha fazla eğitim ve bilgilendirme yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Hastalık hakkında daha fazla bilgi, insanların hastalıkla ilgili korkularını azaltmaya ve hastalar ile bakımverenler için daha iyi destek sistemleri oluşturmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca, Alzheimer hastalığı ile ilgili gerçeklerin ve yanlışların açıkça ele alınması, hastalığın stigmatizasyonunu azaltabilir ve toplumdaki hastalara daha fazla empati ile yaklaşılmasını sağlayabilir.

Çember Çalışması

Program Başında Uygulanan



Program Sonunda Uygulanan



Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi temelinde program başında ve sonunda hasta yakınlarına Çember Tekniği uygulanmıştır. Çalışmanın ilk versiyonunda merkezde görülen hasta yakınına yine en yakın hastası yer almaktadır. Tek destekçisi gibi görünen abisi ise uzak olmamakla birlikte sürece dair tam olarak destek de olmamaktadır. Babası ise ayrı yaşıyor olmaları beraberinde iletişim kopukluğu, anlayışsızlık olarak ifade edilen davranışlar bakımında çemberine içinde yer almayıp

dışında kalmıştır. Böyle bir tabloda hasta yakını kendini karşı karşıya olduğu bu yaşam olayında tamamen yalnız hissetmektedir. Yalnızlığı olay ve durumlarla başa çıkma gücünü kırmakla birlikte, uzun süre verilen bakım desteği sebebiyle bu yükü kaldırmaz hale gelmiş ve çevresi ile özellikle abisi ile çatışma halindedir. Çalışma sonunda uygulanan ikinci versiyonda ise çember yeniden çerçevelenmiştir. Çemberin içinde programın yürütücüsü yer almış ve çatışma halinde olduğu abisi ise ilk çembere yakınlaşmıştır. Bu durumda hastanın destek mekanizmalarının arttığı, özellikle yeniden oluşturulan iletişim modelleri ve ilişki süreçleri bağlamında abisi olan ilişkisinin yeniden konumlandırıldığı görülmektedir.

Alzheimer Hasta Yetenekleri Envanteri

YETENEKLER ENVANTERİ							
Kişisel Bakım		Günlük Yaşam Aktiviteleri		Çalışma ve Hobiler		İletişim	
Uyanmak	✓	Market alışverişi		Mesleğine devam etmek		Konuşma	✓
Giysilerini almak	bazen	Yemekleri planlamak		Şarkı söylemek		Anlama	bazen
Giymek	bazen	Yemek yapımına yardım etmek		Dans etmek		Duyguları hissetme	bazen
Tuvalete gitmek		Masayı hazırlamak		Okumak		Duyguları ifade etme	bazen
Duş almak/yıkanmak		Masayı temizlemek		Yazmak		Başkalarını sakinleştirme	bazen
Dişlerini fırçalamak		Servis yapmak		Sanatla meşgul olmak		Grup içinde yardımcı olma	bazen
Saçlarını taramak		Elektrik süpürgesi ile süpürmek		Müzik aleti çalmak			
Yemek yemek	✓ Destekle	Temizlik		Oyun oynamak			
Yatmak için hazırlanmak		Çamaşırları katlamak					
Yürümek	✓	Dikiş dikmek					
Oturmak	✓	Çiçekleri düzenlemek					
		Tamir yapabilmek					
		Telefona yanıt vermek					
		Vd.					

Rao (2016) tarafından sunulan yeteneklerim envanteri katılımcıların hastalarını düşünerek doldurdıkları bir tablodur. Bu tabloda annesine bakım veren bir hasta yakınına aittir. göre birçok yeteneğini kaybeden hasta bazı işlevsellikleri yakınının desteği ile sürdürmektedir. Bazı yetenekleri ise zaman zaman ortaya koyduğu gözlemlenmektedir. Kendi yaşam sorumluluklarını devam ettirmek durumunda olan hasta yakını eş zamanlı hastasının da sorumluluk ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek durumunda kalmaktadır.

Hasta Yakınının Hastasına Mektubu

Anneme mektup,

Kim inanırdı ki, o hayat dolu kadının bir gün böylesine donuk ve solgun bakacağına! Kendine bakan şen şakrak yaşama sevinci dolu herşeye yeten koşan herşeyi kendi çözen kadın bir bakmışız ki tamamen yok olmuş! Sürprizlerle dolusun be hayat! Bizlere neler hazırladın nelerle sınıyorsun bizi? Sizde benim gibi karmaya inanır mısınız? Ya da kadere? Dönüp dolaşıp yinede bulur mu bizi yıllarca kaçtığımız yüzleşmeye korktuğumuz şeyler? İnsan doğduğu karından çok başka bir karakter olarak çıkabilir mi? Yoksa asıl kaçtığımız sakladığımız benliğimiz, ona çok benzer yanlarımız mı? Hani onda hiç sevmediğimiz ben asla onun gibi olmayacağım dediğimiz? Anlaşamıyoruz annemde biz yapamıyoruz aslında birlikte, hiç ortak bir fikrimiz olmadı ki bizim... apayrı dünyalarız biz anne! Nasıl oluyor ki bu? Herkes bunu kabullenmiş yoluna gitmiş iken bu hastalık çaldı mı kapımızı? Canımdın kanımdın nasıl yalnız bıraktım seni? Vicdanım insaniyetim öğrendiklerim doğrularım seninle beni birleştirmek zorunda bıraktı! Biliyorum sende benimle olmaktan mutlu değilsin ama teslim oldun be annem bu hastalık aldı özgürlüğümüzü elimizden, en çokta seninkini! Beni ise kötü polis olmak zorunda bıraktı! Bir insanın en büyük dayanağıdır ANNE, bu bambaşka bir güven duvarıdır insanın hayatında, kaledir ANNE, ben bunu neden hiç hissedemedim anne? Neden seninle benim hiç güzel paylaşımlarımız yok, neden hep acı anılarımız var sadece? Ben sadece kötü gün dostun muyum anne? Ama sakın korkma anne, ben hep yanıdayım ve gücüm tükenmediği sürece seni hiç bırakmayacağım! Bu hayatta herkesin mecbur bırakıldığı üstlenmek zorunda olduğu rolleri var değil mi? Bu rolleri oynamak zorundayız değil mi?

Kızın

İdil Hanıma Mektup

Sizi öyle zor bir dönemimde bulmuşum ki! Tabiri caiz ise uçurumun kenarında öylece bakıyormuş benliğim taaa dibe! Derdimi anlatsam da anlayacak kimsenin olmadığı kanaatiyle dönüp duruyordum kendi etrafımda, anlatmaya çalışsamda bana manasız bakan gözlerden dolayı ümitsizliğim tavan yapmıştı. Oysaki tek istediğim birileri tarafından yargılanmadan anlaşılmaktı. Ne güzel bir histir bu değil mi? Beni anlayan benimle aynı şeyleri yaşayan insanlarla birlikte olmanın hazzını size anlatamam. Sayenizde başka bir boyuta geçtim. Bakış açımı değiştirdiniz. Anlatamadığım kendimde cevaplarımı bulamadığım hislerimi burada dile getiren o kadar çok insan var ki! Anlaşılamamak en büyük çaresizlikmiş, yalnızlıkmiş... Ben artık yalnız değilim... Acılarımın sebebini buldum sayenizde! Ne istediğimi neye ihtiyacım olduğunu ne yapmamız gerektiğini ben zaten biliyormuşum söylüyormuşum... tek yapılması gereken benim verdiklerimi kullanmak iken hiçbir şey görememek beni tüketmiş! Ama artık tüm bu yüklerimden kurtuldum ve yoluma bakıyorum... bencil insanları sevmiyorum onları tamamen hayatımdan çıkardım... ben öğrenebilirim, ben savaşıyorum, ben çare arıyorum, bana ihtiyacı olan annemi yalnız bırakmıyorum... kimsenin hayatı kolay değil, herkes birçok sıkıntıyla mücadele ediyor ve kimsenin hayatı dışardan görüldüğü gibi değildir! Ama ben aileme olan sorumluluklarımı tüm bunlara rağmen yerine getiriyorum... Bu bize bahşedildi vardır bir sebebi...

Teşekkür ederim İdil hanım  

Hasta yakını

Beşinci Haftada Hasta Yakınından Alınan Geribildirim

Merhaba,

★ Kendimi çok rahatlamış, hafiflemiş hissettiğimi kesin olarak söyleyebilirim... Bu destek programı sayesinde benim gibi birçok ailenin olduğunu bilmek ve sorunlarımın sadece kendime has sorunlar olmadığını görmek beni hastalığa karşı motive etti. Biraz daha kendi hayatıma odaklanabilmeyi başardım. Daha az panik yapıyorum olaylara karşı. Daha az agresifim... İşlerime daha uzun süreli konsantre olabiliyorum. Annemle olan düzenimizi kurmak tam olarak zorlu bir 3 yılımızı aldı. Ama şuan oturuyorum ki, okuduğlarımız bilgilendirildiğimiz çerçevesinde elinden gelen en doğru kararları annem, çocukları ve aileni için verebilişim.

★ Hastalığı bu destek sürecinde birçok hasta yakınımdan farklı hayatlarda okumak, öğrenmek beni daha az bitirmeye ulaştırdı. Sanırım beni en çok yoran, korkutan ve kararları hastalığın bu bitirmeye daha doğrusu benim bitirmedim yanlarıydı. Tüm bunları aşmak beni kesinlikle rahatlatmış ve sanırım artık tüm ilişkilerimde daha normal tepkiler içerisindeyim.

★ Süreci yöneten annemin davranışsal ve tepkisel durumlarını düşündükçe bunların sadece daha sızan sinyallerini vermiş olduğunu anlıyorum. Bunda hastalığı daha sızan farkedememiş dinanın verdiği susluluk duygusunu ben de çok tetikledim. Bir diğer endişenli duygu ise annemin öğütüpünü tamamen elinden aldım mı? Duygusudur... Hastalığın yanında beni tedirginde aldığım eğitimlerde

Dışavurumcu yazma Paradigmalarında Öne Çıkan Cümleler

“Öğrendikçe hafifledim, keşfettikçe huzuru buldum, şükrettim”

“Konuşurken sessiz kalmayı öğrendim”

“Özellikle akşamları kafasını karıştıracak şeyler sormamayı öğrendim”

“Hastamın gözlerinin içine bakarak ayrıntı vermeden konuşmayı öğrendim”

“Eğitime başladıktan sonra bu sıkıntılı süreci yaşayan tek insan olmadığımı fark ettim.

Hatta daha zorunu yaşayan kişiler vardı”

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Alzheimer hastalarının bakımını üstlenen yakınlarının yaşadığı zorluklar, fiziksel, duygusal ve psikolojik düzeyde önemli etkilere sahiptir. Bu zorlukların üstesinden gelmek ve bakım sürecini desteklemek için geliştirilmiş olan psikoeğitim temelli psikolojik destek programı bu bağlamda bir potansiyele sahiptir. Telerehabilitasyon yöntemleri, özellikle bakım verenlerin yoğun bakım sorumlulukları nedeniyle yüz yüze terapilere erişimde karşılaştıkları engelleri aşmalarına da destek olmaktadır. Çalışma ile programın, Alzheimer hasta yakınlarının bakım sürecinde oynadığı rol, psikolojik belirtiler, psikolojik sağlamlık, bakım yükü ve hastalığın bilinirliği gibi hususlardaki etkinliği hipotezler ve literatür kapsamında değerlendirilmiştir.

H1. Alzheimer Hastası Bakımvereninin bakım yükü yüksektir ve Telerehabilitasyon Programı ile bakım yükü azalmıştır.

Alzheimer hastalığına sahip bireylerin bakımı, genellikle aile üyeleri tarafından üstlenildiği için yüksek düzeyde zihinsel ve fiziksel stresle ilişkilendirilmektedir. Çalışmada Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği kullanılarak elde edilen sonuçlar, müdahalelerin bakıcıların stres ve yükünü azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, Schulz ve Martire'nin (2004) yaptığı çalışmalarla paralellik göstermiştir; bu çalışmalar, bakıcı destek programlarının bakıcıların yaşam kalitesini iyileştirebileceğini ve depresyon riskini azaltabileceğini ortaya koymuştur. Schulz ve Beach (1999) çalışmasında, Alzheimer hastalarının yoğun bakımını üstlenen bakıcıların, bakım yükü nedeniyle ciddi sağlık sorunları yaşadığı belirtilmiştir. Bu çalışma, bakıcı yükünün özellikle psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini vurgulamakta ve bakıcı destek programlarının önemini ortaya koymaktadır. Gallagher-Thompson ve Coon (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, kültürel olarak uyumlu psiko-eğitim müdahalelerinin, etnik azınlık gruplarındaki Alzheimer hastalarının bakıcılarının

yükünü azalttığı belirtilmiştir. Bu çalışma, müdahalelerin kültürel faktörlerle nasıl uyumlu hale getirilebileceğini göstererek, geniş bir demografik yapıya uygulanabilirliğini artırmaktadır.

Alzheimer hastalığına sahip bireylerin bakımı genellikle aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir ve bu durum, bakıcıların psikolojik ve fiziksel sağlıklarını önemli ölçüde etkilemektedir. Önceki araştırmalar, bakıcıların yüksek düzeyde stres ve depresyon yaşadığını göstermiştir (Pinquart & Sörensen, 2003). Araştırmada da deney grubuna uygulanan müdahalelerin, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği'nde anlamlı bir düşüş sağladığı görülmekte, bu da müdahalenin bakıcıların stres ve yükünü azaltmada etkili olduğunu kanıtlamaktadır. Bu bulgu, bakıcı destek programlarının etkinliğine dair mevcut literatürle uyumludur.

Çalışmada gözlemlenen Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği'ndeki düşüşler, yukarıda bahsedilen çalışmalarla paralellik göstermektedir. Özellikle psikososyal müdahalelerin bakıcıların duygusal ve fiziksel sağlıklarını desteklemede etkili olduğunu gösteren geniş literatür, çalışma bulgularını güçlendirmiştir. Araştırmada uygulanan müdahalelerin bakıcı yükünü azaltma ve genel refahı artırma kapasitesini vurgulayarak, Alzheimer bakımverenleri için kapsamlı destek programlarının geliştirilmesi gerektiğini desteklemektedir.

Bu bağlamda bulgular bakıcı destek müdahalelerinin geliştirilmesi ve politika yapıcılar tarafından daha fazla dikkate alınması gerektiği yönünde önemli bir etki yaratabileceği söylenebilmektedir. Bakıcı yükünü hafifletme stratejileri, sağlık hizmetleri planlaması ve toplum sağlığı politikalarında merkezi bir yer tutmalıdır.

Bu stratejiler, bakıcıların sürdürülebilir destek sistemlerine erişimini kolaylaştırarak hem bakımverenlerin hem de Alzheimer hastalarının yaşam kalitesini iyileştirebilmektedir.

H2. Alzheimer Hastası Bakımverenin psikolojik sağlamlığı düşüktür.

Telerehabilitasyon programı ile bakımverenin psikolojik sağlamlığı artmıştır.

Psikolojik sağlamlık, bireylerin stres ve zorluklar karşısında uyum sağlama ve toparlanma yeteneğini ifade etmektedir. Bakımveren için psikolojik sağlamlık ise özellikle önemli bir faktördür çünkü bu rolün getirdiği zorluklar, bakıcıların psikolojik ve fiziksel sağlığını ciddi şekilde etkilemektedir. Bakımverenin karşılaştığı zorlu süreçleri karşılayabilme gücü psikolojik sağlamlığı ne kadar yüksekse o kadar etkindir. Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilen ve bu çalışmada kullanılan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, psikolojik sağlamlığın bireylerin stres kaynaklarıyla etkili bir şekilde başa çıkabilmesi ve genel refahını koruması açısından önemli olduğunu göstermiştir. Windle vd. (2011) ise yaşlı bakımverenler üzerine yaptıkları araştırmada, psikolojik sağlamlığın bakıcıların sağlık durumları üzerinde koruyucu bir etki yarattığını ortaya koymuştur. Bu çalışma, sağlamlığı yüksek olan bireylerin bakım verme sürecinde daha az psikolojik zorluk yaşadığını göstermiştir.

Çalışmada uygulanan müdahalelerin, psikolojik sağlamlık üzerinde anlamlı bir artış sağladığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar, Windle ve diğerlerinin bulgularıyla benzerlik göstermekte, müdahalelerin bakıcıların stres yönetimi kapasitelerini ve genel dayanıklılıklarını artırabileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, Connor ve Davidson'ın çalışmaları ile uyumlu olarak, psikolojik sağlamlığın artırılmasının, bakımverenlerin zorluklarla daha etkin bir şekilde başa çıkmasını sağladığı anlaşılmaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar, psikolojik sağlamlığın Alzheimer bakımverenleri için özellikle stresli ve zorlayıcı durumlarla başa çıkma konusunda kritik bir beceri olduğunu vurgulamaktadır. Müdahalelerin bu beceriyi geliştirmesi, bakıcıların hem kendi sağlıklarını korumasına hem de hastalarına daha etkili bir şekilde bakım vermesine olanak tanımaktadır. Bu bulgular, sağlık politikaları ve bakıcı destek programlarına yön vermede, psikolojik sağlamlık geliştirici müdahalelerin

entegrasyonunun önemini ortaya koymaktadır. Müdahaleler, bakıcıların uzun vadeli sağlığını ve refahını destekleyerek, Alzheimer bakım sürecinin sürdürülebilirliğini artırabilmektedir.

H3. Telerehabilitasyon Programı ile psikolojik belirtilerde azalma olmuştur

Depresyon ve Anksiyete

Cuijpers ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan geniş çaplı bir meta-analiz, çeşitli psikososyal müdahalelerin anksiyete ve depresyon semptomlarını azalttığını göstermiştir. Hofmann, Asnaani ve Hinton (2010) tarafından yapılan başka bir araştırma, mindfulness temelli stres azaltma tekniklerinin ve meditasyonun, anksiyete ve depresyon üzerinde olumlu etkiler sağladığını ortaya koymuştur. Pinquart ve Sörensen (2006), Alzheimer bakımverenlerinin yaşadığı psikolojik yükü azaltmada psikososyal müdahalelerin etkili olduğunu gösteren bir meta-analiz yayınlamıştır. Bu meta-analiz, grup terapileri, eğitim programları ve destek gruplarının bakıcıların depresyon ve anksiyete düzeylerini anlamlı şekilde azalttığını ortaya koymuştur. Mittelman vd. (2004), Alzheimer hastalarının eşleri üzerinde yapılan bir çalışmada, düzenli danışmanlık ve destek gruplarına katılımın, bakıcı yükünü ve depresyon belirtilerini azalttığını göstermiştir. Bu çalışma, uzun vadeli destek müdahalelerinin sürdürülebilir etkilerini vurgulamaktadır.

Olumsuz Benlik ve Somatizasyon

Kroenke ve arkadaşları (2007), somatik semptomların azaltılmasında psikoeğitim ve destekleyici terapilerin etkili olduğunu bulmuşlardır. Bu müdahaleler, bireylerin bedensel semptomları daha iyi anlamalarını ve yönetmelerini sağlamaktadır. Leary ve Tate (2007), olumsuz benlik algısının düzeltilmesinde kendilik saygısını artırıcı terapilerin ve sosyal destek mekanizmalarının önemini vurgulamıştır. Çalışma ile bu sonuçlar desteklenmiştir.

Hostilite

Deffenbacher vd. (1996), öfke yönetimi programlarının, öfke ve hostilite düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu programlar, bireylerin öfke tetikleyicilerini tanımlamalarına ve daha sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır.

Çalışmada görülen KSE alt boyutlarındaki önemli düşüşler, literatürdeki benzer müdahalelerle paralellik göstermektedir. Deney grubunda uygulanan müdahaleler, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanlarında anlamlı düşüşler sağlamıştır. Bu sonuçlar, müdahalenin çok yönlü olması ve farklı psikolojik sorunları ele alması açısından önemlidir. Ayrıca, müdahalelerin bireylerin genel psikolojik sağlığını ve iyiliğini oluşturma potansiyeline işaret ettiği söylenebilmektedir.

H4. Alzheimer Bakımveren hastalık hakkında bilgisi yoktur ya da çok azdır.

Çalışma sonuçları katılımcıların büyük çoğunluğunun (%93) Alzheimer hastalığından korktuğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, hastalık hakkında toplumda var olan geniş çaplı korku ve endişeleri yansıtmakla birlikte, Alzheimer hastalığının stigmatizasyon yüklenmiş bir sağlık sorunu olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Bu durum, yanlış bilgilendirmelerin ve hastalığın gerçek doğasına dair eksik anlayışın bir sonucu olabilmektedir. Literatürde, Alzheimer hastalığı ve bunama ile ilgili korkuların sıklıkla ele alındığı bilinmektedir. Örneğin, Alzheimer's Association tarafından yürütülen çalışmalar, toplumun Alzheimer hastalığı hakkındaki yanlış anlamaların ve stigmatizasyonun üstesinden gelmekte zorlandığını ortaya koymaktadır. Alzheimer hastalığına yönelik korkuların azaltılması ve daha bilinçli bir toplumsal tutumun teşvik edilmesi için eğitim ve farkındalık programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

H5. Alzheimer Hastası Bakımvereninin sosyal desteği oldukça azdır.

Programda psikolojik destek Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi (KİPT) temelli yürütülmüştür. Özellikle Çember çalışması bakımverenlerin destek mekanizmalarını fark etmeleri ve yeniden çerçevelemeleri için bir fırsat yaratmıştır. Bazı katılımcıların bakım verme sürecinde bir başına olduklarını görürken bazı katılımcılar da çok yoğun ilişkilerde iken yalnız oldukları gerçeğiyle karşı karşıya kalmışlardır. Hasta yakınlarından D.Y.'in şu yazılı cümlesi nasıl bir durum içinde olduğunu göstermektedir: “İlişki çemberi beni oldukça sarstı. Ne kadar üzerine düşünüp çalışsam da yakın İlişki halkasında tek başına kaldım. Böyle hissederken de sırf yazmış olmak için birilerini yazmak gelmedi içimden”. İlişkilerin yeniden yapılandırıldığı süreçte desteklerini artırabilenlerin hastaları ile de süreçlerini olumlu bir biçimde dönüştürdükleri gözlemlendi. Kimi zaman yapılan rol play çalışmaları, kimi zaman verilen ev ödevleri bu çalışmayı pekiştirmiş oldu.

Bu bulgular, özellikle Alzheimer bakımverenleri gibi yüksek stres altındaki gruplarda, psikolojik semptomları yönetmek için kapsamlı ve çok yönlü müdahalelerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Araştırma, bu müdahalelerin klinik uygulamalarda nasıl entegre edilebileceği ve genişletilebileceği üzerine ileriki araştırmalara rehberliği projekte etmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Alzheimer hastalığı, hastalar kadar onların yakınlarını da derinden etkileyen, ilerleyici ve an itibariyle tedavi edilemez bir durumdur. Bakımverenler, kendi yaşam sorumluluklarını yürütürken aynı zamanda hastalığın getirdiği zorluklarla baş etmek zorunda kalmakta, eş zamanlı olarak hastalarının da sorumluluklarını yerine getirmeye gayret etmektedir. Bu sebeple süreçte ciddi bir psikolojik yük altına girmektedirler. Çalışma, Alzheimer hastalarının yakınlarının yaşadığı psikolojik yükü hafifletmek ve psikolojik sağlamlıklarını artırmak için tasarlanmış, telerehabilitasyon şeklinde uygulanan psikoeğitim temelli psikolojik destek programının etkinliğini değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda, deney grubunda Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği'nde anlamlı düşüşler gözlenmiştir, bu da müdahalenin bakıcıların üzerindeki stresi ve yükü azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Kısa Semptom Envanteri sonuçlarına göre deney grubunda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostile alt boyutlarında önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Bu bulgular, müdahalenin psikolojik semptomların hafifletilmesinde de etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Deney grubundaki katılımcılar ayrıca psikolojik sağlamlıkta belirgin bir artış bildirmiş, bu da müdahalenin bireylerin zorluklarla başa çıkma kapasitesini artırdığını göstermektedir. Bu sonuçlar, benzer müdahalelerin literatürdeki etkileriyle uyumlu olup, psikoeğitimin ve psikolojik desteğin Alzheimer bakımverenlerinin refahı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini desteklemektedir. Elde edilen bulgular, psikoeğitimin ve psikolojik destek seanslarının, bakımverenlere yönelik olarak geliştirilen telerehabilitasyon programlarının önemli bileşenleri olduğunu göstermektedir. Bu programlar, bakıcıların bilgi düzeylerini artırarak, hastalıkla başa çıkma stratejilerini geliştirmelerine yardımcı olmakta ve psikolojik yüklerini azaltmaktadır. Ayrıca, bu tür programlar bakımverenlerin sosyal izolasyonu üzerinde

yapıcı bir etkiye sahip olup, çevrimiçi topluluklar aracılığıyla destek ve dayanışma hissini güçlendirmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları, sağlık politikaları yapıcılarına ve klinisyenlere Alzheimer bakımverenlerinin desteklenmesi gerekliliğini ve bu tür müdahalelerin sağlık sistemlerine entegre edilmesinin potansiyel faydalarını göstermektedir. Psikoeğitim ve psikolojik destek programları, bakıcıların uzun vadeli sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarını azaltma ve sağlık sistemlerinde maliyet tasarrufu sağlaması bakımından değerlidir. Alzheimer Hasta Yakınlarında Psikoeğitim Temelli Psikolojik Destek Telerehabilitasyon Programı, Alzheimer bakımverenlerinin hastalığa dair farkındalığını artırmada bir kılavuz ve sağladığı psikolojik destekle rehabilite etme özelliğine sahiptir. Çalışmanın bulguları, benzer müdahalelerin uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği açısından daha geniş örneklemlerle bir araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu tür programlar çalışmaların sağlık sistemleri zemininde olgunlaştırılarak uygulanmasının, toplum ruh sağlığında önleyici ve koruyucu hizmetler kapsamında kritik bir rol oynayacağına işaret etmektedir.

Çalışma sonuçlarına dayanarak, Alzheimer hastalarının yakınları için psikoeğitim temelli psikolojik destek telerehabilitasyon programlarının genişletilmesi ve uygulanabilirliğinin artırılmasına yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur:

✓ Programın Erişimini Genişletme:

Coğrafi Kapsamı Artırma: Programın çevrimiçi yapısını kullanarak, kırsal ve ulaşılması zor bölgelerde yaşayan bakımverenlere ulaşılabilirliğin artırılması.

Dil Seçeneklerini Çoğaltma: Farklı dillerde hizmet sunarak, çeşitli etnik ve kültürel gruplardan gelen bakımverenlere programı daha erişilebilir kılma.

✓ Eğitim İçeriğinin Kişiselleştirilmesi:

Bireysel İhtiyaçlara Göre Uyarlanması: Katılımcıların ihtiyaç ve beklentilerine göre müdahalelerin kişiselleştirilmesi. Örneğin, hastalığın ileri evrelerindeki bakımverenlere yönelik özel stratejilerin geliştirilebilmesi.

Modüler Yapı: Farklı modüller halinde programlar düzenleyerek bakımverenlerin sadece ilgilendikleri veya ihtiyaç duydukları konulara odaklanma imkanı tanınması.

✓ Teknolojik Araçların Entegrasyonu:

Mobil Uygulamalar Kullanma: Bakıcıların programı daha rahat takip edebilmeleri için mobil uygulamaların geliştirilmesi. Bu uygulamalar, hatırlatıcılar, günlük destek mesajları ve interaktif öğrenme araçlarını içerebilir.

Sanal Gerçeklik (VR) ve Artırılmış Gerçeklik (AR) Teknolojileri: Bakıcıların deneyimlerini zenginleştirmek için VR ve AR teknolojilerinden yararlanarak, onlara pratik beceriler kazandıracak simülasyonlar sunulması.

✓ Sürekli Destek ve Takip:

Düzenli Takip Toplantıları: Program sonrasında katılımcılarla düzenli toplantılar yaparak, öğrendiklerini pekiştirmelerine ve karşılaştıkları sorunlar hakkında destek almalarına yardımcı olunması.

Destek Ağı Oluşturma: Programa katılım sağlamış olanlar için online forumlar veya sosyal medya grupları gibi ağları oluşturarak, sürekli bir destek ve dayanışma sağlanması.

✓ Araştırma ve Geliştirme:

Programın Etkinliğini Değerlendirme: Programın uzun vadeli etkilerini değerlendirmek üzere düzenli aralıklarla katılımcılar üzerinde etki analizlerinin yapılması. Bu, programın sürekli iyileştirilmesine de olanak tanıyacaktır.

Araştırmaları Genişletme: Alzheimer bakımıyla ilgili diğer potansiyel müdahaleleri keşfetmek için kapsamlı araştırma projeleri yürütülmesi. Bu, daha yenilikçi ve etkili

özmler geliştirilmesine yardımcı olurken aynı zamanda akademik zeminin güçlendirilmesini de sağlayacaktır.

✓ Sağlık Politikalarında Entegrasyon ve Finansman:

Sağlık ve Sosyal Hizmet Politikalarına Entegrasyon:

Yasal Düzenlemeler ve Destekleyici Politikalar: Alzheimer hastalarının yakınlarına yönelik psikoeğitim ve psikolojik destek programlarını desteklemek için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması. Bu, programların sağlık ve sosyal hizmet sistemleri içinde resmi bir yer edinmesini sağlayarak çalışmayı sürdürülebilir kılacaktır.

Kamu ve Özel Sektör Ortaklıkları: Bu programların uygulanması ve genişletilmesi için kamu ve özel sektör arasında ortaklıklar kurulması. Bu ortaklıklar, programların finansmanı ve teknolojik altyapısının güçlendirilmesine katkı sağlayabilir. Özellikle Türkiye Alzheimer Derneği'nin kapsamının genişletilmesi ve Türkiye illerinde belediyelerle işbirliğinin geliştirilmesi için gerekli katkıların sunulması ile daha çok kişiye ulaşılması ile bu noktada tam desteğin sağlanabilmesi.

Finansal Destek Mekanizmaları:

Hibe ve Fonlama Olanakları: Alzheimer hastalarının yakınlarına yönelik psikolojik destek programları için özel hibe ve fonlama olanaklarının sağlanması. Bu fonlar, programların sürdürülebilirliğini ve erişilebilirliğini artırmak için kullanılabilir.

Sigorta Kapsamının Genişletilmesi: Bu tür psikolojik destek hizmetlerinin, sağlık sigortası kapsamına alınması. Bu, daha fazla bakıcının maliyet endişesi olmadan bu hizmetlerden yararlanabilmesini sağlayabilir.

✓ Eğitim ve Bilinçlendirme Kampanyaları:

Bilinçlendirme ve Eğitim Kampanyaları:

Alzheimer hastalığı ve bakıcı yükü hakkında toplumsal bilinç ve anlayışı artırmak için ulusal düzeyde bilinçlendirme kampanyaları yürütülmesi.

Bu kampanyalar, hastalığın etkileri ve bakımverenlerine yönelik destek seçenekleri hakkında geniş kitlelere bilgi vererek, toplumun bu konudaki duyarlılığını artırabilir.

Eğitim Programları: Sağlık; özellikle psikolog, gerontolog, sosyal hizmet ve yaşlı bakım profesyonelleri için özel eğitim programlarının geliştirilmesi. Bu programlar, profesyonellerin Alzheimer hastalarının yakınlarına nasıl daha iyi destek sağlayabilecekleri konusunda bilgilенmelerine yardımcı olabilir. Bu öneriler, Alzheimer bakımverenlere yönelik psikoeğitim ve psikolojik destek telerehabilitasyon programlarının etkinliğini artırarak geniş bir yelpazedeki bakıcılara olumlu etkiler sağlayabilecektir.

✓ Alzheimer Temsiliyeti & Bilgi ve Farkındalık

Alzheimer hastalığı hakkında toplumu bilgilendirmek için kapsamlı eğitim programları düzenlenmesi.

Hastalığın stigmatizasyonunu azaltmak ve toplumdaki yanlış algıları düzeltmek için halka açık seminerler, atölye çalışmaları ve bilgilendirici kampanyaların organize edilmesi

Televizyon, radyo ve sosyal medya gibi platformlarda Alzheimer hastalığı ile ilgili doğru bilgileri yaymak için medya kuruluşlarıyla işbirliği yapılması

Alzheimer hastalığının toplumdaki yüzü olarak tanınmış kişilerden (örneğin, ünlüler veya etkili kişiler) destek alarak kamuoyu farkındalığı yaratılması

Tüm bu öneriler, Alzheimer hastalığına yönelik farkındalık oluşturulması, bakımverenlerin desteklenmesi ve iyilik halinin sağlanması ile süreci yaşanır kılma noktasında özellikle toplum ruh sağlığı hizmetlerine sunduğu katkı bakımından değerlidir.

KAYNAKLAR

- Alıcılar, H. E., & Çalışkan, D. (2021). Alzheimer hastalığı ve korunma stratejileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 107-115.
- Alzheimerderneği, (10 Ekim 2023). Alzheimer Hastalığı Nedir? <https://www.alzheimerdernegi.org.tr/alzheimer-hastaligi-nedir/>
- alzint, (19Şubat2024). World Alzheimer Report. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2023/>
- alzint, (23Mart2024). World Alzheimer Report. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- Aparı S.F., (20 Eylül 2023). Dünyada her 2-3 saniyede bir kişi Alzheimer Hastalığına yakalanıyor. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/>
- Arthur P, Gitlin LN, Kairalla J, Mann W. Relationship between the number of behavioral symptoms in dementia and caregiver distress: What is the tipping point? *Int Psychogeriatr*. 2017; 30(8):1099–1107. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29143722/> DOI:10.1017/S104161021700237X PMID: PMC710581
- Ashrafizadeh, H., Gheibizadeh, M., Rassouli, M., Hajibabae, F., & Rostami, S. (2021). Explain the experience of family caregivers regarding care of Alzheimer's patients: a qualitative study. *Frontiers in psychology*, 12, 699959. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699959>
- Aytulun, A., & Erden Aki, Ş. Ö. (2022). Hafif Davranışsal Bozulma: Demans Öncülü Yeni Bir Sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(4).
- Baral Kulaksızoğlu I., (2009). Alzheimer Tipi Demansta Davranışsal Ve Psikiyatrik Belirtiler. *Türkiye Klinikleri Deliryum Demans ve Diğer Bilişsel Bozukluklar Özel Sayısı*, 2(3):29-36
- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl_1), S1-S9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Beinart, N., Weinman, J., Wade, D., & Brady, R. (2012). Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 2(1), 638-648. <https://doi.org/10.1159/000345777>

- Bellenguez, C., Küçükali, F., Jansen, I. E., Klei, L., Moreno-Grau, S., Amin, N., ... & Goldhardt, O. (2022). New insights into the genetic etiology of Alzheimer's disease and related dementias. *Nature genetics*, 54(4), 412-436.
- Bozluoğlu, M., & Erkol, G. (2021). Majör Vasküler Kognitif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics*, 14(5), 91-102.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Brown, J. A., Russell, S., Hattouni, E., & Kincaid, A. (2020). Psychoeducation. In *Oxford Research Encyclopedia of Education*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.974>
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in critical care*, 15(3), 129-140. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x>
- Chen, Y., Dang, M., & Zhang, Z. (2021). Brain mechanisms underlying neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review of symptom-general and-specific lesion patterns. *Molecular Neurodegeneration*, 16(1), 38.
- Ciurea, V. A., Covache-Busuioc, R. A., Mohan, A. G., Costin, H. P., & Voicu, V. (2023). Alzheimer's disease: 120 years of research and progress. *Journal of medicine and life*, 16(2), 173.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cooke, D. D., McNally, L., Mulligan, K. T., Harrison, M. J. G., & Newman, S. P. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging & mental health*, 5(2), 120-135. <https://doi.org/10.1080/713650019>
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International psychogeriatrics*, 19(2), 175-195. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004297>
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(9), 929-936. <https://doi.org/10.1002/gps.2007>

- Crane, M. F., Falon, S. L., Kho, M., Moss, A., & Adler, A. B. (2022). Developing resilience in first responders: Strategies for enhancing psychoeducational service delivery. *Psychological services*, 19(S2), 17. <https://doi.org/10.1037/ser0000439>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211–223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006114>
- de Araujo, E. L., Rodrigues, M. R., Kozasa, E. H., & Lacerda, S. S. (2023). Psychoeducation versus psychoeducation integrated with yoga for family caregivers of people with Alzheimer's disease: a randomized clinical trial. *European Journal of Ageing*, 20(1), 46. <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00792-9>
- DüzenLaboratuvarı, (2017). Alzheimer ve Genetik. <https://www.duzen.com.tr/artFiles/Alzheimer%20ve%20Genetik%202017.pdf>
- Erim, A., & Yücel, H. (2022). Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Alzheimer Hastalığı ve Demansa Yönelik Bilgi ve Tutumları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 523-528.
- Eroğlu, E. (2003). Alzheimer Hastalığı'nda Tedavi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 1(1), 6-12.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and aging*, 22(1), 37.
- Galvin, J. E., Aisen, P., Langbaum, J. B., Rodriguez, E., Sabbagh, M., Stefanacci, R., ... & Rubino, I. (2021). Early stages of Alzheimer's disease: evolving the care team for optimal patient management. *Frontiers in Neurology*, 11, 592302. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.592302>
- Gaugler, J. E., Kane, R. A., & Langlois, J. (2000). Assessment of family caregivers of older adults. *Assessing older persons: Measures, meaning and practical applications*, 49(1), 320-359.
- Gerassi, R. C., de Andrade, L. P., Tsen, C., Pereira, A. B. S., Pereira, G. N., Aily, J. B., ... & Ansai, J. H. (2023). Family caregivers' satisfaction with telerehabilitation and follow-up intervention for older people with dementia: Randomized clinical trial. *Geriatric Nursing*, 54, 66-75.
- Gitlin LN, Kales HC. Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*. 2012; 308(19):2020– 2029. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2316882/> DOI:10.1001/jama.2012.36918 PMCID: PMC3711645

- Gonzalez, E. W., Polansky, M., Lippa, C. F., Walker, D., & Feng, D. (2011). Family caregivers at risk: who are they?. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(8), 528-536. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.573123>
- Hanağası, H. A. (2021). Alzheimer Hastalığında Genetik. *Turkiye Klinikleri Neurology-Special Topics*, 14(5), 13-15.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Hofmann, S. G., Anu Asnaani, M. A., & Hinton, D. E. (2010). Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 27(12), 1117-1127. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- Huang SS, Lee MC, Liao YC, Wang WF, Lai TJ. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:55–9
- Huang, S. S., Lee, M. C., Liao, Y. C., Wang, W. F., & Lai, T. J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(1), 55-59.
- Jönsson, L., Tate, A., Frisell, O., & Wimo, A. (2023). The costs of dementia in Europe: an updated review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*, 41(1), 59-75.
- Kahraman Demir, T. (2022). Parkinson demansında bellek ve mikrobiyota ilişkisi.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Korczyn, A. D., & Grinberg, L. T. (2024). Is Alzheimer disease a disease?. *Nature Reviews Neurology*, 20(4), 245-251.
- Kroenke, K., Sharpe, M. ve Sykes, R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: Key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48, 277-285
- Kurban, M. G., & Şentürk, M. (2024). Kolinesteraz İnhibitörlerinin Alzheimer Hastalığı Tedavisindeki Rolü. *Ağrı Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(1), 42-45.
- Leary, M. R., & Tate, E. B. (2007). The multi-faceted nature of mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18(4), 251-255.

- Ma, C., Hong, F., & Yang, S. (2022). Amyloidosis in Alzheimer's disease: Pathogeny, etiology, and related therapeutic directions. *Molecules*, 27(4), 1210.
- Magrath Guimet, N., Zapata-Restrepo, L. M., & Miller, B. L. (2022). Advances in treatment of frontotemporal dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 34(4), 316-327.
- Manzini, C. S. S., & Vale, F. A. C. D. (2020). Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Dementia & neuropsychologia*, 14, 56-61.
- Mattsson-Carlgren, N., Salvadó, G., Ashton, N. J., Tideman, P., Stomrud, E., Zetterberg, H., ... & Hansson, O. (2023). Prediction of longitudinal cognitive decline in preclinical Alzheimer disease using plasma biomarkers. *JAMA neurology*, 80(4), 360-369.
- Mayeux, R., & Sano, M. (1999). Treatment of Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 341(22), 1670-1679.
- McGee, J. S., Polson, E. C., Myers, D. R., McClellan, A., Meraz, R., Ke, W., & Zhao, H. C. (2024). Hope Mediates Stress to Reduce Burden in Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease. *Geriatrics*, 9(2), 38.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Coon, D. W., & Haley, W. E. (2004). Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 161(5), 850-856.
- Ozcan, M., & Akyar, I. (2024). The effect of structured education and phone follow-up on moderate stage Alzheimer's disease caregiving: Outcomes for patient and caregivers. *Japan Journal of Nursing Science*, 21(2), e12574.
- Öz, D., İşbitiren, Y. Ö., Kıyı, İ., & Yener, G. (2022). Alzheimer hastalığı klinik ölçütlerine göre demans ve hafif kognitif bozukluk ayırımında sözel akıcılık testlerinin mini mental durum testi ile birlikte kullanılması yararlı olabilir. *Cukurova Medical Journal*, 47(4), 1403-1411.
- Özkan, G. Ö. Alzheimer Hastalığı Üzerine Flavonoidlerin Etkisi. *Sağlık Bilimleri Ve Yaşam Dergisi*, 6(1), 26-38.
- Pérez-González, A., Vilajoana-Celaya, J., & Guàrdia-Olmos, J. (2023). Burden and anticipatory grief in caregivers of family members with Alzheimer's disease and other dementias. *Palliative & Supportive Care*, 1-11.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128.

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P33-P45. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P33>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?. *International psychogeriatrics*, 18(4), 577-595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Ponsoda, J. M., Beleña, M. Á., & Díaz, A. (2023). Psychological distress in alzheimer's disease family caregivers: gender differences and the moderated mediation of resilience. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 23, p. 3084). MDPI.
- Porsteinsson, A. P., Isaacson, R. S., Knox, S., Sabbagh, M. N., & Rubino, I. (2021). Diagnosis of early Alzheimer's disease: clinical practice in 2021. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 8, 371-386. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>
- Rao M. M. (2016). *Caring for a Loved One with Dementia: A Mindfulness-Based Guide for Reducing Stress and Making the Best of Your Journey Together*. New Harbinger Publications
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(9):1136–9.
- Rodrigues, M. G., Rodrigues, J. D., Pereira, A. T., Azevedo, L. F., Rodrigues, P. P., Areias, J. C., & Areias, M. E. (2022). Impact in the quality of life of parents of children with chronic diseases using psychoeducational interventions—a systematic review with meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 869-880. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.048>
- Roepke, S. K., Mausbach, B. T., Aschbacher, K., Ziegler, M. G., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., ... & Grant, I. (2008). Personal mastery is associated with reduced sympathetic arousal in stressed Alzheimer caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 310-317. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181662a80>
- Ryan, K. A., Weldon, A., Hubby, N. M., Persad, C., Bhaumik, A. K., Heidebrink, J. L., ... & Giordani, B. (2010). Caregiver support service needs for patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 24(2), 171.

- Ryan, K. A., Weldon, A., Hubby, N. M., Persad, C., Bhaumik, A. K., Heidebrink, J. L., ... & Giordani, B. (2010). Caregiver support service needs for patients with mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24(2), 171-176.
- Sargolzaei, M. S., Kohestani, D., Khoubbin Khoshnazar, T. A., & Asl, H. A. (2023). Relationship between Care Burden and Health Anxiety in the Family Caregivers of the Older Adults with Alzheimer's Disease. *Ageing International*, 1-13.
- Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S319-S323. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
- Sayar, G. H., & Omay, O. (2019). Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Nedir?. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 12(1), 1-6.
- Sayar, G. H., & Omay, O. (2019). Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin Kuramsal Temelleri ve Etki Mekanizması. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 12(1), 7-11.
- Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y., & Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging and Mental Health*, 10(2), 107-111.
- Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Geriatr Psychiatry*. 2004;12: 240-9.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*, 282(23), 2215-2219.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12(3), 240-249. <https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.773247702>
- Self, W. K., & Holtzman, D. M. (2023). Emerging diagnostics and therapeutics for Alzheimer disease. *Nature medicine*, 29(9), 2187-2199.
- Sharif Nia, H., Hosseini, L., Ashghali Farahani, M., & Froelicher, E. S. (2023). Development and validation of care stress management scale in family caregivers for people with Alzheimer: a sequential-exploratory mixed-method study. *BMC geriatrics*, 23(1), 82.

- Sheppard, O., & Coleman, M. (2020). Alzheimer's disease: etiology, neuropathology and pathogenesis. *Exon Publications*, 1-21.
- Sperling, R. A., Karlawish, J., & Johnson, K. A. (2013). Preclinical Alzheimer disease—the challenges ahead. *Nature Reviews Neurology*, 9(1), 54-58.
- Tanrıdağ O., (2017). Alzheimer'dan korkma geç kalmaktan kork. Boyut Yayınları.
- Tarı, Ö., & Yağmurtaşan, R. (2023). Alzheimer hastalığı ve anti-Alzheimer etkili bileşiklerin yapılarının araştırılması. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, 43(2), 150-173.
- Taylor, J. P., McKeith, I. G., Burn, D. J., Boeve, B. F., Weintraub, D., Bamford, C., ... & T O'Brien, J. (2020). New evidence on the management of Lewy body dementia. *The Lancet Neurology*, 19(2), 157-169.
- Therriault J, Zimmer ER, Benedet AL, Pascoal TA, Gauthier S, Rosa-Neto P. Staging of Alzheimer's disease: past, present, and future perspectives. *Trends Mol Med*. 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35717526>
- Tuna, A. (2023). *Alzheimer Tipi Demans İle Bdnf (Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör) Genini Düzenleyen Mikrorna Polimorfizmleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması* (Master's Thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Varadharajan, A., Davis, A. D., Ghosh, A., Jagtap, T., Xavier, A., Menon, A. J., ... & Gregor, T. (2023). Guidelines for pharmacotherapy in Alzheimer's disease—A primer on FDA-approved drugs. *Journal of neurosciences in rural practice*, 14(4), 566.
- Vaz, M., & Silvestre, S. (2020). Alzheimer's disease: Recent treatment strategies. *European journal of pharmacology*, 887, 173554.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Vreeland, B. (2012). An evidence-based practice of psychoeducation for schizophrenia: A practical intervention for patients and their families. *Psychiatric times*, 28(14), 34-34.
- Weng, S. S., & Nguyen, P. V. (2011). Factors affecting elder caregiving in multigenerational Asian American families. *Families in Society*, 92(3), 329-335. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4133>
- Whitlatch, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the informational, educational, and psychosocial support needs of persons living with dementia and their family caregivers. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S58-S73. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx162>

- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9, 1-18.
- World Health Organization. (2021, September 02). World failing to address dementia challenge. <https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>.
- Yıldırım, N., & Eke, B. İ. N. A. Y. (2024). Alzheimer Hastalığı, Risk Faktörleri Ve Tedavi. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 48(2).
- Yüksel, G., Dönmez, M., & Aydın, N. (2019). Yas ve Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 12(1), 50-55.
- Zahed, S., Emami, M., Eslami, A. A., Barekatin, M., Hassanzadeh, A., & Zamani-Alavijeh, F. (2020). Stress as a challenge in promoting mental health among dementia caregivers. *Journal of education and health promotion*, 9(1), 65. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_445_19

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgiler Formu

KİŞİSEL VERİ FORMU

BAKIM VERENE YÖNELİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?(.....)

2. Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlköğretim mezunu

☐ Ortaöğretim mezunu

☐ Yüksek öğretim mezunu

☐ Diğer (Belirtiniz.....)

4. Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli ☐ Bekar

5. Çocuğunuz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

6 Yanıtınız “evet” ise yaşlarını belirtiniz(.....)

7. Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?

☐ Gelir Giderden Az

☐ Gelir Gidere Eşit

☐ Gelir Giderden Fazla

8. Sağlık güvenceniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

9. Nerede yaşıyorsunuz?

☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

10. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Eş

☐ Eş ve çocuklar

☐ Çocuklar

☐ Diğer (Belirtiniz.....)

11. Şu anda çalışıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Yanıtınız “evet” ise günde ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

☐ 1-4 saat ☐ 5-8 saat ☐ 9 ve üzeri saat

13. Alzheimer hastalığına dair bir eğitim/bilgi aldınız mı?

☐ Evet, bir merkezden aldım. Hangi merkez olduğunu yazınız.

☐ Hayır ☐ İnternet ve diğer kaynaklardan

BÖLÜM II

BAKIM VERMEYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1.Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

☐ Eşi ☐ Kızı ☐ Oğlu ☐ Gelini ☐ Kardeşi

☐ Akraba(Belirtiniz.....)

2. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

☐ 0-1yıl ☐ 1-3 yıl ☐ 3-5 yıl ☐ 5 yıl ve üzeri

3. Hasta ile aynı evde birlikte mi yaşıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?

☐ 1 saatten az ☐ 1-3 saat ☐ 3-6 saat ☐ 6 saatten fazla

5. Daha önce başka bir hastaya bakım verme deneyiminiz oldu mu?

() Evet () Hayır

6. Yanıtınız “evet” ise kime bakım verdiniz?

(Belirtiniz.....)

7. Ne kadar süre bakım verdiniz? (

Belirtiniz.....)

8. Hastanıza bakım verirken destek alıyor musunuz?

() Evet () Hayır

9. Yanıtınız “Evet” ise kim / kimlerden?

(Belirtiniz.....)

10. Aldığınız desteğin türü nedir?

() Fiziksel bakım

() Maddi yardım

() Psikolojik destek

() Diğer (Belirtiniz.....)

11. Hastanıza bakım verme nedeniyle hayatınızda etkilenen alanları belirtiniz.

() Kendime zaman ayıramama

(Açıklayınız.....)

() Eş ve çocuklarıma zaman ayıramama

() İşimi bırakmak zorunda kalma

() Maddi güçlükler yaşama

() Sosyal etkileşimde azalma

() Psikolojik güçlükler yaşama (Açıklayınız.....)

() Fiziksel sağlığımda bozulma (Açıklayınız.....)

BÖLÜM III

HASTAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşında? (.....)

2. Cinsiyeti nedir?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Eğitim durumu nedir?

☐ Okur Yazar Değil

☐ Okur Yazar

☐ İlköğretim Mezunu

☐ Ortaöğretim Mezunu

☐ Yüksek öğretim Mezunu

☐ Diğer (Belirtiniz.....)

4. Mesleği nedir? Belirtiniz.

5. Medeni durumu nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

6. Çocuğu var mı?

☐ Yok

☐ 1-2

☐ 3 ve üstü

7. Sosyal güvencesi var mı?

☐ Var

☐ Yok

8. Hastanız ne zaman Alzheimer hastalığı tanısı aldı?

(Belirtiniz.....)

9. Hastalığın evresi nedir?

☐ İlk ☐ Orta ☐ İleri

10. Hastanızın birlikte yaşadığı kişi/kişiler kimlerdir?

☐ Eşi ☐ Kızı

☐ Oğlu ☐ Gelini

☐ Torunu ☐ Akraba

☐ Bakıcı ☐ Yalnız

11. Hastanız nerede yaşıyor?

☐ Kendi evi ☐ Huzurevi

☐ Bakım veren yakınının evi ☐ Diğer (Belirtiniz.....)

12. Hastanızın başka bir kronik hastalığı / hastalıkları var mı?

☐ Var (Belirtiniz.....) ☐ Yok

13. Hastanızın hastalıklarına yönelik sürekli kullandığı ilaç / ilaçları var mı?

☐ Var ☐ Yok

Ek-2: Kısa Semptom Envanteri

KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, **son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini ☒ işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça fazla	Ciddi derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2. Baygınlık, baş dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı	☐	☐	☐	☐	☐
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
11. İştahla bozukluklar	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
16. Yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
17. Hüzünlü, kederli hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ağlamaklı hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kolayca incinebilme, kırılma	☐	☐	☐	☐	☐
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
23. Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı	☐	☐	☐	☐	☐
25. Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
27. Karar vermede güçlükler	☐	☐	☐	☐	☐
28. Otobüs, tren, metro gibi umumî vasıtalarla seyahat etmekten korkma	☐	☐	☐	☐	☐
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	☐	☐	☐	☐	☐
30. Sıcak, soğuk basmaları	☐	☐	☐	☐	☐
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	☐	☐	☐	☐	☐
32. Kafanızın birden bomboş kalması	☐	☐	☐	☐	☐
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	☐	☐	☐	☐	☐
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	☐	☐	☐	☐	☐
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma	☐	☐	☐	☐	☐
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	☐	☐	☐	☐	☐
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	☐	☐	☐	☐	☐
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
45. Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
46. Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi	☐	☐	☐	☐	☐
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
52. Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-3: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

ZARIT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınıyla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek-4: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
1.Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.					
2.Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.					
3.Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.					
4.Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.					
5.Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.					
6.Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.					
7.Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.					
8.Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.					
9.İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.					
10.Sonuç ne olacak olsun elimden gelenin en iyisini yaparım.					
11.Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.					
12.Umutluz durumlarda bile vazgeçmem.					
13.Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.					
14.Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.					
15.Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim işin başına geçmeyi tercih ederim.					

16.Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.					
17.Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.					
18.Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.					
19.Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.					
20.Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.					
21.Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.					
22.Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.					
23.Zoru severim.					
24.Önüme ne engel çıkarsa çıksın hedeflerime ulaşmaya çalışırım.					
25.Başarılarımla gurur duyarım.					

Ek- 5: ALZHEİMER'İN SOSYAL TEMSİLLERİ

ALZHEİMER'İN SOSYAL TEMSİLLERİ					
	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1 Alzheimer bunama aynı şeydir.					
2 Alzheimer'de unutmak geçicidir.					
3 Alzheimer ile demans aynı şeydir.					
4 Alzheimer bir hafıza sorunudur.					
5 Bir kişiye demans tanısı konmuş ise o kişi Alzheimer'dir.					
6 Alzheimer'in tedavisi yoktur.					
7 Alzheimer yaşlı hastalığıdır.					
8 Alzheimer kalıtsaldır.					
9 Alzheimer'de yeni şeyler öğrenmek her zaman mümkündür.					
10 Unutmak demek Alzheimer demektir.					
11 Kişi Alzheimer olsa bile ne yaptığına farkındadır.					
12 Alzheimer'de kafa karışıklığı vardır.					
13 Alzheimer beyin küçülmesidir.					
14 Alzheimer'de kişi işlerini kendi başına gerçekleştirebilir.					
15 Alzheimer'li birinin aklı yerinde değildir.					
16 Düşük eğitim seviyesi Alzheimer için bir risk faktörüdür.					
17 Alzheimer çocukluğa geri döndürür.					
18 Alzheimer'li biri ile iletişim kurmak zordur.					
19 Kadın olmak Alzheimer riskini artırır.					
20 Alzheimer'de kişilik değişimleri görülür.					
21 İleri yaşta olmak Alzheimer için belirleyicidir.					
22 Ailede down sendromu öyküsünün varlığı Alzheimer oluşumda bir etmendir.					
23 Diyabet Alzheimer için bir risk faktörüdür.					
24 Alzheimer'li biri duygusal açıdan bir şey hissetmez.					
25 Alzheimer'den korkulur.					

26	Alzheimer aniden ortaya çıkar.					
27	Alzheimer bakım verenlerinin psikolojik destek alması şart değildir.					
28	Alzheimer'de kalp-damar hastalıkları bir risk faktörü olarak kabul edilir.					
29	Alzheimer'li biri zamanın farkında değildir.					
30	Alzheimer'de davranışsal problemler görülür.					
31	Günlük yaşam becerilerindeki bozulma Alzheimer için önemli bir göstergedir.					
32	Alzheimer'de depresyon ve anksiyete görülmesi beklenir.					
33	Alzheimer'de kişi kendi kararlarını verebilecek güçtedir.					
34	Alzheimer'li biri kendi hayalinde birileri ile konuşur.					
35	Bir diğerine bağımlı hale gelme durumu Alzheimer'de görülür.					
37	Alzheimer'de kişi bir konuyu anlamadığı zaman en ince ayrıntısına kadar açıklama yapılır.					
38	Herhangi bir tartışma esnasında Alzheimer'i olan bir kişiyi ikna etmek için ne gerekiyorsa yapılmalıdır.					
39	Alzheimer'li biri yol bulma sorunu yaşar.					
40	Alzheimer'de kişinin kelime bulmakta zorlandığı söylenemez.					
41	Alzheimer'de kişinin konuşma, yazma becerileri bozulmaz.					
42	Alzheimer'de kişi konuşma ve yazma becerileri devam eder.					
43	Alzheimer'li biri nerede olduğunu bilmeyebilir.					
44	Alzheimer beyin hastalığıdır.					
45	Her Alzheimer hastası yatalak olur.					
46	Alzheimer hastası yardıma muhtaçtır.					
47	Alzheimer'li biri toplumdaki dışlanır.					
48	Alzheimer tanı konulmadan kendini belli etmez.					
49	Alzheimer'li biri ne yaptığını bilmez.					