



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER**

SERAP TEZCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. AYŞE YILDIZ

İSTANBUL – 2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Serap Tezcan tarafından hazırlanan
“*Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler*” konulu çalışması
jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 10.02.2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ
: Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Doç. Dr. Leman ŞENTURAN
: Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. M. Güneş YAVUZER
Sağlık Bilimleri Ens. Vekil Müdürü

I. İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN YAŞADIKLARI
GÜÇLÜKLER

Serap Kaya

- 26-Oca-2017 13:07 EET' de işleme konu
- NUMARA: 762917571
- Kelime Sayısı: 18529

Benzerlik Endeksi

%26

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%23

Yayınlar:

%6

Öğrenci Ödevleri:

%12

II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak, beni yönlendiren, destekleyen ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren Sayın Tez Danışmanım Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ'a;

Araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan, yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Gökhan Erkol'e;

Araştırmamın yürütülmesinde emeği geçen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Bilim Dalı poliklinik sekterliğine, Alzheimer derneği İstanbul Şişli şubesi çalışanlarına;

Çalışmama içtenlikle katılan saygıdeğer hasta yakınlarına;

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi araştırmam süresince de sevgilerini, dualarını ve desteklerini esirgemeyen değerli aileme, tez dönemindeki tüm sıkıntılarımda bana destek olan sevgili eşime;

En derin duygularla teşekkürlerimi sunarım.

III. İÇİNDEKİLER

I. İNTİHAL RAPORU	I
II. TEŞEKKÜR	II
III. İÇİNDEKİLER	III
IV. KISALTMALAR	VI
V. TABLO LİSTESİ	VII
VI. ŞEKİL LİSTESİ	X
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	4
4.GENEL BİLGİLER	9
4.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı	9
4.2. Alzheimer Hastalığında Epidemiyoloji	10
4.3. Alzheimer Hastalığına Neden Olan Etmenler	12
4.3.1.Genetik	12
4.3.2.Nöropatoloji	12
4.3.3.Nörotransmitterler	12
4.4. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri	13
4.5. Alzheimer Hastalığında Tanı	14
4.6. Alzheimer Hastalığının Evreleri	15
4.6.1. Erken Evre (Hafif) Alzheimer Hastalığı	15
4.6.2. Orta Evre	16
4.6.3. İleri Evre	17
4.7. Alzheimer Hastalığında Klinik Belirtiler	18
4.7.1. Kognitif Belirtiler	18
4.7.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Motor Bozukluklar	19
4.8. Alzheimer Hastalığında Tedavi	20

4.9. Alzheimer Hastasının Bakımı ve Yaşanan Güçlükler	20
4.10. Alzheimer Hastasının Sorunlarını Yönetmede ve Desteklemede Hemşirelik Girişimleri.....	27
4.10.1. Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Girişimler.....	28
4.10.2. Çevreyi Düzenlemeye Yönelik Girişimler.....	28
4.10.3. Hatırlatma Girişimleri.....	29
4.10.4. Gerçeğe Oryantasyon Girişimleri.....	30
4.10.5. Geçerlileştirme (Validation) Girişimleri.....	30
4.10.6. Duyusal Girişimler.....	31
4.10.7. Aileye Yönelik Girişimler.....	32
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	33
5.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33
5.3 Veri Toplama Araçları.....	34
5.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
5.5.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	35
6. BULGULAR.....	37
6.1.Alzheimer Hastalarının ve Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri.....	37
6.2. Bakım Verenlerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükü Düzeyi.....	42
6.3.Günlük Yaşam Aktivitesi ile Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkiler.....	43
6.4.Bakım Verme Yükünün Bakım Veren Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	44
6.5.Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	49
7. TARTIŞMA.....	59
7.1.Alzheimer Hastalarının ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
7.2.Bakım Verenlerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükü Düzeyinin Tartışılması.....	64

7.3.Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tartışılması.....	64
7.4.Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Bakım Verme Yükü Hastanın Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tartışılması.....	66
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	71
9.KAYNAKLAR	74
10.EKLER	90
11.ETİK KURUL ONAYI	103
12.ÖZGEÇMİŞ	108



IV. KISALTMALAR

AH: Alzheimer Hastalığı

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

AA: Alzheimer Association

SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk for Treatment

AP: Amiloid Plaklar

NFY: Nörofibriler Yumaklar

APP: Amiloid Preküsör Protein

NICE: Sağlık ve Bakım Mükemmellik Ulusal Entitüsü, The National Institute for Health and Clinical Excellence

DSM-IV: Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

NIC: Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Sistemi

ADCS-ADL: Alzheimer Hastalığında İşbirliği Çalışması- Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

BI: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Alzheimer Hastalığının Erken Evresi

Tablo 2: Alzheimer Hastalığının Orta Evresi

Tablo 3: Alzheimer Hastalığının İleri Evresi

Tablo 4: Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 5: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6: Bakım Verenlerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yüğü Düzeyine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7: Günlük Yaşam Aktivitesi ile Bakım Verme Yüğü arasındaki İlişki

Tablo 8: Günlük Yaşam Aktivitesinin Bakım Verme Yüğü Üzerine Etkisi

Tablo 9: Bakım Verme Yüğü'nün Bakım Vereninin Eğitim Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Bakım Verme Yüğü'nün Bakım Vereninin Medeni Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Bakım Verme Yüğü'nün Bakım Vereninin Yaşına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12: Bakım Verme Yüğü'nün Bakım Vereninin Çocuk Sayısına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13: Bakım Verme yüğü'nün Ekonomik Duruma Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 14: Bakım Verme Yüğü'nün Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 15: Bakım Verme Yükünün Aile Yapısına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 16: Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17: Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Çalışma Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hasta Eğitim Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 19: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hasta Yaşına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 20: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastalık Evresine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 21: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Şu Anki Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 22: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Kullandığı İlaça Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 23: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Tanı Alma Süresine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 24: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Başka Hastalık Süresine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 25: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Başka Hastalığı Olma Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 26: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hasta Cinsiyetine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 27: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hasta Medeni Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 28: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Sosyal Güvencesine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 29: Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Şu Anki Çalışma Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması



VI. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Günlük Yaşam Aktivitesi Düzeyine ilişkin Diyagram

Şekil 2: Bakım Verme Yüküne İlişkin Diyagram

Şekil 3: Günlük Yaşam Aktivitesinin Bakım Verme Yükü zerine Etkisine İlişkin Sonuç Modeli



1.ÖZET

Bu çalışma, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmayı Alzheimer Derneği'nden ve bir üniversite hastanesinin nöroloji polikliniğinden 52 hasta yakını oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak hastalar için "Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Formu" ve "Alzheimer Hastalarının İşbirliği Çalışması-Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği", bakım verenler için "Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri Formu" ve "Bakım Verme Yükü Ölçeği" birlikte kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında manwhitney-u testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında kruskallwhallis testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların günlük yaşam aktivitesi düzeyi $33,346 \pm 19,891$, bakım verenlerin bakım verme yükü düzeyi $50,154 \pm 21,879$ olarak saptanmıştır. Bakım verme yükü ve günlük yaşam aktivitesi arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=-0.621$; $p=0,000<0.05$). Günlük yaşam aktivitesi ile bakım verme yükü arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=31,684$; $p=0,000<0.05$). Bakım verme yükü düzeyinin belirleyicisi olarak günlük yaşam aktivitesi değişkenleri ile ilişkisinin güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0,376$). Bakım verenlerin günlük yaşam aktivitesi düzeyi arttıkça bakım verme yükü düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,685$). Bakım verme yükünün bakım verenin yaş değişkeni açısından istatistiksel fark bulunmuştur ($p=0,0007<0,05$). Bakım verme yükünün hastanın yaşına, hastalık evresine, başka hastalığı olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,035<0.05$, $p=0,008<0,05$, $p=0,017<0,05$). Günlük yaşam aktivitesinin hastalık evresi, şu anki durumu, tanı alma süresine göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p=0,000<0,05$, $p=0,000<0,05$, $p=0,005<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda bakım vericilerin bakım yükü ve güçlükleri belirlenmeli, bakım vericilere danışmanlık hizmetlerini kapsayan profesyonel desteğin verilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer Hastaları, Bakım Verenler, Güçlükler

2. SUMMARY

The difficulties which those caregiving to Patients with Alzheimer;

This study was made as a comparative descriptive research to address the difficulties on the caregivers of Alzheimer's patients. The study includes 52 relatives and their caregivers from Alzheimer's Association and a neurology polyclinics of a university. "The Patient Socio-Demographic Feature Form" and "The Alzheimer's Disease Cooperative Study - Activities Of Daily Living" for patients, and "The Burden Interview" and "The Caregivers Socio-Demographic Feature Form" for caregivers were used together as data collection tool. The definitive statistical methods such as number, percentage, average and standard deviation were used for evaluating the data. The Man Whitney u test for the comparison of quantitative continuous data between two independent groups, and The Kruskal Wallis test for quantitative continuous data between more than two independent groups were used. The level of the patients' daily life activities who participated in the research has been identified as $33,346 \pm 19,891$ and the level of caregivers burden of care giving has been identified as $50,154 \pm 21,879$. The burden of care giving and the moderate daily living activities had a significant negative correlation ($R = -0.621; p = 0,000 < 0.05$). The regression analysis used to determine the relationship between cause and effect of the burdens of care giving in accordance with the activities of daily living was found to be statistically significant ($F = 31,684; p = 0,000 < 0.05$). The burden of care giving as a determinant to the level of relationship with variable activities of daily living (descriptive power) was found to be significant ($R^2 = 0,376$). As the level of activities of daily living of patients increase, the level of care giving burden decrease ($\beta = -0,685$). Although the educational status, marital status, number of children, economic status, family structure, working status and gender had no statistical significant difference ($p = 0,0007 < 0,05$). The burden of care giving in relationship to the patient's age, disease stage and whether or not the patients were in other disease states, was statistically significant ($p = 0,035 < 0.05$, $p < 0,008 < 0,05$, $p = 0,017$ for $< 0,05$ p). The stage of the disease daily living activities, current status and the time of diagnosis were examined, no statistical differences were found ($p = 0,000 < 0,05$; $p = 0,000 < 0,05$, $p = 0.005 < 0.05$). Accordingly, the burden and the

difficulties on the caregivers should be addressed and the consulting services with professional support must be provided.

Key Words: Alzheimer's Patients, Caregivers, Burdens



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıkta ve teknolojiadaki ilerlemeler, birçok hastalığın tanı ve tedavisinde kolaylık sağlamış, bunun doğal sonucu olarak insanların yaşam süresi uzamış ve yaşam standardı yükselmiştir. Bu da yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Yaşlı nüfusunun artması da yaşlılıkla beraber sorunlarda meydana getirmiştir (Yeşilbalkan ve Karadahovan 2005). Yaşlı nüfusundaki bu artış yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevalansında artışa neden olmaktadır. Bu hastalıklardan biri olan Alzheimer hastalığı giderek daha da önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. (Topçuoğlu ve Selekler, 1998)

Türkiye’de ortalama yaşam beklentisinin artması ve doğurganlık hızının düşmesi nedeniyle 60 yaş ve üzeri nüfusta sürekli bir artışın olduğu görülmektedir. 2007 nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %7,1’dir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK),2008). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8 iken 2015 yılında %8,2’ye yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK),2016).

Dünya nüfusunun 2015 yılında %8,5’ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30,4 ile Monako, %26,6 ile Japonya ve %21,5 ile Almanya olmuştur. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK),2016).

Yaşlı nüfusundaki bu artış tüm nörodejeneratif hastalıkları ve özellikle demansları sık görülen bir bozukluk haline getirmektedir. Demans hastalıklarının 65 yaşından sonraki prevelansı her beş yılda bir ikiye katlanmaktadır (Roy,2006).

Demans kelimesi Latince mens (zihin) kelimesinden türemiştir ve demans (demens) zihnin yitilmesi anlamına gelmektedir (Gönen ve ark., 2010, Gündüzoğlu, 2013). Alzheimer hastalığı en fazla görülen demans tipi olup tüm demans vakalarının %50-70’ini oluşturmaktadır (Cogia ve Rastogi, 2008; Gago ve ark., 2014).

Dünya genelinde 2015 yılında 46,8 milyon Alzheimer vakası bulunduğu, bu sayının 2050 yılında 131,5 milyona çıkacağı öngörülmektedir (TKHK, 2015).

Türkiye’de ise; 2014 yılında toplam yatan 18.158 hastanın % 43,6 erkek (7.911), % 56,4 kadın (10.247) olduğu görülmüştür. Ülkemizde Alzheimer hastalığının kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (TKHK, 2015).

Gauthier (2007) ve Daroff ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarına göre; Alzheimer beyinde bazı bölgelerde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile birlikte hatırlamayı, konuşmayı ve duyguları etkileyen ilerleyici dejeneratif bir hastalıktır.

Alzheimer hastası bireylerin hastalık evreleri ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkları, bilişsel ve davranışsal bozuklukları belirginleşmekte ve hastalar fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedirler (Altın, 2006; Alzheimer Association [AA], 2009).

Alzheimer hastalığında tedavi hastalık belirtilerini ve bulgularını yani etiyolojisini ortadan kaldırmaya yönelik, hastanın yaşam kalitesini artırıcı ve bakımını destekleyici özelliktedir. Unutkanlık ve unutkanlığın ilerlemesi çoğu zaman yaşlılığa bağlı doğal belirtiler olarak düşünülüp demansın ve Alzheimer hastalığının erken tanısını geciktirmekte ve erken tanı ile hastalığın seyrinin yavaşlatılması zorlaştırmaktadır. Erken tanı ve tedavi, evreler arası ilerleyişi yavaşlatarak hastanın yaşam kalitesini artırmakta, daha uzun süre kendi kendine yetmesini sağlamakta, sürekli bakım alma durumunu geciktirmekte ve sağlık harcamalarını azaltmaktadır (Evelyn ve Kelly, 2008).

Alzheimer’da hastalık süreci, hastalığın ilerleyici özelliği nedeniyle hastaların sürekli değişiklikler yaşamasına; aile üyeleri ve bakım verenin yaşantılarının çeşitli boyutlarının etkilenmesine ve zorlanmasına yol açan bir süreçtir (Akyar,2006). Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerle yapılan niteliksel ve niceliksel çalışma sonuçlarına göre bakım verme, zamanının büyük bir kısmını hastasına ayırması nedeniyle bakım verenlerin stres düzeyinin artmasına, zorlanma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunların yaşanmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (Gubrium,2002; Duffy,2005). Aynı çalışmalarda hastalığın maliyetinin

yüksek olması bakım verenlerde sosyo-ekonomik sorunların yaşanmasına neden olduğu belirtilmektedir.

Alzheimer hastalarına ilk zamanlarda sadece gözlem yeterliyken, hastalık ilerledikçe tamamen bakıma muhtaç hale gelirler. Hastalığın ilerlemesiyle Günlük Yaşam Aktivitelerindeki (GYA) bağımlılığa hastanın psikiyatrik belirtilerinin de eklenmesi, özellikle bakım yükünü etkilemektedir. Bakım verme yükü, yarattığı yoğun yaşam stresi ve zorlanma sebebiyle bakım veren kişilerde psikiyatrik morbiditeye neden olur. Bakım verenlerde bu yıkıcı süreç ailesel ilişkileri, arkadaşlıkları, iş yaşantısını, fiziksel ve psikolojik iyilik gibi hayatlarının her alanını etkiler. Bir çalışmada psikiyatrik belirti prevalansı Alzheimer hastalarına bakım verenlerde %52 bulunurken, genel popülasyonda %15–20 bulunmuştur. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde hastalığın teşhisinden sonraki bir yıl içinde %50'den daha fazla oranda yeni tanı konmuş orta-ciddi düzeyde depresyon tespit edilmiştir (Yacı, 2011).

Alzheimer hastalığında bakım verenler bakım verme ile ilgili sorunların yanı sıra aile içi çatışma, ekonomik problemler ve iş yaşamında güçlükler yaşamaktadırlar. SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk for Treatment) çalışma raporunda, çok ciddi hastalığı olan aile üyelerine bakım vermek için bakım vericilerin 1/5'i isini bırakmak ya da önemli bir yaşam değişikliği yapmak zorunda kaldıkları belirtilmektedir. Aynı çalışmada hastalık, tedavi ve bakım giderleri nedeniyle aile üyelerinin yaklaşık 1/3'ü aile birikiminin tamamını ve %29'u da aile gelirinin ana kaynağını kaybettiklerini ifade etmiştir. Alzheimer hastalığında bakım verenlerin bakım vermeye haftada 60 saat harcadıkları saptanmıştır. Marin ve arkadaşlarının bakım verenlerin bakım verme sürelerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada da Alzheimer hastalarına günlük bakım verme süresinin 3,8 ile 14 saat arasında değiştiği ve hastalık ilerledikçe ailelerin bakım için ayırdıkları zamanın arttığı belirtilmektedir (Akyar,2006).

Bakım verende gelişen psikolojik ve sosyal sorunların yanı sıra bağışıklık sistem fonksiyonlarında bozukluk, kan basıncında yükselme, plazma lipid düzeylerinde artma, özellikle uyku ve egzersiz alanlarında öz bakım eksikliği ve yüksek oranda psikotrop ilaç kullanımı gibi sağlık sorunları da görülebilmektedir. Kiecolt-Glaser ve arkadaşları Alzheimer hastası olan eşlerine bakım verenlerin bakım vermeyenlerle karşılaştırıldığı

alışmalarında, bakım verenlerin immün sistem fonksiyon bozukluğu gösterdiklerini saptamış ve bozukluk belirtilerinin hastanın ölümünden 4 yıl sonraya kadar devam edebildiğinden söz etmiştir (Akyar,2006).

Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Dünyada ve ülkemizde giderek daha fazla sayıda kadınların çalışma hayatına katılması, çekirdek aileye dönüşüm olması, konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenler bakıma muhtaç bireyin aile içinde bakımını zorlaştıran nedenlerdir. Bu sebeple aile bakımının kuvvetlenmesini sağlayacak hizmetlerin oluşturulması önem taşımaktadır (Taşdelen ve Ateş,2012).

Türkiye’de Alzheimer hastaları için yeterli sayıda huzurevi, gündüz hastanesi veya bakım evi yoktur. Günlük poliklinik hizmeti içinde de sağlık problemleri yanında bakım veren kişilerin karşılaştıkları sorunlara da eğilebilen merkez sayısı ne yazık ki kısıtlıdır. Genellikle yaşlı hastalar birinci derece yakınları tarafından ve evde bakılmak zorunda kalırlar. Bakım verenler genellikle hastanın eşi, kızı veya erkek çocuğudur. Bu kişiler ise becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun kişiler oldukları için bir tercih olarak değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bir zorunluluk olarak hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerdir (Yacı,2011).

Birincil rolü bakım verme olan ve sağlık çalışanları arasında kilit konuma sahip hemşireler, toplumda bakım verenlerin bakım yükü ve yaşadıkları güçlüklerle karşı duyarlı olması ve bakım vereni desteklemesi beklenmektedir. Bunun, bakım verenin değışen koşullara uyum sağlama becerisini arttırarak, hem Alzheimer hastasının hem bakım verenin hem de diğeri aile üyelerinin yaşam kalitesini yükseltebileceğı ifade edilmektedir (İnci ve Erdem,2006).

Bakım verenlerin sıkıntılarının belirlenmesinin bu konuda yapılacak çalışmalara ve geliştirilecek evde bakım uygulamalarına katkılar sağlayabileceğı, bakım verenlerin ele alınarak, hasta ve bakım verenin yaşam niteliklerinin artırılabilceğı düşünülmektedir.

Bu alışma Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Alzheimer hastalığı entelektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara sebep olan ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır. (Capezuti ve ark., 2008; Lewis ve ark., 2007; Arıoğlu,2006)

Alzheimer hastalığını M.Ö. 7. Yüzyıla götürmek mümkündür. Çeşitli felsefeciler bazı kavramlarla bu hastalıktan bahsetmişlerdir. 17. Yüzyılda ise durum daha netlik kazanmaya başlamıştır. Bilhassa yaşlı kadavraların beyinlerinde yapılan çalışmalar, bazı tıbbî veriler ortaya çıkarmıştır.

19. Yüzyılda ise daha önemli adımlar atılmıştır. Philippe Pinel zihinsel rahatsızlıklar konusunda çok ciddi çalışmalar yapmıştır. Bu durum tedavi süreci için büyük bir adım olmuştur. Öğrencisi Pierre Esquirol hastalığın nedenleri ve çeşitleri üzerinde durmuştur. Yüzyılın sonlarında ise yeni gelişmeler yaşanmıştır. Morel (1860) ve Wilks(1865) birtakım beyin hatalıklarını yaşlanmayla ilişkilendirmişlerdir. Daha sonra çeşitli isimler çeşitli adlar ve tanımlarla hastalığa dair çalışmalar yapmışlardır (Wright, McSweeny ve Kieswetter 2004).

Alzheimer Hastalığı ilk defa 1906'da Dr. Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. 1901 yılında Frankfurt' da çalıştığı sırada 51 yaşındaki bayan hastasını muayene ederken saptadığı bulgu ve belirtileri yorumlayamamış bu konuda yeterli kaynak bulamamış ve hastalığın farklı bir durum olduğu neticesine varmıştır. Hastanın ölümünden sonra yaptığı beyin otopsisı sonucu beyin korteksinin normalden ince olduğunu fark etmiş ve senil plaklar ve nörofibriler plaklar olduğunu tespit etmiştir. 1906 yılında yapılan bir kongrede 'serebral korteksin tuhaf hastalığı' olarak sunmuştur. "Alzheimer" adını 1910 yılında klinik şefi Dr. Emil Kraepelin vermiştir (Selekler 2010).

Gellerstedt yaşlı kişilerin beyin yapıları ile ilgili değişik veriler ortaya koymuştur. Beyindeki plaktan ve yumaktan bahsetmiştir ki bu durum daha sonraları da epey tartışmalı bir konu olmuştur. 1960'lardan sonra ise Alzheimer'in yaşlılık belirtisi değil bir hastalık olduğu kesinlik kazanmıştır (Burns ve O'Brien 2005).

4.2. Alzheimer Hastalığında Epidemiyoloji

Hastalıklar genellikle 60 yaş ve üstü insanlarda daha sık görülür. Alzheimer da yine bu yaşlarda görülme oranı çok daha fazladır ve yaş arttıkça da risk daha da artar. Bu yaştaki insanlarda az da olsa bu riski taşır. Bilhassa genetik ve Down sendromlularda görülebilir (Kupfer ve Horner 2008).

Yapılan araştırmalar ABD ve Batı ülkelerinde hastalık riskinin çok yüksek olduğunu göstermiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise bu oranın %11 civarlarında olduğunu göstermiştir. Hastalığın görülme oranı ülkeler arasında farklılık gösterse de önemli bir artış olduğu gözlerden kaçmamaktadır. Ayrıca belirtmemiz gereken bir diğer husus da bu oranın kadınlarda az bir farkla da olsa daha fazla olduğudur (Ruitenberg ve ark. 2001).

Demans sık görülen bir hastalıktır ve tüm dünyada yaklaşık 18 milyon kişiyi etkilemektedir. Nüfus özelliklerindeki değişikliklere bakıldığında 2025 yılında demansın iki katına çıkarak yaklaşık 34 milyon insanı etkileyeceği düşünülmektedir. İngiltere’de, demansın prevalansı yaklaşık yüzde 1’dir. 2050 yılında demans vakalarının 1,5 milyonu aşacağı düşünülmektedir (Kassianos, Benbow, Greves, Iiffe, 2005:2).

Yüzde 60-70 oranında en sık görülen demans türü Alzheimer hastalığı (AH) ve geriye kalan yüzde 15-25 ise Lewy cisimcikli demanstır. AH, genellikle ilerleyen yaşlarda görülmekle birlikte kırk gibi genç yaşlarda başladığını gösteren bugular da bulunmaktadır. AH, sanayileşmiş ülkelerde ekonomik, sosyal ve tıbbi yönden giderek artan boyutlarda bir sorun haline gelmektedir. Japonya’da Alzheimer Hastalığı ikinci sırada yer almaktadır; AH popülasyonunun yüzde 42’sinde etiyoloji serebrovasküler hastalıktır ve bu nedenle serebrovasküler hastalık bu ülkede en sık AH nedenidir. ABD’de yapılan istatistikler, AH’nin 65 yaş üstü 4 milyon kişiyi veya bu yaş üstü popülasyonun yüzde 10’unun etkilendiği göstermektedir. ABD’de elli yıl sonra devrim yaratacak bilimsel gelişmeler olmaması halinde AH sıklığı dörde katlanmış olacak. 2050 yılında AH hastası sayısının 8.64 milyona ulaşması beklenmektedir ve her kırk beş Amerikalıdan birinin AH olacağı tahmin edilmektedir (Emilien, 2005).

Geçtiğimiz yılın Dünya Alzheimer Raporu'na göre, 2015 yılında dünya çapında 46.8 milyon demanslı insan olduğu, 2030'da bu rakamın 74.7 milyona çıkacağı ve 2050'de 131.5 milyon kişinin bu hastalıktan etkileneceği tahmin edilmiştir (Alzheimer's Disease International: 2015).

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 te yüzde %8 iken 2015 yılında %8,2'ye ulaşmıştır ve yaşlı nüfusu hızla büyümektedir (Türkiye istatistik kurumu,2016). Dolayısıyla, yaşlılığa bağlı hastalıklar ve özellikle de Alzheimer hastalığı her geçen gün artmaktadır. Halen ülkemizde 400 bin civarında Alzheimer demansı hastası olduğu tahmin edilmektedir (Kulaksızoğlu & Yücel, 2010:5).

Türkiye'de Alzheimer Hastalığı ile ilgili İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ile Alzheimer Derneği ortaklaşa bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, İstanbul'un Kadıköy Bölgesi'nde, 70 yaş üzerindeki bin civarında yaşlı kişiye tarama yapılmıştır. Yetmiş üzerindeki sıklık, yaklaşık yüzde 11 olarak bulunmuştur (Gürvit ve ark, 2008). Dünyada ise bu sıklık yüzde 58 olarak bulunmuştur (Alzheimer's Disease International: 2015)

Türkiye'de yapılan büyük çaplı bir prevelans çalışmasında 70 yaş üstü Alzheimer hastalığı prevalansı %16, demans prevalansı ise %20 oranında tespit edilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen yüzde; Türkiye'nin sahip olduğu nüfus yapısına uyarlandığı zaman Türkiye'de 300-350 bin civarında Alzheimer hastasının varlığı düşünülmektedir. Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi polikliniğine başvuran 65 yaş üzerinde olan 1255 hastanın taranması ile gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada bu hastaların %8,2'sinde Alzheimer hastalığı ve %4,8'inde Alzheimer dışı demans belirlenmiştir. Demans tanısı koyulmuş olan bütün hastaların %67,3'ü Alzheimer tanısı almış bulunmaktadır (Çınar, 2012, 4).

Halen dünyada ABD' de 9.4 milyon, Avrupa'da 10.5 milyon, Afrika'da 4 milyon, Asya da 22.9 milyon civarında Alzheimer hastası olduğu düşünülmektedir (Alzheimer's Disease International: 2015). Hastalığın tedavi maliyeti de çok yüksektir. Toplam dünya çapındaki tahmini maliyeti 2015 yılında 818 milyar ABD dolarıdır. 2018 yılına gelindiğinde hastalık bir trilyon dolar, 2030 da 2 trilyon ABD dolara kadar artacağı tahmin edilmektedir (Alzheimer's Disease International: 2015).

4.3. Alzheimer Hastalığına Neden Olan Etmenler

Alzheimer hastalığına neden olan etmenler genetik, nöropatoloji ve nörotransmitterler olarak ele alınmıştır.

4.3.1 Genetik

Hastalığın erken yaşlarda görülme oranını en iyi açıklayan faktör genetikdir. Çünkü bu hastalıkla ilgili genler, 21.ve 14. Kromozomlar ve onların kollarıyla ilgilidir. Yaşlılık döneminde görülmesinde ise 19. Kromozom etkilidir. Bunlar kesin değildir fakat genlerin etkili olduğu bilinmektedir (Rogaeva ve ark. 2001).

4.3.2 Nöropatoloji

Alzheimer Hastalığı ile ilgili bir önemli bir nokta da nörolojik bulgulardır. Birtakım nörolojik hadiselerin oldukça etkili olduğu görülmüştür. Alzheimer Hastalarının beyinlerinde hücre kayıpları görülmektedir. Bununla birlikte başka histolojik durumlar da vardır.

Amiloid Plaklar(AP): Bunlar birtakım mikroskopik yapılarıdır. Bazı hadiseler neticesinde hücre ölümüne neden oldukları bilinmektedir (Walsh ve Selkoe 2004).

Nörofibriler Yumaklar(NFY): Hücre içindeki bazı yapıların oluşturduğu yumaklar beyindeki önemli bir proteindir (Iqbal vd. 2005).

Bahsettiğimiz iki durumdan NFY hafıza kaybında etkili iken AP'nin bağlantısı yoktur.

4.3.3 Nörotransmitterler

Sinirler arasındaki iletişimi sağlayan bazı nörotransmitterlerin üretiminde azalma ve bunlar arasındaki dengede bozulmanın etkili olabileceği ileri sürülmektedir. Alzheimer hastalığında belirgin nörotransmitter bozukluk asetilkolin sentezinde görülür. Bu nörotransmitter öğrenme ve bellek gibi yüksek beyin fonksiyonlarında önemli rol oynar. Asetilkolin sentezinde kolin asetil transferaz enzimi sorumludur. Asetilkolin transferaz enziminin aktivitesindeki azalma, yeni bilgilerin öğrenilmesi ve hatırlanmasında önemli rol oynayan bu enzimin üretilmesini azaltır. Alzheimer

hastalığında görülen bellek kaybı ve öğrenme yeteneğindeki azalma bu enzimin eksikliği ile açıklanabilmektedir (Eker,2008).

4.4. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri

Yaş: Bu hastalığın ilk gelen ve değiştirilemeyen risk faktörü yaştır. Yaşın ilerlemesiyle Alzheimer olma ihtimali artmaktadır. Alzheimer 45 yaşında veya daha genç yaşlarda başlayabilir ama özellikle 60-65 yaşından sonra giderek bir yükseliş gösterir. Alzheimer'in 65 yaş civarı görülme sıklığı %6 ile %10 arasında değişmektedir. 60 yaş sonrasında her beş yılda hastalığın görülme sıklığı ikiye katlanmakta, 85 yaş ve üzerinde bu oran %30-47 civarına ulaşmaktadır. (Gürvit vd 2008, Bickel ve Kurz 2009).

Genetik ve Aile Öyküsü: Yaştan sonra en önemli risk faktörü olarak aile öyküsü; yani birinci dereceden bir akrabada (anne, baba, kardeş) Alzheimer hastalığının olmasıdır (Jorm 1997, Kawas ve Katzman 2001). Alzheimer hastalığı olan kişi ile birinci dereceden akrabalık durumunda risk 4 kat artmaktadır. İki veya daha fazla birinci derece akrabasında Alzheimer olanda bu risk daha da fazlalaşmaktadır (Selekler 2010).

Cinsiyet: Yapılan çoğu araştırmalarda Alzheimer hastalığının kadınlarda daha çok görüldüğünü göstermektedir (Iqbal ve ark., 2001). Alzheimer hastalığı (AH) cinsiyet hormonlarından etkilenmektedir. Özellikle östrojen hormonunun beyni koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. Menepozda bu hormonun azalması Alzheimer hastalığına neden olabilmektedir. Çevresel faktörler, menepozun etkilerine bağlı hormonların değişiklik, genetik etkenlerin etkisi sonucu erkeklere göre kadınlarda risk daha fazladır (Carter ve ark., 2012).

Kafa Travması: Kafa travmasının ne sebeple AH'a yol açtığı biyolojik mekanizması kesin bilinmemektedir. Ancak, travmanın nöronal hasara sebep olduğu, bunun A β amiloid birikimini artırdığı, bunların da daha sonra amiloid plaklara dönüştüğü, hem hayvan hem de insan araştırmalarında gösterilmiştir (Gürvit vd 2008, Bickel ve Kurz 2009).

Eğitim ve Meslek: Düşük eğitim düzeyinin ilerleyen yaşlarda hastalık için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Düşük bilişsel aktiviteli işlerde çalışan, düşük bilişsel fonksiyonlu kişilerde Alzheimer hastalığına yakalanma riski fazladır.(Selekler,2003)

Anne Yaşı: İleri yaşlarda yapılan doğumun, Down Sendromunda da olduğu gibi, Alzheimer hastalığı için risk faktörü olduğu bazı çalışmalarda ileri sürülmüşse de bazı çalışmaların bunu desteklemediği görülmüştür. (Selekler,2003)

Kalp Krizi: Özellikle ileri yaşlardaki kadınlarda kalp krizinin Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür (Selekler,2003)

Down Sendromu:35 yaşın üzerindeki Down sendromlularda, Alzheimer hastalığı olma riski yüksektir. Down sendromunda AH açısından çok yüksek risk, AH' ya neden olan proteinin amiloid prekürsör protein (APP) 21. kromozomda bulunmasıdır (Polat 2009).

Sigara Birçok çalışma sigara içmenin AH'na yakalanma riskini artırdığını göstermektedir.(Povova ve ark., 2012). (Sağlık ve Bakım Mükemmellik Ulusal Entitüsü); The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) raporlarında sigara içmek kan dolaşımının bozulmasına neden olmakla birlikte hem Alzheimer hastalığına hem de diğer tip demanslara yakalanma riskini artırmaktadır (www.nhs.uk, 2011)

Diğer Etmenler: Fazla alüminyuma maruz kalma, virüslere maruz kalma, tiroid hastalıkları, sedanter yaşam şeklini benimseme, tedavi amaçlı maruz kalınan radyasyon olarak belirtilmektedir (Arioğlu, 2006; Capezuti ve ark., 2008; Larson ve ark., 1992; Lewis ve ark., 2007).

4.5. Alzheimer Hastalığında Tanı

Demans ve Alzheimer Hastalığının tedavisinde klinik bulgular önemlidir. Demansta kognitif aksaklıklar önemlidir. Bu durum bilme ve anlamayla ilgili yetileri kapsar. AH'de ise zihinsel bozukluklar etkilidir (Kemp vd. 2012).

AH'nın klinik tanısı için bugün yeterli güvenilirliğe sahip olduğu için yaygın biçimde Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tanı kriterleri kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği,1994)

DSM-IV Alzheimer Tipi Demans İçin Tanı Kriterleri (APA 1994):

- A. Birden fazla bilişsel alanı içeren bozukluk kendini aşağıdaki iki maddeyi de kapsayacak şekilde gösterir:
1. Bellek bozukluğu (yeni bir bilgi öğrenme ve öğrenilmiş eski bir bilgiyi hatırlama yeteneğinin bozulması)
 2. Aşağıda sıralanan bilişsel bozuklardan en az biri:
 - a. Afazi (dil bozukluğu)
 - b. Apraksi (motor işlevlerin normal olmasına karşın belirli motor eylemlerin yerine getirilmesi yeteneğinde bozulma)
 - c. Agnozi (duysal işlevlerin salim olmasına karşın nesneleri tanımakta güçlük)
 - d. Yürütücü işlevlerde bozulma (planlama, organize etme, sıralama, soyutlama)
- B. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar toplumsal ve mesleki işlevselliği ciddi biçimde bozmakta ve eski işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemeyi temsil etmektedir.
- C. Aşama aşama başlar ve sürekli kognitif bir düşme görülür.
- D. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar aşağıda sıralanan nedenlerden herhangi birine bağlı değildir:
1. Bellek ve diğer bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulmaya neden olabilecek merkez sinir sistemine ait diğer durumlar (örn. serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)
 2. Demansa neden olabileceği bilinen sistemik durumlar (örn. Hipotiroidizm, B12 vitamini ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifilis, HIV enfeksiyonu)
 3. İlaçlar ve madde kullanımı ile ilgili durumlar
- E. Bozukluklar delirium seyri dışında ortaya çıkmıştır.
- F. Bozukluk başka bir Eksen I hastalığı ile açıklanabilir nitelikte değildir.

4.6. Alzheimer Hastalığı Evreleri

4.6.1. Erken Evre (Hafif) Alzheimer Hastalığı

Hastalığın başlangıç belirtileri çok net değildir ve sıklıkla hastalığın başlangıç zamanı kesin olarak söylenemez. Hafızaya kısa süreli bilgileri kaydetme güçlüğü,

kelime bulma güçlüğü, eşyalarını kaybetme, bilinmeyen çevrede yön bulma zorluğu, karışık bir aktivite ya da hobileri yapmada zorlanma, yeni beceriler öğrenememe, hüzün hali, hastalığı inkâr, umursamazlık hali ve sinirlilik AH'nın ilk evresinde görülen belirtilerdir (Yacı,2011).

Tablo 1. AH'nin Erken Evresi (Galasko ve ark. 1997)		
Kognitif yetilerde bozukluk	Fonksiyonlarda Bozukluk	Psikiyatrik belirtiler
*Hatırlama, öğrenme	* İş	* Apati
*Sözcük bulma	* Para	* İç kapanma
*Problem çözme	* Ev işi	* Depresyon
*Yargılama	* Konuşma- yazma	* İritabilite
*Hesaplama	* Hobiler * Günlük İşlevsellik	*UykuBozukluğu

Bu aşamada hasta, bazı ihtiyaçlarını tek başına yapabilir. Banyo, tuvalet, giyinip-soyunma. Yine birtakım işleri de yapmaya devam edebilir fakat zamanla kalite düşebilir. Birtakım sosyal aktiviteler buna örnek vermek gerekirse özellikle hesap işleri, bakım ve ev işleri ifade edilebilir (Gürvit 2004).

4.6.2. Orta Evre

Bu aşama, hastalığın başlangıcından takribi 4-7 yıl bir zaman geçtikten sonra ortaya çıkar. Bu aşamada kişinin beyinde kusur yoktur. Ama kognitif sorunlar ciddi şekilde baş gösterir. Kısa ve uzun süreli bellekte kusurlar ortaya çıkar. Hasta geçmişte yaşanılanları hatırlayabilir fakat bariz aksaklıklar vardır. En önemli belirti, geçmişe takılı kalır ve oradaki kişilerin ölmüş olsalar dahi yaşadığını düşünür. Çok yakın akrabalarını tanıyamaz ya da karıştırır. Hastanın, yargılama yetisi ciddi derece bozulur (Gürvit 2004).

Tablo 2. AH'nin Orta Evresi (Galasko ve ark. 1997)		
Kognitif yetilerde bozukluk belirtiler	Fonksiyonlarda bozukluk	Psikiyatrik
• Yakın bellek (uzak bellek normal)	* GYA kayıpları	* Hezeyan
• Dil (adlandırma, parafazi)	* Kaybolma	* Depreyon
• İlgörü	* Kaybetme	* Ajitasyon
• Oriantasyon	* Giyinme Güçlüğü	* Uykusuzluk
• Vizyo-spasyal yetiler Dolaşma	* Hijyen Güçlüğü	* Amaçsız

Bütün hastalarda olmasa da olumsuz davranışlar genellikle orta evredeki AH da ortaya çıkar. Ajitasyon huzursuzluk (yerinde duramama dâhil), gece gündüz farkının bozulması, uyku sorunları, sözel ve fiziksel saldırılar, aşırı şüphecilik, hezeyanlar (örn: bir nesnenin konulduğu yeri hatırlayamadığında nesnenin çalındığını düşünmesi gibi yanlış düşünceler) ve halüsinasyonlar hasta yakınları için zorluk yaratmaktadır. Artık bağımlı olmadan yaşayabilmekte güçlük çeker ve belirli ölçüde gözetim ve refakatçi gerekmektedir (Yaci,2011).

4.6.3. İleri Evre

İleri evre belirtilerin hastanın yargı ve düşünme yetisini kaybetmesine, kişilik özelliklerinin değişmesine ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılamamasına neden olacak düzeyde olduğu evredir (Akyar,2006). Aile bireylerini emosyonel olarak hatırlayabilir, ama kişiliğin kesin olarak belirlenmesi ve isimlerinin söylenmesi mümkün değildir. Konfüzyon / ajitasyon artması, hezeyanlar, hallüsinasyonlar, inkontinansın artması, hareketliliğinin azalması, iletişimden uzaklaşma, konuşma kısa cümleler veya kelimelerin tekrarı şeklinde kısıtlanır. Myoklani, rijidite, dişli çark, bradimimi ve dengesizlik gibi ekstrapiramidal belirtiler. Günlük yaşam aktiviteleri için yardımın desteklenmesi, hastanın sürekli bakım için bir kuruma yerleştirilmesi, kuruma yerleştiremiyorsa evde bakım için uygun şartların sağlanması gerekir (Eker,2008).

Tablo 3. AH'nin İleri Evresi (Galasko ve ark. 1997)		
Kognitif yetilerde bozukluk	Fonksiyonlarda bozukluk	Psikiyatrik belirtiler
• Bellek	* Temel GYA kayıpları	* Hezeyan
• Dikkat	* Giyinme	* Ajitasyon
• Apraksi	* Öz bakım	* Uykusuzluk
• Dil (basit sözcükler)	* Yıkanma	
	* Yemek yeme	
	* İdrar kontrolü	

İleri evre oldukça zordur. Hastanın, birçok yaşamsal fonksiyonunda bozukluklar olur. Yatalak bir haldedir. Neredeyse konuşmaz. Yatalak halde olduğundan hareketsizdir ve bakımı da oldukça güçleşir. Hastalıklara daha açık haldedir. Oldukça zor olan bu son evreden sonra hasta vefat eder (Gürvit 2004).

4.7. Alzheimer Hastalığında Klinik Belirtiler

AH kliniğinin en önemli özelliği gizli başlayıp yavaş ilerlemesidir. Hastalardan ya da yakınlarından öykü alınırken, belirtilerin başlangıç zamanını vasküler demansta olduğunun aksine net olarak söylenemediği görülmektedir. Bu belirsiz başlangıç yaşlılıkta unutkanlığın normal bir süreç olduğu gibi yanıltıcı bir inanışla birleşince, hastaların doktora başvuru zamanını geciktirmektedir (Şahin,2009).

4.7.1 Kognitif Belirtiler

Bu durum, kısa dönem hafıza ile ilgili bozuklukları kapsar. Hastalar, öğrenme ile ilgili birtakım aksaklıklar yaşarlar. Başlarda hafif unutkanlıklar şeklinde zuhur eder. Sordukları soruları yineleme gibi. Kendileri fark etmeseler bile etraflarındaki insanlar fark ederler. Hatırlamaya dair diğer ayrıntılar da zamanla etkisini kaybeder. Hastalar başlarda yaşamlarının ilk yıllarına dair anıları ya da duygusal bazı yeni yaşantıları

hatırlayabilir fakat bu durum da geçicidir. Zamanla uzun süreli hafızalarında ve duygusal hafızalarında da aksaklıklar ortaya çıkar (Işık, Taner ve Işık 2008).

Hastaların yer ve zaman anlayışında da ciddi etkilenmeler görülebilir. Bu durum bilinç seviyesini etkilemez. Hastalık zamanla görsel-mekânsal durumda bozulmayı da beraberinde getirir. Yaşadığı evdeki odaları bulamama, tanıdığı mekânları karıştırma gibi (Gürvit 2004).

Afazi, alzheimer hastalığındaki diğer önemli bir durumda dil bozukluğudur. Başlarda hafif bir şekilde seyreder. Kelime bulmada güçlük çekme gibi. Fakat zamanla anlamayı da etkiler. Hastalık ilerledikçe söylenenleri tekrar etme ya da ifadede güçlük gibi durumlar da yaşanır (Kupfer ve Horner 2008).

Apraksi, bu durum kişinin davranışsal hareketlerinde bir rahatsızlık olmamasına karşın, davranışsal birtakım şeyleri yapamamasıdır. Hastalığın ilk dönemlerinde hastalar, saçlarını taramada, kıyafetlerini giymede aksaklıklar yaşarlar. Fakat hastalığın ileriki evrelerinde durum daha da ciddileşir. Yemek yerken materyalleri kullanamadığı görülür (Işık, Taner ve Işık 2008).

Alzheimer hastalarında görülen bir diğer önemli aksaklık da yürütücü fonksiyonlarda görülür. Bu aksaklık hastaları birçok bakımdan etkiler. Devamlı somut düşünme eğilimindedirler. Birtakım zihinsel fonksiyonlarından önemli aksaklıklar olur. Sorun çözme, muhakeme etme, neticeye varma gibi. Hastalığı konusunda da yaşadığı durumlar, ilaçlarını almaması, hastalığı daha da çıkmaza sokar. Toplumsal konularda da bozulmalar görülür. Sosyal konumunu da etkileyecek aksaklıklar yaşar. Kendisini ve bakımını ihmal eder. Temizlik kurallarını aksatır (Gürvit 2004).

4.7.2 Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Motor Bozukluklar

Bireyin hayatını idame ettirebilmesi için birtakım günlük işleri yerine getirebilmesi gereklidir. Kıyafetlerini giyebilmesi, banyo, tuvalet, yeme-içme gibi ihtiyaçlarını giderebilmesi buna örnektir. Bunlara kısaca Günlük Yaşam Aktiviteleri adını veririz. Bununla birlikte temizlik ve yemek yapma, dışarıda birtakım faaliyetler yürütme ve bazı zihinsel faaliyetleri yapabilmesi de Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri olarak isimlendirilir (Torres, Hilleras, Winbiad 2001).

Hastalar ve bu hastalara bakım hizmeti veren kişiler için hastalığın en fazla sorun çıkaran yönünün işlevsel beceri kayıpları ve özellikle işlevsellikte azalma olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur. Zira bu faktörler evde bakım hizmeti alma ihtiyacını ve hastaneye yatışları artırmaktadır. Hastalar günlük işlerini yapabilmek, yolculuk yapabilmek, alışveriş, parasal işlerini halledebilmek, günlük aletleri kullanabilmek, hobilerini sürdürmek, ev işlerini yürütmek, kendine bakım veya hijyene gücü yetme şeklinde örneklenebilecek özellikleri bozulabilir (Yacı,2011).

Hastaların davranışsal bozuklukları da zamanla büyük bir artış gösterir. Yürüyüşlerinde aksama, dengesizlik, durağanlaşma ve dil bozukluğu örnek verilebilir (Gürvit 2004).

4.8. Alzheimer Hastalığında Tedavi

Alzheimer hastalığı tedavisinde genel olarak amaç; bilişsel yetilerdeki bozuklukları durdurmak ya da yavaşlatmaktır. Alzheimer hastalığının birincil tedavisi, hastalığın bilişsel belirtilerine odaklanmış olup ilaçla yapılan semptomatik tedavidir. İkincil tedavisi ise; hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan kaygı, ajitasyon, uyku bozukluğu, depresif belirtiler ve sanrı gibi bulguların giderilmesini amaç edinen, bakımını destekleyen uygulamalardır (Taşdemir, 2008).

4.9. Alzheimer Hastasının Bakımı ve Yaşanan Güçlükler

Tedavisi tam olarak belirlenememiş özellikle nöro-psikolojik hastalıkların yoğun ve zor bir bakıma muhtaçtır. Alzheimer hastalığı da; nöronal yıkım meydana getirmesi, ilerleyici yapısı, oluşturduğu risk faktörleri ve etiyolojisi düşünüldüğünde tedaviden yoğun bir bakım gerektirmektedir. Alzheimer hastalığına yakalanmış bir kişinin bakımı, hastalığın teşhis anından itibaren düzenli ve sürekli bir gözetim, plan, uygulama ve sonuçlandırmayı gerektirir (Akdemir ve Birol 2004).

Hastanın mümkün olduğu kadar uzun yaşayabilmesini sağlamak, hastalığın şiddetlenmesini önleyici çalışmalar yapmak ve oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek bir grup çalışmasıyla mümkün olabilir. Söz konusu ekibin içinde; psikiyatrist, psikolog, nörolog, getiatrist, psikogetiatrist, diyetisyen, fizyoterapist ve hemşireler

sayılabilir. Bu ekip, hem hastanın tanı-tedavi ve bakım sürecinde hem de hasta ile ailesi arasında birinci derecede önem taşımaktadır. Alzheimer hastalığı tamamen iyileştiren bir tedavisi bulunamamış bir hastalıktır. Bu sebeple Alzheimer hastasının bakımında amaçlanan temel uygulamalar; hastayı olumlu etkileyici bir çevre oluşturmak, hastanın temel bakımı ve günlük aktivitelerini sürdürülebilir seviyede tutmak, hastanın benliğine duyduğu öz saygının korunmasını sağlamak ve öğrenme, algılama ve akılda tutma becerilerini en iyi durumda tutmaya çalışmak ile birlikte hastanın yaşaması muhtemel gerilemelerini yavaşlatmak ve azaltmak şeklinde sıralanabilir (Jurkowski 1998; Abraham ve ark. 2006).

Hastaların tedavisinden ziyade bakım ve gözetiminde hemşirelerin önemi büyüktür. Hasta, hasta yakınları ve hasta bakıcıların eğitim ve danışmanlığı, hastalığın bakımındaki destekleyici çevresel faktörlerin(dernekler bakım evleri gibi) yönetimi ve hastaya ailesiyle birlikte tamamlayıcı bir bakım sağlamak hemşirelerin etkin olduğu aşamalardır. Alzheimer hastalarının bakımında görevli hemşirelerin fonksiyonları hastalığın aşamalarına göre değişkenlik gösterebilir. Hastalığın ilk aşamalarında- erken dönem- hemşirenin görevi hastanın çevresiyle olan uyumluluk durumuna katkı sağlayıcı bir bakım sağlamaktır. Hastalığın ilerlediği ve hastanın temel ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma geldiği ileri düzeyde hemşire, hastanın psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamasını sağlamakla görevli olabilir. Hemşirenin hastaya sunacağı kaliteli ve yeterli bakım, hastalığın doğru ve iyi şekilde algılanmış ve anlaşılmış olmasına, hastalıkla ilgili hasta bakıcı aile deneyimlerini yetkin analizlere ve bu incelemeleri doğru tatbik etmeye bağlıdır (Cotter 2006).

AHlı bir hastanın etrafındaki; bakıcı, hastanın kendisi ve ailesi tümüyle hemen hemen aynı oranda strese sahip olacak bir durumdadır. Bu sebeple AHlı bir hastanın bakımıyla ilgili bir yol haritası ve sistem belirlemek adına bu tip durumları yaşamış aile ve bakıcıların gözlemlenmesi ve tecrübelerinden faydalanılması hem bakım açısından hem de bakıcının psikolojik sağlığı açısından faydalı olabilecektir. İnsanın yaşadıklarını başkalarının da yaşadığını görüp bilmesi bazen hayatını kolaylaştıracağı gibi gerçekleştirecekleri önceden biliyor olmak çözüm yolları bulmayı da kolaylaştırabilir (Mace ve Rabins 1999).

Alzheimer hastalığında bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça güç ve sıkıntılı bir dönemdir. Dünyada ve ülkemizde giderek daha fazla sayıda kadınların çalışma hayatına katılması, çekirdek aileye dönüşüm olması, evlerin küçülmesi ve ekonomik sıkıntılar gibi sebepler bakım ihtiyacı olan kişilerin aile içinde bakımını güçleştirmektedir. Bu nedenle aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak politikaların oluşturulması önem kazanmaktadır. Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal sebeplerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaştığını düşündüklerinden ailenin desteklenmesini hedefleyen yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer vermeye başlamışlardır (Tanlı ve ark, 2011). Bugün toplumumuzda da bireylerin evinde ve saygın bir ölüm hakkı arayışı, saygın ve güvenli bir bakım hakkı, sağlık ve yardım hizmetlerinden eşit yararlanma hakkı arayışlarının, kişisel ve özelleşmiş hizmet beklentilerinin yükselmekte olduğu görülmektedir (Taşdelen ve Ateş,2012).

Alzheimer ve demans gibi bakıma muhtaç hastalıklara yakalanan yaşlı bireylerin günden güne artması bakım ve hastaların ihtiyaçlarının karşılanması sorumluluğu hastanelerden evlere, ve bakım profesyonel bakıcılardan çok hastanın aile bireylerine doğru yönelmiş durumdadır (Cotter 2006). Bu durum hastalığın bakımı, idaresi ve hastanın yaşayışında büyük bir öneme sahiptir.

Gelişmiş ülkelerin çoğunda yaşlıların % 5 ile % 17'si evde bakım almaktadır. Bu bakımın ise yarısından fazlası yaşlının yakınları ve bakıcılar tarafından verilmektedir. Amerika'da evde bakım verilen AH'nın %80'ine aile üyeleri bakmaktadır (Eters ve ark, 2008) . Ülkemizde de yaşlıların bakımı aile üyeleri, özellikle de kadınlar ve eşler tarafından yürütülmektedir (Fadıloğlu ve ark,2013). Türk Aile Yapısı Araştırması'na göre Türkiye'de yaşlıların % 63'ü kendi evlerinde, % 36'sı çocukları ile birlikte, % 1'i ise huzurevinde yaşamaktadır (Atalay, 1992). Ülkemizde kültürün de yadsınamayacak ölçüdeki etkisiyle alzheimer teşhisi konulmuş kişiler dahil yaşlıların bakımı profesyonel eğitim almamış olan ve çoğu hastanın aile bireylerinden biri olan %75' i ve bu oranın % 50' si hastanın kızı kişiler tarafından verilmektedir (Dileköz 2003).

Bakım veren kişilerin sorumlulukları iş ve evdeki sorumluluklarla çatışmaya neden olabilir. Bakım veren kişide, yakınının ya da eşinin fiziksel ya da bilişsel olarak

yetersizleştğini görmek duygusal sorunları yaşamasına sebep olabilmektedir. Bakımla ilgilenen birey; sevgi, iyi bir iş yaptığı için memnuniyet gibi duygularının yanı sıra suçluluk, kızgınlık, yorgunluk, anksiyete, korku, keder ve üzüntü gibi duygular da yaşayabilmektedir. Bakımı üstlenen bireyde, kadın veya erkek olsun sahip olduğu rollerde farklılaşmalara neden olmaktadır. Yaşlı bir kadın, kendi kendine karar vermeye, para idaresinin erkeğin olduğu bir ailede bakım veren bir kadının parayı idare etmeye başlamasına ve araba kullanmayan bir kişi araba kullanmaya başlamak zorunda kalabilir. Aynı şekilde erkekler de yemek pişirmeye, çamaşır yıkamaya, evin temizliğine ve eşine kişisel bakımında yardımcı olmaya başlayabilir (Özcan ve Kapucu,2009).

Genel olarak aile ilk olarak hastalıklığın teşhisi ile beraber aileyi ve ilişkileri olumsuz yönde etkileyen bir kriz durumu yaşanır. Fiziksel ve duygusal hayatları, hastayı kaybetme korkusu, ailedeki rollerin değişmesi ve yeniden düzene sokulması, ekonomik sıkıntılar beraberinde gelir. Alzheimer tanısı konulan hastaları, onun bakımı ile uğraşan aile üyelerini, hatta uzak akrabalarını ve arkadaşlarını hem de onun bakımından sorumlu olan kişileri etkileyen bir süreçtir. Uzun dönemde davranış değişikliklerinin yol açtığı belirgin güçlükler, tam bellek yitimi, bunların doğurduğu sosyal sonuçlar, parasal yükler, kişisel ve evlilikle ilgili stres, bakım yerleri ve programlarının düzenlenmesi gibi sorunlar ortaya çıkar bakımı üstlenenlerin yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal bakımdan tümüyle etkileyen bir süreçtir (Yılmaz ve ark., 2007).

Hastalığın bakım veren kişi tarafından tanındığı ve hastalığın tam teşhisinin saptandığı dönem bakımda ilk evre olarak değerlendirilir. Bu dönem genel itibariyle hastalığın tanımı ve bakıma dair planlamaları içerir. Bu ve hastalığın biraz daha ilerlediği orta dönem diyebileceğimiz dönemlerde hastanın olduğu kadar bakım verenin de desteklenmeye ihtiyacı vardır. Bu dönemlerde bakım veren kişi hastanın gerekli tedavileri, hastalığından dolayı sekteye uğraması muhtemel olan güvenliği gibi konularla başa çıkmakla yükümlü olur (Wilkinson 2005).

Bakımdan sorumlu kişi hastanın adeta sağlıklı durumda olan kopyası rolünü üstlenmek zorunda kalabilir. Hastanın ihtiyaçlarını önceden tahmin etmek, hastalıktan dolayı gerçekleştiremediği sorumluluk ve rollerini yerine getirmek, hastanın yakını

olması halinde bakım verenin yok oluşunu izlemek ve tüm bunları tam zamanlı bir çalışma içerisinde yapıyor olmak bakım verenleri oldukça yıpratmaktadır. Bu sebeple bakım verenler, aşırı yorgunluk, uykusuzluk, kilo kaybı veya düzensiz beslenme ve strese bağlı kilo olma, depresyon, korku ve çaresizlik gibi olumsuz duygu ve durumlarla karşılaşabilir. Çevreleriyle ve aileleriyle olan sosyal ilişkilerinin de bozulması söz konusu olabilir (Hunt 2003). Kılıç Akça ve Taşçı'nın çalışmasında, bakım verenlerin %25'inin günlük aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiği ve bu etkilenmeye bağlı bakım verende sosyal izolasyona neden olduğunu saptamıştır. Bakım verenlerin %22'sinde çoğunlukla baş ağrısı, mide rahatsızlıkları ve kendilerini halsiz hissetme gibi fiziksel sağlık sorunları görülmüştür. Bakım verenlerin %34,4'ü bakım vermenin ruhsal sağlıklarının kötüleştiğini belirtmiştir (Kılıç Akça ve Taşçı,2005) .

Bakım verebilme bir çok etmenle başa çıkabilmenin yanı sıra belirli bir eğitimi de gerektirmektedir. Özellikle rehabilitasyon, tedavi, gözlemlene gibi konuların eğitiminin alınması bakım veren kişide bulunması gereken yeterlilikler olarak değerlendirilebilir (Hunt 2003).

Alzheimer ve demans hastalığına sahip kişilerin gündelik hayatları olası birçok belirsizliğe gebe. Bu belirsiz durumlar bakım veren kişi için korku ve tekinsizliğe sebebiyet verir. Bakım esnasında karşılaşılan belirsiz durumlarda ne yapacağından emin olamayan bakıcı, kendi zihinsel dünyasında korku ve düşünceler üreterek içine düştüğü belirsizliği anlamlandırmaya veya boşluğu doldurmaya çalışır. Önceden yaşanmış olayları dinleyen ve bakım süreci içinde psikolojisi yıpranmış olan bakım sorumlusu, düştüğü belirsiz durumlarda aklına en kötü senaryoları getirmeye eğilimli hale gelir (Silin 2001).

Alzheimer hastalığı kişinin hayatını eski durumundan çok aşağı bir hale getirebilen başka bir ifadeyle kişinin hayat kalitesini ve yaşayışını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Hastalık böyle olunca hastanın bakımıyla ilgilenen kişi de bundan paralel bir şekilde etkilenebilmektedir. Bu tip hastalara bakım veren kişilerin belirli bir süre sonra hayat kalitelerinde düşüş gözlenmektedir.

Alzheimer hastalığı kesin tedavinin henüz bulunmadığı bir hastalıktır. Tedavi aşaması bu hastalıkta bakıma oranla daha geri plandadır. Bir diğer ifadeyle hastanın

bakımı tedavisinden daha önemlidir. Bu noktada konunun sosyo-ekonomik kısmına eğilmek gerekir. Modern tıpla birlikte hastalıkların teşhis ve tedavilerine yönelik imkanlar oldukça ilerlemiş durumdadır. Ekonomik açıdan geri kalmış ülkelerdeki insanların tanı ve tedavi masraflarını bile karşılayamadıkları düşünüldüğünde bakım işi çoğunlukla profesyonel bakım verenlerden ziyade hastanın yakınları tarafından sağlanmaktadır. Bu da hasta ve ailesinin hastalıkla kendi imkanlarıyla baş etmek zorunda olduğunu göstermektedir. Bu hastalığa sahip insanlarla ilgili sorunlar hastaların bulundukları yerlere göre değişkenlik göstermektedir. Bu hastalara evde bakım vermenin mümkün olmadığı durumlar bulunduğu ülkenin sağlık politikasının sorumluluğundadır (Gökay ve Aydemir 2000).

Literatürde çok sayıda çalışma, Alzheimer hastalarına bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin de arttığını bildirmektedir. Alzheimer hastalarının bakım verenlerinin bakım sürecinde, psikolojik stres ve uzun süreçte ağır bir yük yaşadığını ve duygusal problemlerle başa çıkmaya çalıştığını gösteren çalışmalarda, aynı yaştaki kontrol grupları ile kıyaslandıklarında, AH'na bakım verenlerin, diğerlerine göre oldukça fazla fiziksel ve psikolojik hastalık göstergeleri görülmüştür. Burwill ve ark. AH'na bakım verenlerde psikiyatrik belirti prevalansı %52 bulurken, genel popülasyonda %15–20 bulmuşlardır. İşlev kaybına neden olan başka kronik hastalık teşhisi almış hastaların bakım verenleri ile karşılaştırıldığında Alzheimer hastalarının bakım verenlerinin daha yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadıkları bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar bakım yükü üzerinde esaret duygusunun büyük rol oynadığını gözlemlediklerini belirtmişlerdir (Yacı,2011).

528 bakım verenin alındığı araştırmada, bakım verenin sağlıkları ile ilgili başlıca şikayetleri; %87 enerji kaybı ve uyku sorunları, %70 anksiyete bozuklukları, %60 ağrı, %52 depresyon, %41 baş ağrısı, %38 kilo sorunları olduğu belirtilmiştir.. Bakım verenlerin %53'ü sağlıklarındaki bu bozulmalar nedeniyle bakım verme kalitesinde düşüş olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verenler fiziksel veya duygusal sorun yaşadıklarında, bunların olmadığı zamana göre işlerine %37 daha az zaman harcadıklarını, aile ya da arkadaşları ile %69 daha az zaman geçirdiklerini belirtmişlerdir. Bakım vermeye başladıktan sonra %51'i daha fazla medikal tedaviye

ihtiyaç duyduğunu ve %10 daha sık alkol kötüye kullanımı olduğunu bildirmişlerdir (National Alliance for Caregiving/AARP Survey,2009).

Bakımı üstlenen bireylerin yaşadığı sorunları birçok değişken artmasına sebep olabilir. Hastalığın evresi ve seyri, hastanın iletişim kurmada yaşadığı sıkıntılar, kişilik bozuklukları, davranışsal, psikolojik belirtiler gibi hastayla ilgili değişkenler, bakım verenin cinsiyeti, başarılı olamama korkusu, geleceğe dönük düşünceleri, fiziksel ve psikolojik sağlığında bozulma gibi bakım veren ile ilgili değişkenler ve hastanın bakımını veren kişi arasındaki ilişki bakımı üstlenenin yaşadığı sorun düzeyini belirlemektedir (Yılmaz ve Turan,2007).

Hartford Enstitüsü, bakım vermenin olumsuz sonuçlanmasıyla alakalı risk faktörlerini belirlemiştir. Bu risk faktörleri;

- Bakım veren bireyde fazla seviyede stres ve depresyon görülür, subjektif iyilik hali ve fiziksel durumları olumsuz etkilenmektedir.
- Bayanların bakım vermede daha fazla sorumluluk aldıkları ve bayanlarda depresyon seviyesinin daha fazla olduğu görülmektedir.
- Bakım veren kişinin eğitim düzeyinin düşük olması depresyon görülme oranını arttırmaktadır.
- Eşlerin bakımı üstlenmesi diğer bakım verenlerden daha fazla oranda depresyon görülmesini arttırmıştır.
- Bakım veren kişi ile bakım alan kişinin iletişiminin kötü olması bakım vermede daha fazla soruna sebep olmaktadır.
- Bakım veren kişinin bakım vermeye hazır olmaması da bakım vermede sıkıntılara yol açmaktadır (Özcan ve Kapucu,2009).

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yükünü en kuvvetle etkileyen faktörlerden biri de hastanın sorunlu davranışları (amaçsız gezinmeleri, duygusal sorunları, uygun olmayan davranışlar) olduğu belirlenmiştir. Günün kaç saatinin bakıma harcandığı bakım yükünü etkileyen faktörlerdendir. Bakım verme aktiviteleri ile ilgili karşılanmayan gereksinimlerin (bilgi, aile desteği gibi), AH bakım verenlerinde önemli olduğu düşünülmektedir(Sörensen ve ark,2006). Bakım verenin diğer aile üyelerine ayıracak daha az enerjisi kalmakta ya da bakım verme ile ilgili sorumlulukların paylaşımında sorunlar çıkabilmektedir. Bunlar aile içi çatışmalra neden olmaktadır.

Bakım verenler kişi enerjisinin çoğunu hastasına ayırdığı için işle ilgili sorunlar da yaşamakta, işte performansları azalmakta ve bazı kariyer fırsatlarını kaçılabilmektedirler (Yacı,2011).

Bakım veren kişilerin sağlık durumları çok iyi gözlenmeli ve tıbbi desteğe gerek olacak belirtiler doğru analiz edilmelidir. Bakım veren kişide uyku problemleri, iştahsızlık, yorgunluk gibi belirtiler görülebilir. Bakım veren kişilerde depresyona girme oranı yüksek olup bu sebeple hastalığın bakıcı üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerini de ayrıntılı değerlendirilmesi oldukça önemlidir. (Küçükęüçlü 2004).

Hasta ve bakım verenin ihtiyaçlarına göre ayarlanabilecek rehberlik danışmanlıklarıyla bakım verme sürecinin kalitesinin artırılması, bakım verenin stresinin azaltılması ve hasta yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilecektir. Bu konuda yapılan araştırmalarla bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel olarak göreceli bir iyilik hali sağlanırken, hastalar için yararlanacak merkezlerin artırılması, merkezlere ulaşımın kolaylaştırılması gibi konularda olumlu yönde yol alındığı belirtilmiştir. Sadece düzenli aralıklarla doktor tarafından yapılan telefon görüşmeleriyle bile hastaların mortalitesi azalmış, birinci basamakta sağlık hizmetine ulaşmaları kolaylaştırılmıştır. Tıbbi sorunlarla ilgili bilginin artması sağlanırken kullanılacak ilaçlara uyumla birlikte hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete, depresyon gibi ruhsal sıkıntılarına farkındalık artmıştır (Atağün ve ark, 2011).

4.10. Alzheimer Hastasının Sorunlarını Yönetmede ve Desteklemede Hemşirelik Girişimleri

Alzheimer hastalığında hemşirelik girişimlerinin temelinde fiziksel sağlık, psikososyal iyi olmaya ve sosyal ilişkileri geliştirmeye odaklanılmaktadır. Hemşirelik girişimleriyle Alzheimer hastasının ümidi, kendine yönelik yeterlilik ve denetim duygusunu kazanması; benlik saygısını bozan durumlarla neler yapması, sosyal destek kaynaklarını ve bakım vermeyi iyileştirerek benlik saygısını yeniden kazanması, bakım veren kişilerle ve aile bireyleriyle sağlıklı bir iletişim sürdürölmesi, kişilerarası ilişkilerini arttırması, üretken olması ve yaşamaktan mutlu olması, kendine yetebilmenin artması ve baş etme becerilerinin güçlenmesi, mortalite ile ilgili kaygı ve çatışmalarını çözümleyebilmesi, hastalık sürecinde ortaya çıkan kayıplara uyum sağlaması ve

bağımlılık gereksinimlerini kabul etmesi amaçlanmaktadır. Bu hemşirelik girişimleri ise;

- Günlük yaşam aktivitelerine yönelik girişimler,
- Çevreyi düzenlemeye yönelik girişimler,
- Hatırlatma girişimleri,
- Gerçeğe oryantasyon girişimleri,
- Geçerlileştirme (validation) girişimleri,
- Duyusal girişimler,
- Aileye yönelik girişimlerdir (Taşdemir,2008).

Hemşireler primer bakım vericilerin bakım yükünün ve bakım yükünü etkileyen etmenlerin belirlenmesi bakım yükünün azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına ışık tutacaktır. Bu durum başta primer bakım verici olmak üzere aile üyelerinin bakım yükünün azaltılmasına, bakım vericinin yaşlıya daha nitelikli bakım vermesinin sağlanmasına, bakım verenlerin ve bakım alanların iyilik halinin sürdürülmesine ve evde bakım hizmetlerine yönelik sağlık politikalarının oluşturulmasına katkı sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır (Selçuk ve Avcı,2016).

4.10.1. Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Girişimler

Hastanın hastalık sürecindeki değişiklikler günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunu da etkiler. Hemşire hastanın yapabildiği kadarı ile işlerinin kendisinin yapmasına izin vermeli, aile ya da diğer bakım vericileri bu konuda eğitim verilmelidir. Mümkün olduğunca, hastaların yemek hazırlamada, alışverişe gitme de ya da diğer ev işlerine yapabildiği ölçüde katılımları hastaları olumlu yönde etkileyecektir (Küçükgüçlü,2006)

4.10.2. Çevreyi Düzenlemeye Yönelik Girişimler

Alzheimer hastasının bilişsel yetilerini olumsuz yönde etkileyebilecek yüksek ses, karmaşık ortam, hastanın çok fazla farklı insanlarla karşılaşması ve sık sık mekan değişikliği yapmasının engellenmesi, hastanın bulunduğu ortamda hastayı yaralıyıcı ya

da fazla eşya varsa en aza indirgenmesi çevreye yönelik girişimlerdir. Bu durumda hemşire, hastada konfüzyona, kendine-başkalarına zarar vermeye ve kazaya neden olabilecek kesici, sivri uçlu nesneleri çevreden uzaklaştırarak ve hastayı yakından izleyerek güvenlik önlemlerini almalı ve aileye eğitim vermelidir. Ayrıca; hemşire, hasta sürekli kızgın ve kavgacı davranışlarda bulunuyorsa nedenlerini araştırarak çevreyi düzenlemeye yönelik girişimlerde bulunur (Taşdemir, 2008).

4.10.3. Hatırlatma Girişimleri

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Sistemi (NIC)'de hatırlatma girişimlerini, kurumda yaşayan bireylerin içinde bulunduğu zamana adaptasyonunun, yaşam kalitesinin ve kurumdan memnuniyetinin artırılması amacıyla geçmişte yaşanan olayları yeniden hatırlamaya dayalı bir müdahale olarak tanımlanmıştır. “Bu girişimde hastanın geçmiş hayatı hakkında düşünmesi sağlanır. Hatırlatma girişimleri bireysel ya da grup terapisi şeklinde, geçmişte yapılan faaliyetleri, olayları ve deneyimleri gruptaki diğer bireylerle ya da diğer insanlarla, genellikle eski bir müzik, ses kaydı, fotoğraf ve diğer tanıdık objeler yardımı ile paylaşma şeklinde gerçekleştirilmektedir. Literatürde bu girişim toplam 6-12 hafta, haftalık 1-2 kez ve yaklaşık 30-60 dakika süren oturumlar şeklinde yapılmaktadır (Aşiret ve Kapucu,2016).

Hatırlatma oturumlarında, her oturuma özgü bir konunun olması ve oturum konularının olumlu hatıralar üzerinden yapılması önerilmektedir (Stinson and Kirk 2006; Stinson 2009). Bu uygulamada; hasta ile aile fotoğraflarına bakılıp, çocukken nerede yaşadığı, anne babasının ile ilgili hatırladıkları, ne zaman evlendiği ve evlendiğinde neler hissettiği, kaç tane çocuk sahibi olduğu, ilk çocuğunun ne zaman doğduğu ve o anda neler hissettiği gibi geçmiş hayatı ile alakalı duygu ve düşünceleri öğrenilmektedir (Taşdemir,2008).

Literatürde yapılan çalışmalarda hatırlatma girişimlerinin depresyon düzeyini ve yalnızlık düzeyini azaltırken; pozitif düşünme ve problem çözme becerisini, yaşam doyumunu öz saygıyı, bilişsel düzeyi, kendine güven ve psikolojik iyilik halini arttırdığı bildirilmektedir (Aşiret ve Kapucu,2016).

4.10.4. Gerçeğe Oryantasyon Girişimleri

Alzheimer hastalarında hastalıkla beraber oluşan bilişsel ve davranışsal belirtilerin yatıştırılmasında, gerçeğe oryantasyon girişimlerinin planlanması önemlidir. Bunun amacıyla, yaşlı bireyde konfüzyonu ve oryantasyon bozukluğunu azaltarak olumlu yaşamayı sağlamak vardır. Bu girişim; kişinin çevresini daha iyi algılamasını sağlar, kontrol etmesini dolayısıyla özsaygısını geliştirir. Bu girişimle hasta zamanı, yeri ve diğer kişilerin varlığını fark eder. Kişinin sosyal ve entellektüel becerilerini kullanmasını sağlar. Ayrıca, bu girişim hastanın regresif davranışları üzerinde olumlu etki sağlar. Yapılan çalışmalarda gerçeğe oryantasyonun Alzheimer hastalarının sosyal ve bilişsel yetileri üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (Taşdemir,2008).

Hastanın olabildiği kadar bulunulan yere, kişi ve zamana yönlendirilmesi gerekmektedir. Saat ve takvimler hastanın görebileceği uzaklığa yerleştirilmeli, yazılar görebileceği boyutlarda olmalıdır. Hasta ile konuşurken bulunulan gün, mevsim gibi konulardan bahsedilebilir; ancak hastalığın ileri dönemlerinde tam yönlendirme olanaksız olabilir. Gerçeğe yönlendirme çabası, hastalığın ileri dönemdeki hastaların işlevlerini düzeltmediği gibi anksiyetelerini arttırır. Bu nedenle özellikle bu evrelerde, hastanın söyledikleri ve inançları mantıksız ve gerçek dışı da olsa, hastanın bunun aksine ikna edilmeye çalışılmaması gerekir (Küçükgüçlü,2006).

4.10.5. Geçerlileştirme (Validation) Girişimleri

Bu yöntem oryantasyon sorunu olan ileri yaşlı (80 yaş ve üzeri) bireylerde kullanılmaktadır. Geçerlileştirme girişi, gerçeğe oryantasyonun etkili olamayacağı, algılamamanın zorlaştığı durumlar da kullanılmaktadır. Hemşire, hastayla iletişim kurabilmek için gerçek durumdan çok hastanın o anki duygusal durumuna odaklanıp, Alzheimer hastalarının ne yaptıkları ve ne söylediklerini anlamaya çalışmaktadır. Bu girişim; söylenmeyen duyguları ortaya çıkarmaz, söylenilen duyguların altında yatan nedenlerini analiz eder (Taşdemir,2008).

Naomi Feil tarafından geliştirilen geçerlileştirme terapisi hastanın duygularını ifade etmesi amacını hedeflemiştir. Feil demansı dört aşamaya ayırmaktadır. Maloryantasyon, zaman konfüzyonu, tekrarlı hareketler ve bitkisel hayat. Geçerlileştirme terapisinde Feil dokunma, müzik dinletme, yansıtma, hatırlatma gibi

birbirinden farklı 14 sözlü ve sözsüz teknik kullanmaktadır (Akyar,2011). Feil, demans hastasında akıldan daha çok duygulara odaklanılmanın daha önemli olduğunu belirtmiştir. Böylelikle hastalarla iletişim konuşurken, konfüze konuşmaların ve davranışların altındaki anlamlara ve duygulara empati yapılır. Bu uygulama, şu ana oryantasyondan çok duyguların içeriğinin önemli olduğunu vurgular. Örneğin; Alzheimer hastasının sürekli eve gitmek istemesini belirtmesi halinde onun evde olduğunun hatırlatılmasından çok, bu konu ile ilgili duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarmaya çalışılır. Bazen bu uygulama hastaya, gerçeğe oryantasyon girişiminden çok daha yararlı olabilmektedir. Çünkü; bu girişim hastanın yaşadığı kaygıyı, korkuyu, öfkeyi yatıştırabilmektedir (Taşdemir,2008).

Geçerlileştirme terapisi oryantasyon bozukluğu olan yaşlılar ile iletişim kurabilme metodudur. Karşısında ki kişinin yerine kendini koyarak uygunsuz davranışların altında yatan nedeni ve bu davranışların ne anlama geldiğinin empati kurarak anlaşılabilceğini öne süren bu yöntem, bu şekilde hastaların kendi iç dünyalarına girerek onları rahatlatmayı amaçlamaktadır (Yücel,2009).

Geçerlileştirme terapisinin amacı özetle; alzheimerlı bireylerde benlik saygısını yeniden kazanmasını sağlamak, stresi en aza indirmek, yaşamaktan zevk almak, fiziksel gerginlikleri azaltmak, sözel ve sözel olmayan iletişimi artırmak, sosyal izolasyonu önlemek, fiziksel iyilik halini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Alzheimerlı hastalarda terapinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, yaşlıların fiziksel iyi halini sağlayarak yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır (Lök ve Buldukkoğlu, 2014).

4.10.6. Duyusal Girişimler

Alzheimer hastalarında bu girişimler temelde fiziksel fonksiyonu, davranışsal sıkıntıları ve depresif bozuklukları en aza indirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bunlar; müzik, masaj/tedavi edici dokunma gibi girişimlerdir.

Müziğin kullanımı; şarkı söyleme, bir müzik aleti çalma ya da müzik dinleme şeklindedir. Han ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, Müzik terapi sonrası alzheimerlı hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olmuştur. İlk evredeki hastalara müzik programı uygulanmış ve hastaların sosyal ve duygusal

uyumlarının arttığı, melatonin hormonunun da artış ile birlikte hastalarda gevşeme, rahatlama ve mutluluk seviyesinde artış olduğu gözlenmiştir. Müzik terapi grubunun bilişsel işlevlerinde iyileşme görülmüştür (Lök ve Bademli,2016).

Bununla birlikte tedavi edici dokunmanın ve masajın Alzheimer hastalarının duygu durum bozuklukları, kaygı, fobi, korku, kişilik değişiklikleri, uyku sorunları, gece çökkünlükleri, zorlanti (kompulsif) davranışları, yanılsama, varsanı, sanrı gibi psikiyatrik belirtilere önemli derece etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca; bu tekniğin bağırma, çığlık atma, yerinde duramama, uygun olmayan cinsel içerikli davranışlarda bulunma gibi davranışsal belirtileri yatıştırmasında etkisi olduğu da belirtilmektedir. Woods ve diğerler kişilerin yaptığı bir çalışmada, tedavi edici dokunmanın Alzheimer hastalarının davranışsal belirtilerini azalttığını belirtmiştir. (Taşdemir,2008).

4.10.7. Aileye Yönelik Girişimler

Alzheimer gibi kronik bir hastalığı olan yaşlı bir yakının varlığı aile üyeleri ve aile için özellikle zorlayıcı olabilir. Alzheimerlı hasta ile yaşayan pek çok aile stres, tükenmişlik, depresyon, öfke, kontrol kaybı, korku, suçluluk duygusu ve yalıtılmışlık duygusu gibi çeşitli problemlerle yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Alzheimer hastalarına verilen bakım, hiçbir getirisi olmaksızın çok zorlayıcı bir süreç olarak algılanmakta olup; aileye çoğunlukla gündelik, duygusal, ekonomik ve sosyal yükler getirmektedir (Erkuran,2015). Bu yükleri azaltmak için aile fertlerine yönelik hastalığın seyri, nedenleri, belirtileri, hastalığın sebep olacağı sorunların yönetimi hakkında bilgilendirme, destek grupları oluşturma ve hastalık hakkında kitapçıklar hazırlamayla destek sağlanabilir. Bu girişimler ise uzun süreli bakım gerektiren Alzheimer hastalarına evde bakım hizmetleri ya da ev izlemleri ile sağlanabilir (Taşdemir,2008).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Alzheimer Vakfı ve Derneği İstanbul Merkez üyelerinden hastası hayatta olan bakım veren kişiler ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji polikliniğine başvuran Alzheimer hastalarının yakınları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine Alzheimer Vakfı ve Derneği İstanbul merkeze üye olan, araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji polikliniğine 01.01.2013 ve 01.03.2013 tarihleri içinde başvuran gönüllü Alzheimer'li hastaların yakınlarından oluşturulmuştur.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi nöroloji polikliniğine ocak ve şubat ayında başvuran hasta sayısının 59, Alzheimer derneğine kayıtlı 27 hasta olduğu bilinmektedir. Dernekten 4 hastanın 2013 yılı içerisinde hastaneden hizmet aldığı bilinmektedir. Toplamda 82 hasta evreni oluşturmaktadır.

Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatasıdır(Salant ve Dillman, 1994, s. 55).

formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü:

$$n = 82 (1,96)^2 (0,1) (0,9) / (0,5)^2 (82-1) + (1,96)^2 (0,1) (0,9) = 52$$

olarak hesaplanmıştır (Salant ve Dillman, 1994, s. 55).

5.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmanın verileri veri toplama formlarıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama formu hasta bilgi formu ve bakım veren bilgi formu olarak iki aşamalı uygulanmıştır.

Birinci bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri, hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorular yer almıştır. İkinci bölümde bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin bakım yüklerine ilişkin sorular yer almıştır.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık durumlarını belirlemek için Galasko ve arkadaşları tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenirliği İnce (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan Alzheimer Hastalığında İşbirliği Çalışması-Günlük Yaşam Aktiviteleri (ADCS-ADL) ölçeği, bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler için Zarit, Reeve ve Bach-Peterson (1980) tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından Türkçeye uyarlanan Bakım Verme Yükü Ölçeği (BI) ile toplanmıştır.

Bakım verme yükü ölçeği

Bu ölçek bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bakım verenin kendisi ya da araştırmacı tarafından doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek ‘asla’, ‘nadiren’, ‘bazen’, ‘sık sık’, ‘her zaman’ şeklinde 0’dan 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0 en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve ark, 1980;

Novak ve Guest,1989; Hirono ve ark, 1998; <http://www.gwu.edu/-cicd/toolkit/caregive.htm> ,Erişim tarihi:10.06.2006). Puanlamada 0-20 puan: ‘bakım yükü yok’, 21-40 puan: ‘hafif bakım yükü’, 41-60 puan: ‘orta düzeyde bakım yükü’ ve 61-88 puan: ‘ağır bakım yükü’ olarak belirlenir (İnci ve Erdem, 2006). Ölçeğin birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş olup Cronbach Alpha Değeri 0.87 -0.99 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır. Bu araştırma için Cronbach Alpha Değeri 0,95’dir.

Alzheimer Hastalığı İşbirliği Çalışması–Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (ADCS-ADL)

Alzheimer şiddetinin geniş bir aralığında fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek üzere yapılandırılmış bir ölçektir. Galasko ve arkadaşları tarafından 1997 de geliştirilmiştir. Her bir madde tam bağımsızlıktan tam bağımlıya doğru hiyerarşik olarak sıralanmış şekilde düzenlenmiştir ve 0-78 arasında puanlanır, düşük skorlar bağımlılığı gösterir. Hasta yakınına uygulanır. Bu ölçek 12 ay üzerinde değişikliklere duyarlılık göstermektedir. (Galasko ve ark,1997).Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnce ve Mavioğlu (2008) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alpha Değeri 0.93dir (İnce ,2008).

5.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı Alzheimer Derneği’nden yazılı izin alındı. Üniversitenin Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı (Tarih: 02.10.2012, Sayı: 29625) alındı. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her bakım vericinin Bilgilendirilmiş Onam Formu’ nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlandı. Araştırmacı ve bakım verenle uygun ortam sağlanarak bireysel görüşme yapıldı.

5.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında manwhitney-u testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında kruskallwhallis testi kullanılmıştır. Kruskallwhallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak manwhitney-u testitesti kullanılmıştır.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında spearmankorelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi sürekli değişkenler arasında doğrusal ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönünün belirlemek üzere uygulanır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında nedensellik ilişkisini belirlemek üzere; bağımsız değişkenler yardımıyla zor elde edilen bağımlı değişken değerini kestirmek için regresyon analizi uygulanır(http://www.istatistikanaliz.com/regresyon_analizi.asp).

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan bakım verenlerden anket formları ve ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular 5 bölüm halinde sunuldu. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

6.1.Alzheimer Hastalarının ve Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.Alzheimerlı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:52)

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Yaşı	70 Yaş ve Altı	15	28,8
	71-80 Yaş	21	40,4
	81 Yaş ve üstü	16	30,8
Cinsiyeti	Kadın	27	51,9
	Erkek	25	48,1
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	5	9,6
	Okur Yazar	4	7,7
	İlkokul Mezunu	21	40,4
	Ortaokul Mezunu	7	13,5
	Lise Mezunu	8	15,4
	Yüksekokul-üniversite Mezunu	7	13,5
Medeni Durumu	Evli	31	59,6
	Dul/Boşanmış	21	40,4
Çocuk Sayısı	Yok	2	3,8
	1-2	26	50,0
	3 ve üstü	24	46,2
Sosyal Güvencesi	Yok	2	3,8
	Var	50	96,2
Tanı Aldığında Çalışma Durumu	Evet	3	5,8
	Hayır	49	94,2
Şuanki Çalışma Durumu	Çalışıyor	3	5,8
	Çalışmıyor	49	94,2
Tanı Alma Süresi	3 Yıl ve Altı	22	42,3
	4-6 Yıl	15	28,8
	6 Yıl üstü	15	28,8
Hastalığın Evresi	Erken	15	28,8
	Orta	18	34,6
	İleri	19	36,5
Başka Hastalığı Olma Durumu	Var	31	59,6
	Yok	21	40,4
Başka Hastalık Süre Yıl	10 Yıl ve Altı	18	58,1
	11 Yıl ve üstü	13	41,9
Kullandığı İlaç	Alzheimer	5	9,6
	Diğer	4	7,7
	Alzheimer ve Diğer İlaç	43	82,7

Tablo 4.Alzheimerlı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:52) (Devamı)

Hastanın Şuanki Durumu Var Olan Sorunları	Bağımsız ve Yaşamını Kendi Sürdürebiliyor	8	15,4
	Bağımsız Ancak Unutkanlık Yaşamını Etkiliyor	17	32,7
	Bağımsız Ancak İletişim Kurulamıyor	4	7,7
	Tamamen Bağımlı	23	44,2
İletişim	Var	33	63,5
	Yok	19	36,5
Beslenme	Var	17	32,7
	Yok	35	67,3
Hallüsinasyonlar	Var	12	23,1
	Yok	40	76,9
Amaçsız Gezmeler	Var	12	23,1
	Yok	40	76,9
İdrar Kaçırma	Var	20	38,5
	Yok	32	61,5
Büyük Abdest Kaçırma	Var	6	11,5
	Yok	46	88,5
Görme Sorunu	Var	3	5,8
	Yok	49	94,2
Uykusuzluk	Var	10	19,2
	Yok	42	80,8
Harekette Bağımlılık	Var	9	17,3
	Yok	43	82,7
Toplam		52	100

Hastalar yaş değişkenine göre 15'i (%28,8) 70 yaş ve altı, 21'i (%40,4) 71-80 yaş, 16'sı (%30,8) 81 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır.

Cinsiyet değişkenine göre 27'si (%51,9) kadın, 25'i (%48,1) erkek olarak dağılmaktadır.

Eğitim durumu değişkenine göre 5'i (%9,6) okur yazar değil, 4'ü (%7,7) okur yazar, 21'i (%40,4) ilkokul mezunu, 7'si (%13,5) ortaokul mezunu, 8'i (%15,4) lise mezunu, 7'si (%13,5) yüksekokul-üniversite mezunu olarak dağılmaktadır.

Medeni durum değişkenine göre 31'i (%59,6) evli, 21'i (%40,4) dul boşanmış olarak dağılmaktadır.

Çocuk sayısı değişkenine göre Alzheimerlı hastaların 2'sinin (%3,8) çocuğu yok, 26'sının (%50,0) 1-2 çocuğu, 24'ünün (%46,2) 3 ve üstü çocuğu olduğu belirlendi.

Sosyal güvence değişkenine göre 2'sinin (%3,8) yok, 50'sinin (%96,2) var olduğu belirlendi.

Alzheimerlı hastaların tanı aldığı anda çalışma durumu değişkenine göre 3'ü (%5,8) çalışıyordu, 49'u (%94,2) çalışmıyordu olarak dağılmaktadır.

Hastaların şu anki çalışma durumu değişkenine göre 3'ü (%5,8) çalışıyor, 49'u (%94,2) çalışmıyor olduğu belirlendi.

Hastalar tanı alma süresi değişkenine göre 22'si (%42,3) 3 yıl ve altı, 15'i (%28,8) 4-6 yıl, 15'i (%28,8) 6 yıl üstü olarak dağılmaktadır.

Hastalar hastalığın evresi değişkenine göre 15'i (%28,8) erken evre, 18'i (%34,6) orta evre, 19'u (%36,5) ileri evre olarak dağılmaktadır.

Başka hastalığı olma durumu değişkenine göre 31'i (%59,6) var, 21'i (%40,4) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar başka hastalık süre yıl değişkenine göre 18'i (%58,1) 10 yıl ve altı, 13'ü (%41,9) 10 yıl üstü olarak dağılmaktadır.

Hastalar kullandığı ilaç değişkenine göre 5'i (%9,6) Alzheimer ilacı, 4'ü (%7,7) Diğer ilaçlar, 43'ü (%82,7) Alzheimer ve Diğer İlaçlar olarak dağılmaktadır.

Hastalar şu anki durumu değişkenine göre 8'i (%15,4) bağımsız ve yaşamını kendi sürdürebiliyor, 17'si (%32,7) bağımsız ancak unutkanlık yaşamını etkiliyor, 4'ü (%7,7) bağımsız ancak iletişim kuramıyor, 23'ü (%44,2) tamamen bağımlı olarak dağılmaktadır.

Hastalar var olan sorunlar olarak 33'ü (%63,5) iletişim sorunu, 17'si (%32,7) beslenme sorunu, 12'si (%23,1) hallüsinasyonlar, 12'si (%23,1) amaçsız gezmeler, 20'si (%38,5) idrar kaçırma, 6'sı (%11,5) büyük abdest kaçırma, 3'ü (%5,8) görme sorunu, 10'u (%19,2) uykusuzluk, 9'u (%17,3) harekette bağımlılık, olarak dağılmaktadır.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:52)

Bakım Verenin Tanıtıcı Özellikleri	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Yaşı	40 Yaş ve Altı	13	25,0
	41-50 Yaş	15	28,8
	51-60 Yaş	9	17,3
	61 Yaş üstü	15	28,8
Cinsiyeti	Kadın	32	61,5
	Erkek	20	38,5
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	3	5,8
	İlkokul Mezunu	10	19,2
	Ortaokul Mezunu	11	21,2
	Lise Mezunu	12	23,1
	Yüksekokul-üniversite Mezunu	16	30,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17	32,7
	Çalışmıyor	35	67,3
Medeni Durumu	Evli	44	84,6
	Bekar	4	7,7
	Dul/Boşanmış	4	7,7
Çocuk Sayısı	Yok	11	21,2
	1-2	27	51,9
	3 ve üstü	14	26,9
Aile Yapısı	Çekirdek	33	63,5
	Geniş	19	36,5
Hastaya Yakınlık Derecesi	Eşi	14	26,9
	Çocuğu	29	55,8
	Gelin/Damat	5	9,6
	Torunu	2	3,8
Ekonomik Durumu	Geliri Giderini Karşılıyor-İyi Geçiniyor	4	7,7
	Geliri Giderini Karşılıyor- İdare Ediyor	43	82,7
	Geliri Giderini Karşılamıyor-Zor Geçiniyor	5	9,6
Toplam		52	100,0

Bakım verenler yaş değişkenine göre 13'ü (%25,0) 40 yaş ve altı, 15'i (%28,8) 41-50 yaş, 9'u (%17,3) 51-60 yaş, 15'i (%28,8) 61 yaş üstü olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler cinsiyet değişkenine göre 32'si (%61,5) kadın, 20'si (%38,5) erkek olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler eğitim durumu değişkenine göre 3'ü (%5,8) okur yazar değil, 10'u (%19,2) ilkokul mezunu, 11'i (%21,2) ortaokul mezunu, 12'si (%23,1) lise mezunu, 16'sı (%30,8) yüksekokul-üniversite mezunu olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler çalışma durumu değişkenine göre 17'si (%32,7) çalışıyor, 35'i (%67,3) çalışmıyor olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler medeni durum değişkenine göre 44'ü (%84,6) evli, 4'ü (%7,7) bekar, 4'ü (%7,7) dul boşanmış olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler çocuk sayısı değişkenine göre 11'i (%21,2) yok, 27'si (%51,9) 1-2, 14'ü (%26,9) 3 ve üstü olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler aile yapısı değişkenine göre 33'ü (%63,5) çekirdek, 19'u (%36,5) geniş olarak dağılmaktadır.

Bakım verenler hastaya yakınlık derecesi değişkenine göre 14'ü (%26,9) eşi, 29'u (%55,8) çocuğu, 5'i (%9,6) gelin damat, 2'si (%3,8) torunu, 2'si (%3,8) diğer olarak dağılmaktadır.

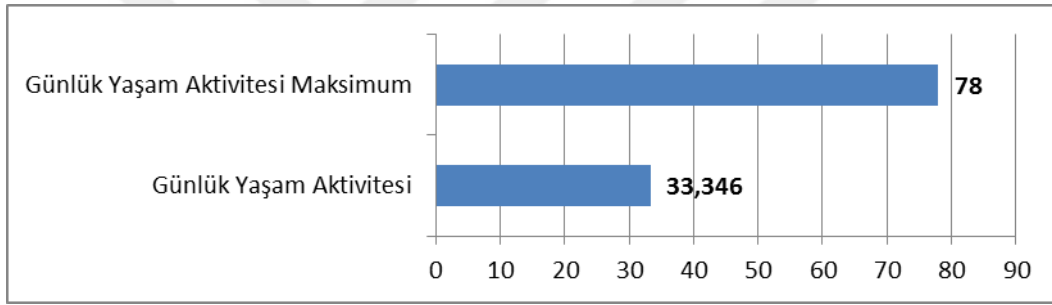
Bakım verenler ekonomik durum değişkenine göre 4'ü (%7,7) geliri giderini karşılıyor - iyi geçiniyor, 43'ü (%82,7) geliri giderini karşılıyor - idare ediyor, 5'i (%9,6) geliri giderini karşılamıyor - zor geçiniyor olarak dağılmaktadır.

6.2. Bakım Verenlerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yüğü Düzeyi (N:52)

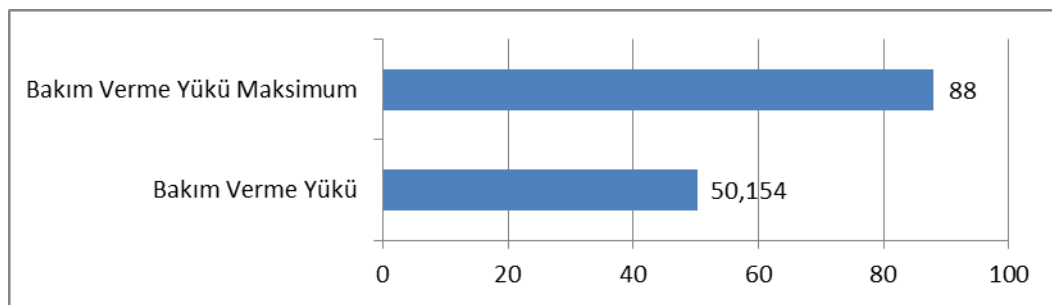
Tablo 6. Bakım Verenlerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yüğü Düzeyine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	n	Ort	Ss	Min.	Max.	ÖlçekMin-Maks.
Günlük Yaşam Aktivitesi	52	33,346	19,891	8,000	75,000	0-78
Bakım Verme Yüğü	52	50,154	21,879	5,000	86,000	0-88

Araştırmaya katılan bakım verenlerin “günlük yaşam aktivitesi” düzeyi $33,346 \pm 19,891$; “bakım verme yüğü” düzeyi $50,154 \pm 21,879$; olarak saptanmıştır.



Şekil 1. Günlük Yaşam Aktivitesi Düzeyine İlişkin Diyagram



Şekil 2. Bakım Verme Yüğüne İlişkin Diyagram

6.3.Günlük Yaşam Aktivitesi ile Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkiler

Tablo 7. Günlük Yaşam Aktivitesi ile Bakım Verme Yükü arasındaki İlişki (N:52)

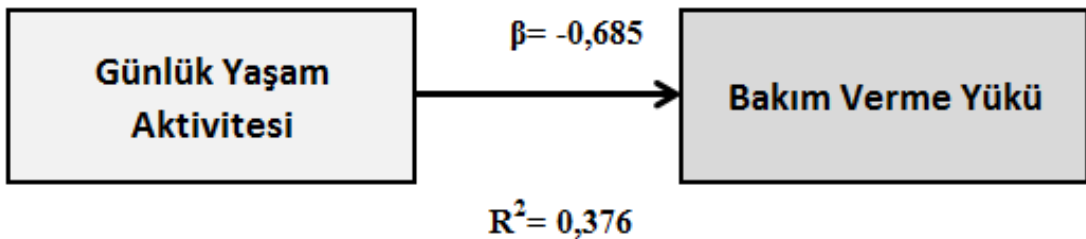
		GünlükYaşamAktivitesi
Bakım Verme Yükü	r	-0,621**
	p	0,000

Bakım Verme Yükü ve günlük yaşam aktivitesi arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=-0.621$; $p=0,000<0.05$).

Tablo 8. Günlük Yaşam Aktivitesinin Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi (N:52)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R²
Bakım Verme Yükü	Sabit	72,998	15,487	0,000	31,684	0,000	0,376
	Günlük Yaşam Aktivitesi	-0,685	-5,629	0,000			

Günlük yaşam aktivitesi ile bakım verme yükü arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=31,684$; $p=0,000<0.05$). Bakım verme yükü düzeyinin belirleyicisi olarak günlük yaşam aktivitesi değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür($R^2=0,376$). Bakım verenlerin günlük yaşam aktivitesi düzeyi bakım verme yükü düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,685$).



Şekil 3. Günlük Yaşam Aktivitesinin Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisine İlişkin Sonuç Modeli

6.4.Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 9. Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Eğitim Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Eğitim Durumu	n	Ort	Ss	KW	p
Bakım Verme Yüğü	Okur Yazar Değil	3	43,000	17,059	4,161	0,385
	İlkokul Mezunu	10	51,800	23,701		
	Ortaokul Mezunu	11	58,455	16,293		
	Lise Mezunu	12	51,917	21,969		
	Yüksekokul-üniversite Mezunu	16	43,438	24,649		

Kruskal Wallis H-Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yüğü puanları ortalamalarının bakım verenin eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 10. Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Medeni Durumua Puan Göre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Medeni Durumu	n	Ort	Ss	KW	p
Bakım Verme Yüğü	Evli	44	52,046	21,420	2,648	0,266
	Bekar	4	50,500	12,069		
	Dul/Boşanmış	4	29,000	27,677		

Kruskal Wallis H-Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yüğü puanları ortalamalarının bakım veren medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 11. Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Yaşına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Yaşı	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Bakım Verme Yükü	40 Yaş ve Altı	13	61,231	12,762	12,218	0,007	1>2
	41-50 Yaş	15	43,600	23,531			1>4
	51-60 Yaş	9	63,444	18,862			3>2
	60 Yaş üstü	15	39,133	21,061			3>4

Kruskal Wallis H-Test, Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının bakım veren yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=12,218; $p=0,007<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; bakım veren yaş 40 yaş ve altı olanların bakım verme yükü puanları ($61,231 \pm 12,762$), bakım veren yaş 41-50 yaş olanların bakım verme yükü puanlarından ($43,600 \pm 23,531$) yüksek bulunmuştur. Bakım veren yaş 40 yaş ve altı olanların bakım verme yükü puanları ($61,231 \pm 12,762$), bakım veren yaş 60 yaş üstü olanların bakım verme yükü puan ortalamalarından ($39,133 \pm 21,061$) yüksek bulunmuştur. Bakım veren yaş 51-60 yaş olanların bakım verme yükü puan ortalamaları ($63,444 \pm 18,862$), bakım veren yaş 41-50 yaş olanların bakım verme yükü puan ortalamalarından ($43,600 \pm 23,531$) yüksek bulunmuştur. Bakım veren yaş 51-60 yaş olanların bakım verme yükü puan ortalamaları ($63,444 \pm 18,862$), bakım veren yaş 60 yaş üstü olanların bakım verme yükü puanlarından ($39,133 \pm 21,061$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Çocuk Sayısına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Çocuk sayısı	n	Ort	Ss	KW	p
Bakım Verme Yükü	Yok	11	47,000	20,199	0,401	0,818
	1-2	27	50,556	23,029		
	3 ve üstü	14	51,857	22,170		

Kruskall Wallis H-Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının bakım veren çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 13. Bakım Verme Yükünün Ekonomik Duruma Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Ekonomik Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Bakım Verme Yükü	Geliri Giderini Karşılıyor-İyi Geçiniyor	4	28,500	25,000	4,036	0,133	
	Geliri Giderini Karşılıyor-İdare Ediyor	43	51,279	21,370			
	Geliri Giderini Karşılamıyor-Zor Geçiniyor	5	57,800	16,843			

Kruskall Wallis H-Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının ekonomik durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 14. Bakım Verme Yükünün Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Yakınlık derecesi	n	Ort	Ss	KW	p
Bakım Verme Yükü	Eşi	14	43,786	24,655	4,660	0,324
	Çocuğu	29	52,828	21,144		
	Gelin/Damat	5	60,800	14,342		
	Torunu	2	53,000	22,627		
	Diğer	2	26,500	13,435		

Kruskall Wallis H-Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının hastaya yakınlık derecesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 15. Bakım Verme Yükünün Aile Yapısına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Aile Yapısı	n	Ort	Ss	MW	p
Bakım Verme Yükü	Çekirdek	33	48,182	23,736	268,500	0,392
	Geniş	19	53,579	18,307		

Kruskall Wallis H-Test

Bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının bakım veren aile yapısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Cinsiyeti	n	Ort	Ss	MW	p
Bakım Verme Yükü	Kadın	32	53,719	21,398	233,000	0,102
	Erkek	20	44,450	21,958		

Kruskall Wallis H-Test

Bakım verenlerin günlük bakım verme yükü puanları ortalamalarının bakım veren cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Bakım Verme Yükünün Bakım Verenin Çalışma Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Çalışma Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Çalışıyor	17	38,529	19,991	232,000	0,201
	Çalışmıyor	35	30,829	19,633		
Bakım Verme Yükü	Çalışıyor	17	43,353	19,978	206,000	0,074
	Çalışmıyor	35	53,457	22,268		

Kruskall Wallis H-Test

Bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının bakım veren çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.5.Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 18. Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Bakım Verme Yükünün Hasta Eğitim Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Eğitim Durumu	n	Ort	Ss	KW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Okur Yazar Değil	5	29,800	13,498	8,811	0,117
	Okur Yazar	4	22,750	13,696		
	İlkokul Mezunu	21	26,238	17,655		
	Ortaokul Mezunu	7	43,000	20,248		
	Lise Mezunu	8	43,625	22,450		
	Yüksekokul-üniversite Mezunu	7	41,857	22,682		
Bakım Verme Yükü	Okur Yazar Değil	5	56,600	21,939	3,045	0,693
	Okur Yazar	4	44,000	20,640		
	İlkokul Mezunu	21	55,429	17,786		
	Ortaokul Mezunu	7	38,286	30,048		
	Lise Mezunu	8	47,375	20,403		
	Yüksekokul- üniversite Mezunu	7	48,286	27,494		

Kruskall Wallis H-Test

Günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının hasta eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 19. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hasta Yaşına Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Yaşı	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Günlük Yaşam Aktivitesi	70 Yaş ve Altı	15	34,467	17,618	1,881	0,390	
	71-80 Yaş	21	36,143	21,882			
	80 Yaş üstü	16	28,625	19,521			
Bakım Verme Yükü	70 Yaş Ve Altı	15	52,000	22,498	6,693	0,035	3>2
	71-80 Yaş	21	42,048	21,997			
	80 Yaş üstü	16	59,063	18,164			

Kruskal Wallis H-Test, Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının hasta yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=6,693; $p=0,035<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hasta yaşı 80 yaş üstü olanların bakım verme yükü puan ortalamaları ($59,063 \pm 18,164$), hasta yaşı 71-80 yaş olanların bakım verme yükü puan ortalamalarından ($42,048 \pm 21,997$) yüksek bulunmuştur.

Günlük yaşam aktivitesi puanları ortalamalarının hasta yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 20. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastalık Evresine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Hastalık Evresi	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Günlük Yaşam Aktivitesi	Erken	15	45,600	17,872	18,193	0,000	1>3 2>3
	Orta	18	38,056	18,910			
	İleri	19	19,211	13,290			
Bakım Verme Yükü	Erken	15	36,200	19,936	9,678	0,008	2>1 3>1
	Orta	18	53,722	19,864			
	İleri	19	57,790	20,927			

Kruskal Wallis H-Test, Mann Whitney U Test

Günlük yaşam aktivitesi puanları ortalamalarının hastalığın evresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=18,193; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hastalığın evresi erken olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamaları (45,600 ± 17,872), hastalığın evresi ileri olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamalarından (19,211 ± 13,290) yüksek bulunmuştur. Hastalığın evresi orta olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalaması (38,056 ± 18,910), hastalığın evresi ileri olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamasından (19,211 ± 13,290) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının hastalığın evresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=9,678; p=0,008<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hastalığın evresi orta olanların bakım verme yükü puan ortalamaları (53,722 ± 19,864), hastalığın evresi erken olanların bakım verme yükü puan ortalamalarından

(36,200 $\pm$ 19,936) yüksek bulunmuştur. Hastalığın evresi ileri olanların bakım verme yükü puanları (57,790 $\pm$ 20,927), hastalığın evresi erken olanların bakım verme yükü puanlarından (36,200 $\pm$ 19,936) yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Şu Anki Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Şu andaki Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Günlük Yaşam Aktivitesi	Bağımsız Ve Yaşamını Kendi Sürdürebiliyor	8	55,125	11,382	20,536	0,000	1>3 1>4 2>4
	Bağımsız Ancak Unutkanlık Yaşamını Etkiliyor	17	40,765	20,840			
	Bağımsız Ancak İletişim Kurulamıyor	4	28,750	16,701			
	Tamamen Bağımlı	23	21,087	12,086			
Bakım Verme Yükü	Bağımsız Ve Yaşamını Kendi Sürdürebiliyor	8	38,750	23,879	7,223	0,065	
	Bağımsız Ancak Unutkanlık Yaşamını Etkiliyor	17	43,412	21,906			
	Bağımsız Ancak İletişim Kurulamıyor	4	52,250	3,775			
	Tamamen Bağımlı	23	58,739	20,421			

Kruskal Wallis H-Test, Mann Whitney U Test

Günlük yaşam aktivitesi puanları ortalamalarının hastanın şuan ki durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=20,536; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hastanın şuan ki durumu bağımsız ve yaşamını kendi sürdürebiliyor olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamaları (55,125 $\pm$ 11,382), hastanın şuan ki durumu bağımsız ancak iletişim kurulamıyor olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamalarından (28,750 $\pm$ 16,701) yüksek bulunmuştur. Hastanın şuan ki durumu bağımsız ve yaşamını kendi sürdürebiliyor olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamaları (55,125 $\pm$ 11,382),

hastanın şuan ki durumu tamamen bağımlı olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamasından ($21,087 \pm 12,086$) yüksek bulunmuştur. Hastanın şuan ki durumu bağımsız ancak unutkanlık yaşamını etkiliyor olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamaları ($40,765 \pm 20,840$), hastanın şuan ki durumu tamamen bağımlı olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamasından ($21,087 \pm 12,086$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının hastanın şuan ki durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Kullandığı İlaça Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Kullandığı İlaç	n	Ort	Ss	KW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Alzheimer İlacı	5	23,200	20,657	2,539	0,281
	Diğer İlaçlar	4	38,250	14,569		
	AlzheimerveDiğerİlaç	43	34,070	20,237		
Bakım Verme Yükü	Alzheimer İlacı	5	64,000	11,136	3,716	0,156
	Diğer İlaçlar	4	61,500	6,245		
	Alzheimerve Diğerİlaç	43	47,488	22,898		

Kruskall Wallis H-Test

Günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının hastanın kullandığı ilaç değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23. Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Bakım Verme Yükünün Tanı Alma Süresine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Tanı Alma Süresi	n	Ort	Ss	KW	p	Fark
Günlük Yaşam Aktivitesi	3 Yıl ve Altı	22	42,318	20,015	10,733	0,005	1>3 2>3
	4-6 Yıl	15	32,933	18,348			
	6 Yıl üstü	15	20,600	14,247			
Bakım Verme Yükü	3 Yıl ve Altı	22	47,273	21,816	3,757	0,153	
	4-6 Yıl	15	45,600	20,220			
	6 Yıl üstü	15	58,933	22,432			

Kruskal Wallis H-Test, Mann Whitney U Test

Hastaların günlük yaşam aktivitesi puanları ortalamalarının tanı alma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=10,733; p=0,005<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; tanı alma süresi 3 yıl ve altı olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamaları (42,318 ± 20,015), tanı alma süresi 6 yıl üstü olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamasından (20,600 ± 14,247) yüksek bulunmuştur. Tanı alma süresi 4-6 yıl olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalaması (32,933 ± 18,348), tanı alma süresi 6 yıl üstü olanların günlük yaşam aktivitesi puan ortalamasından (20,600 ± 14,247) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının tanı alma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 24. Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Bakım Verme Yükünün Başka Hastalık Süresine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Başka Hastalık Süresi	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	10 Yıl ve Altı	18	29,944	18,754	76,500	0,104
	10 Yıl üstü	13	42,000	19,799		
Bakım Verme Yükü	10 Yıl ve Altı	18	47,333	22,484	98,000	0,447
	10 Yıl üstü	13	40,615	20,743		

Mann Whitney U Test

Günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının başka hastalık süre yıl değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Başka Hastalığı Olma Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Başka Hastalığı Olma Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Var	31	35,000	19,816	283,000	0,428
	Yok	21	30,905	20,233		
Bakım Verme Yükü	Var	31	44,516	21,678	197,000	0,017
	Yok	21	58,476	19,843		

Mann Whitney U Test

Bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının başka hastalığı olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup puan ortalamaları arasındaki

fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(Mann Whitney $U=197,000$; $p=0,017<0,05$). Başka hastalığı olan hastaların bakım verme yükü puan ortalamaları ($x=44,516$), başka hastalığı olmayan hastaların bakım verme yükü puan ortalamasından ($x=58,476$) düşük bulunmuştur.

Günlük yaşam aktivitesi puanları ortalamalarının başka hastalığı olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hasta Cinsiyetine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Hasta Cinsiyeti	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Kadın	27	33,296	19,662	337,500	1,000
	Erkek	25	33,400	20,541		
Bakım Verme Yükü	Kadın	27	46,741	23,212	289,000	0,374
	Erkek	25	53,840	20,155		

Mann Whitney-U test

Bakım verenlerin günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının hasta cinsiyeti değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Bakım Verme Yükünün Hasta Medeni Durumuna Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Medeni Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Evli	31	36,355	21,289	261,500	0,232
	Dul/Boşanmış	21	28,905	17,155		
Bakım Verme Yükü	Evli	31	47,839	23,054	273,000	0,327
	Dul/Boşanmış	21	53,571	20,071		

Mann Whitney-U test

Günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının hasta medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Sosyal Güvencesine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Sosyal Güvencesi	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Yok	2	33,500	23,335	48,000	0,924
	Var	50	33,340	20,017		
Bakım Verme Yükü	Yok	2	59,000	11,314	41,500	0,686
	Var	50	49,800	22,188		

Mann Whitney-U test

Günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının hasta sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Günlük Yaşam Aktivitesi Ve Bakım Verme Yükünün Hastanın Şu Anki Çalışma Durumu Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:52)

	Şu Anki Çalışma Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	Çalışıyor	3	31,333	25,146	67,000	0,799
	Çalışmıyor	49	33,469	19,843		
Bakım Verme Yükü	Çalışıyor	3	39,667	37,541	57,500	0,530
	Çalışmıyor	49	50,796	21,038		

Mann Whitney-U test

Günlük yaşam aktivitesi, bakım verme yükü puanları ortalamalarının hastanın şuanki çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

7.1.Alzheimer Hastalarının ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Alzheimer hastalığı 65 yaş ve üzerinde, kadınlarda sık görülmekte ve düşük eğitim düzeyinin hastalık için olası risk faktörü olduğu belirtilmektedir(Arıoğul,2006).

Çalışma kapsamında alınan hastaların % 51,92' sinin kadın, % 57,7' sinin ilkokul mezunu ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu, % 71,2'sinin 71 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır.

Akyar'ın (2006) çalışmasında hastaların %74'ünün kadın, %94'ünün 66 yaş ve üzeri grupta olduğu bildirilmiştir. Küçükgüçlü (2006) çalışmasında hastaların %57,7'sini kadın ve hastaların yaş ortalamalarını 75.27 ± 6.90 olarak bildirmiştir.

Kuzu Kurban ve ark., (2010) yaptığı çalışmada, AH'ı olan yaşlı bireylerin yaş ortalamaları 73,8'dir. AH'ı olan yaşlı bireylerin %50'si kadın ve %71,1'i evli olduğunu bildirmiştir.

Düşük eğitim düzeyinin Alzheimer için muhtemel risk faktörü olduğu bilinmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 57,7 sinin ilkokul mezunu ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olması literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur.

Çetinkaya'nın (2008) çalışmasında hastaların %53,1'i ilkokul/ ilköğretim (ortaokul) mezunu olduğu bildirilmiştir. Kuzu Kurban ve ark., (2010) %23,7'sinin formal eğitimi olmadığını belirtmiştir.

Çalışmada hastaların %59,6'sinin evli olduğu % 96.2'inin çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Çocuk sahibi olan hastaların %50'sinin 1-2 çocuk, %46,2'sinin 3 ve üstü çocuk sahibi oldukları hastaların %96,2'sinin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır.

Çetinkaya' nın (2008) çalışmasında hastaların %57,7'sinin evli olduğu % 94,8'inin çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Çocuk sahibi olan hastaların %70,9'unun 1-3 çocuk, %29,1'inin 4-↑ çocuk sahibi oldukları belirtilmiştir. Taşdemir'in (2008) çalışmasında hastaların %47,5'nin evli olduğu %97,5'nin çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Hastaların %97,5'nin sağlık güvencesinin olduğu belirtilmiştir.

Çalışma kapsamında alınan hastaların tanı alma süresi %42,3 ünde 3 yıl ve altı, %28,8'nin 4-6 yıl, %28,8'nin de 6 yıl ve üstü olduğu saptanmıştır. Akyar'ın (2006)

alışmasında hastaların tanı alma süresi %78 sinin 1-7 yıl olduğu belirtilmiştir. Çetinkaya'nın (2008) alışmasında alınan hastaların hastalık süreleri incelendiğinde %63'ünün hastalık sürelerinin 1-5 yıl olduğu belirtilmiştir. Hastaların tanı alma süreleri arasında paralellik olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların %59,6'sının Alzheimer hastalığına ek olarak bir başka hastalığı daha olduğu belirlenmiştir. Akyar'ın (2006) alışmasında bu oranın %70 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu hastalıkların kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, Parkinson, tiroid hastalığı, lipit metabolizması bozukluğu, romatizmal hastalıklar, böbrek hastalığı, prostat bezi hastalığı, göz hastalıkları, osteoporoz, depresyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalık olduğu belirtilmiştir (Akyar 2006). Yine literatürde etinkaya'nın (2008) yaptığı çalışmada hastaların %74,1'inde Alzheimer dışında başka bir hastalıkları vardır. Hastaların alzheimer dışında %51,5 dolaşım sistemi hastalıkları, %23,6 endokrin sistem hastalıkları ve %10,2'sinde ise sinir sistemi hastalıkları oldukları belirtilmiştir. Hastaların Alzheimer hastalığının yanı sıra başka hastalıklarının olması hastanın bakım sorunlarının artmasına ve bakımın karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır.

Çalışmada hastaların %9,6'sının yalnız Alzheimer ilacı kullandığı, %7,7'sinin Alzheimer hastalığı dışında başka kronik hastalık ilacı kullandığı, %82,7'sinin de hem Alzheimer hem de Alzheimer dışı başka kronik hastalık ilacı kullandığı saptanmıştır. İlaç kullanım oranının yüksek olması hastaların Alzheimer'a ek kronik hastalıkların bulunmasından, tamamının sosyal güvenceye sahip olmasından, ülkemizde sağlık sisteminde koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici anlayışın hakim olmasından ve toplumumuzun ilaç kullanma eğiliminin fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çetinkaya'nın (2008) alışmasında hastaların %92,1'inin ilaç tedavisi aldığı belirtilmiştir yine benzer olarak Akyar'ın (2006) alışmasında hastaların %96'sının ilaç kullandığı saptanmıştır.

Karlawish ve arkadaşlarının(2001) Alzheimer hastalarında ilaç kullanma durumlarını belirlemek üzere yaptığı çalışmada hastaların %17'sinin ilaç kullanmadıklarını saptamıştır. Literatürde çeşitli çalışmalarda hastaların ilaç kullanması ile bakım verenin tükenmişliği, bakımda güçlük yaşanması ve hasta, bakım veren yaşam kalitesi arasında ilişki kurulmuştur. Karlawish ve diğerlerinin çalışmasında ilaç

kullanımında ilaçların yaşam süresini uzattığı, demansın ilerlemesini yavaşlattığı ve hastanın yaşam kalitesini artırdığı düşüncesinin, ilaç kullanılmamasında ise ekonomik durumun kötü olması düşüncesinin etkili olduğu saptanmıştır.

Alzheimer hastalığı tedavisinde ilaç kullanmanın hastalık belirtilerini azaltarak bakım verenin günlük yaşamasını azalttığı, çoklu ilaç kullanımının ise bakım verenin sorumluluğunun ve iş yükünün artmasına, bakımda sorun yaşamasına, bilgi gereksiniminin artmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Hastanın genel durumuna ilişkin sorunlar literatüre göre dört başlık altında ele alınmıştır. Çalışmada da sorunlar bu gruplar altında toplanmıştır. Buna göre; Alzheimer hastalarının %44,2'si “tamamen bağımlı” durumda,%32,7'si “bağımsız ancak unutkanlık yaşamını etkiliyor” durumda, %15,4'ü “bağımsız ve yaşamını kendi sürdürebiliyor” durumda ve %7,7'si “bağımsız ancak iletişim kurulamıyor” durumda olduğu saptanmıştır.

Yacı ve Kulaksızoğlu'nun (2011) çalışmasında hastaların % 27,8'i yarımsız olarak temel yaşam aktivitelerini sürdürdüğü, %24,4'ü yeme, tuvalet ve banyo ihtiyaçlarını kendisi görebilmekte ancak uzaktan gözetimin gerekli olduğu hafif düzeyde yardım aldığı, % 33,3'ü yeme, tuvalet, banyo ihtiyacını ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yardımla yapabildiği orta düzeyde yardım aldığı, % 14,4 ise tüm bakımını yatağında aldığını belirtmişlerdir. Akyar'ın (2006) çalışmasında Alzheimer hastalarının %64'ü “tamamen bağımlı” durumda, %34'ü “bağımsız ancak unutkanlık yaşamını etkiliyor” durumda, %8'i “bağımsız ancak iletişim kurulamıyor” durumda ve %6'sı “bağımsız, kendi yaşamını sürdürebiliyor” durumda olduğu belirtilmiştir. Alzheimer hastalarına bakım verenler için hastanın ihtiyaç duyduğu bakım şekli bakım yükünü arttırmaktadır. Hastaların yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlikler nedeniyle ciddi gözetim gerektirmesi bakım verenin yükünü arttırmaktadır.

Çalışmada, hastaların en sık iletişim (%63,5), üriner inkontinans (%38,5) ve beslenme (%32,7) ile ilgili sorun yaşadığı saptanmıştır. Bourgeoi'nin (2002) çalışmasında da sık karşılaşılan bir sorun olarak ifade edilmektedir. Akyar iletişim sorunu oranını % 80 olarak belirtmiştir. Akyar'ın (2006) çalışmasında iletişim sorunu

Çalışma ile paralellik göstermektedir İletifim sorunu bakım veren ve aile yeleri arasında sorunlara yol açabilmesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya benzer şekilde üriner inkontinans sorununun (%38,5) Alzheimer hastalarında %11-90 sıklıkla yaşandığı Gauthier (1999) tarafından da ifade edilmektedir.

Çalışmada sık görünen sorunlardan biri olarak ifade edilen diğerk bir sorun da beslenme sorunudur(%32,7). Akyar (2006) tarafından da sık karşılaşılan bir sorun olarak ifade edilmiştir. alışmasında beslenme sorununu %82 olarak belirtmiştir. Wolf-Klein ve diğerklerinin (1992) yaptığı çalışmada da Alzheimer hastalarında %92 oranında beslenme sorunu saptanmıştır. Ayrıca Navratilova ve diğerklerinin (2005) alışmasında %33 oranında malnutrisyon sorunu saptanmıştır.

Hastaların sorunları bakım verenleri etkilemektedir. Literatürde hastaların sorunları ile bakım verenlerin tükenmişlik ve güçlük yasamaları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Deeken ve ark,2003). Kumamoto ve Arai (2004) yaptıkları çalışmada da hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve davranış değişikliği sorunlarının bakım verenlerin zorlanmalarına neden olduğunu saptamıştır.

Araştırma kapsamında ele alınan bakım verenlerin %25'i 40 yaş ve altı grubunda, %28,8'i 41-50 yaş grubunda, %17,3' 51-60 yaş grubunda ve %28,8'i 61 yaş üstü olarak belirlenmiştir.

Akyar'ın (2006) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle ilgili çalışmasında bakım verenlerin %72'sini 30-54 yaş grubundadır. Küçükgüçlü'nn (2004) alışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması 53,813,3 olarak, Yacı'nın (2011) alışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması 53,7712,918 olarak, etinkaya'nın (2008) alışmasında bakım verenlerin yaş dağılımları 22-88 arasındadır ve yaş ortalaması 52.9812.54 olarak bulunmuştur.

Çalışmada bakım verenlerin cinsiyeti %61,5 i kadın olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ve dünyada bakım verenlerle yapılan çalışmalar ile bu çalışma ile benzerlikler göstermektedir. Avrupa'da 11 ülkede yapılan ve Alzheimer hastaları ile birlikte yaşayıp bakım veren eşlerini inceleyen EURO CARE çalışmasında, 9 ülkede

bakım verenlerin %50'sinden fazlasının kadın olduğu tespit edilmiştir (Schneider ve ark,1999). Rinaldi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kadın bakım verenlerin oranı %75 bulunmuştur. Çınar'ın (2012) çalışmasında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın (%80) olduğu, Yacı'nın (2011) çalışmasında da bu oranın %77,8 olduğu bulunmuştur. Türk toplumunda kadının ailedeki geleneksel bakım verici rolünü üstlenmesinin ve çalışma hayatına erkeklerden daha az girmiş olmasının da bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir (Bilgili,2000).

Çalışmada bakım verenlerin eğitim düzeylerinin %30,8'i yüksekokul-üniversite mezunu, %67,3 ü çalışmadığı, medeni durumu %84,6'sı evli, %78,8i çocuk sahibi, çocuk sahibi olanların %51,9'u 1-2 çocuk sahibi, bakım veren aile yapısının %63,5'i çekirdek olduğu saptanmıştır.

Çetinkaya'nın (2008) çalışmasında bakım verenlerin eğitim düzeyinin %37,4'ü ilkokul/ ilköğretim (ortaokul) mezunu, medeni durumun %77,4'ü evli, %81,3'ü çocuk sahibi, çocuk sahibi olanların %89,5'i 1-3 çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir.

Rinaldi ve ark.(2005) bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların çocukları, sonra eşleri olduğunu söylemişlerdir. Bar-David de(1999) eşlerin birinci sırada bakım vermeye aday olduklarını, onlar uygun olmadığında da çocukların bu işi üstlendiğini belirtirken üstü kapalı bir şekilde çocuklardan kastının kız evlatları olduğunu vurgulamaktadır. Pang ve ark. (2004) Tayvan'da hastalara daha çok eşlerinin, A.B.D ve Çin'de ise daha çok çocuklarının baktıklarını tespit etmişlerdir.

Ülkemizde de benzer sonuçlar olduğunu söyleyebiliriz. Çetinkaya'nın (2008) çalışmasında araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin %41,3'ü annesine, %11,5'i babasına, %28,9'u eşine bakım vermektedir. Yine Çınar'ın (2012) çalışmasında dabakım verenlerin %58,3 ünün hastanın kızı, %20 si oğlu olduğu eşlerin ise tüm bakım verenlerin %13,3 üne karşılık geldiği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da bakım verenlerin %55,8'inin çocuğu olması, eşlerin ise %26,9 ikinci sırada yer almasıyla diğer çalışmalarla benzer sonuca ulaşılmıştır.

7.2.Bakım Verenlerin Günlük Yaşam Aktivitesi ve Bakım Verme Yüğü Düzeyinin Tartışılması

Araştırmaya katılan bakım verenlerin “günlük yaşam aktivitesi” düzeyi $33,346 \pm 19,891$; “bakım verme yüğü” düzeyi $50,154 \pm 21,879$ olarak saptanmıştır. Bakım verme yüğü ve günlük yaşam aktivitesi arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Taşdelen ve Ateş’in (2012) yaptıkları çalışmada çalışmamıza aksi yönünde sonuçlara ulaşmışlardır. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık durumları ile bakım verenlerin yüğü arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını, bu durumun nedeni olarak hasta kişilerin evdeki bakımının aile bireyleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edildiği düşünülmüştür. Türk toplumunda aile içi ilişkilerin değeri verildiği, geleneksel bir yapının olması ile hasta bakımının takdir edilen, yüceltilen, bakım verenler tarafından vicdanlarının rahat olmasıyla onur duyulan sosyal bir davranış biçimi olduğunu savunmuşlardır.

Andrieu ve ark.(2003) bakım verenlerdeki yüksek bakım yüğü ile hastaların kognitif kayıpları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Bedard ve ark. (2000) ise yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, önceki araştırmaların %12’sinde Alzheimer hastalığındaki kognitif bozulma ile bakım veren yüğü arasında ilişki olduğunu saptamışlardır. Kulaksızoğlu ve Yacı’nın (2011) çalışmasında da Alzheimer hastalarındaki kognitif kayıp ile bakım verenlerin bakım yüğü arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

AH da hastalık evresi arttıkça, kognitif fonksiyonlarda azalma oldukça günlük yaşam aktivitelerinde azalma olmakta ve bunun sonucunda hastanın bakım verene olan bağımlılığı artmaktadır. Bu durum hastayla geçirilen zamanın daha da artmasına neden olur. Yapılan çalışmalarda hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki azalmanın hastaların daha sık hospitalizasyonuna neden olduğu gösterilmiştir. Bu faktörlerin hepsi bakım yükünde artmaya neden olduğu düşünülmektedir.

7.3.Bakım Verme Yüğünün Bakım Veren Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tartışılması

Bakım verenin eğitim durumu, medeni hali, bakım verenin çocuk sayısı, bakım verenin ekonomik durumu, bakım verenin hastaya olan yakınlık derecesi, bakım verenin

cinsiyeti, bakım verenin çalışıp çalışmama durumu ve bakım verenin aile yapısının bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur.

Taşdelen ve Ateş'in (2012) evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi çalışmasında bakım verenlerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, sosyal güvence, aylık gelir, kronik hastalık, yakınlık derecesi, hastaya bakma süresi, hastaya bakma nedeni, hasta bakımı konusunda deneyimi olma, hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma, evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumuna göre özelliklerine göre bakım yüküne etkisi olmadığını belirtmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verme yükü bakım veren yaş değişkeni açısından incelendiğinde grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p=0,007<0,05$). 40 yaş ve altı olanların bakım verme yükü puanları ($61,231\pm12,762$), bakımverenyaş41-50 yaş olanların bakım verme yükü puanlarından ($43,600\pm23,531$) yüksek bulunmuştur. Bakım veren yaş 40 yaş ve altı olanların bakım verme yükü puanları ($61,231\pm12,762$), bakım veren yaş 60 yaş üstü olanların bakım verme yükü puanlarından ($39,133\pm21,061$) yüksek bulunmuştur. Bakım veren yaş 51-60 yaş olanların bakım verme yükü puanları ($63,444\pm18,862$), bakım veren yaş 41-50 yaş olanların bakım verme yükü puanlarından ($43,600\pm23,531$) yüksek bulunmuştur. Bakım veren yaş 51-60 yaş olanların bakım verme yükü puanları ($63,444\pm18,862$), bakım veren yaş 60 yaş üstü olanların bakım verme yükü puanlarından ($39,133\pm21,061$) yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu küçük olan bakım verenlerin diğer kişilerle iletişimini, sosyal yaşantısını ve mesleğini sürdürmeye daha fazla gereksinimi olmasının bu alandaki yükü arttırdığı düşünülebilir. 51-60 yaş grubunda bakım yükünün yüksek olması yaşla beraber bakım veren kişide de kronik hastalıkların başlaması, bu durumunda hem kendini hem de bakım verdiği kişiyi düşünmesi bakım yükünü arttırdığı düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde Koyuncu ve Yaşar (2009), Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olmayanların bakım yükünün daha az olduğu bulunmuştur. Literatürde bakım vericilerin sağlık problemleri ve bakım sırasında yaşadığı güçlüklerin, hastaya sunulan bakımın kalitesini düşürebileceği ve

bakım yükünün daha fazla yaşanmasına yol açabileceği bildirilmektedir (Şahin ve ark,2009).

Chumbler (2003) yaşlı bakım verenlerin genç bakım verenlere göre daha az bakım yükü algıladıklarını ve genç yaşın bakım veren depresyonunda etkileyici olduğunu bildirmiştir. Genç bakım verenlerin bakım sürecinden olumsuz etkilenmesinin daha fazla olduğu ve bakım verenin yaşı azaldıkça yük düzeyi arttığı ifade edilmiştir(Gordon,2004). Genç bakım verenler bakım işlerini sürdürmekte, yaşlı bakım verenlere göre daha fazla güçlük yaşamakta ve bir kuruma yatırma oranlarının genç bakım verenlerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Tariot,1997).

Stenberg-Nichols ve Junk'un (1997) yaptığı çalışmada Gençler kariyer hayatlarının daha başında oldukları için bakım verme gibi ağır bir yükü karşılaştıklarında daha fazla sorun yaşayabilmektedirler.

Chumbler (2003) ve Gordon (2004) genç yaşın hem bakım yükü algısı hem de depresif belirti açısından etkileyici olduğunu belirtmişlerdir. Oysa Campbell (2008) bakım veren yaşının bakım yükünü ve depresyon olasılığını etkilemeyeceğini ileri sürmüştür. Yacı da çalışmasında yaşın bakım yükü üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir(Yacı,2012). Erkuran' da (2015) alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle başetme durumlarına etkisi çalışmasında bakım yükü ile bakım verenin yaşı arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtmiştir.

Işık'ın (2013) çalışmasında bakım vericilerin bakım yükünün 20-39 yaş grubunda daha fazla görüldüğü fakat gruplar arası farkın önemli olmadığı saptanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada 18-27 yaş grubunda bakım yükünün diğer gruplara oranla daha fazla olduğu fakat gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Yaşar'ın (2008) çalışmasında ise yaş arttıkça bakım yükünün azaldığı saptanmıştır. Koyuncu çalışmasında yaş grupları ile bakım yükünün birbirini etkilediğini ve yaş arttıkça bakım yükünün de arttığını saptamıştır (Işık,2013).

7.4.Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Bakım Verme Yükü Hastanın Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü puanları ortalamalarının hasta yaşı değişkeni açısından anlamlı fark bulunmuştur. Yaşın artmasıyla birlikte bazı

fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bireyler bu sağlık sorunlarının olumsuz etkileri nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelerek başka birinin yardımına gereksinim duymaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik durumu; giyinme, tuvalet, banyo, yemek, yürüme vb. ve aletli g nl kyaşam aktiviteleri ise telefonu kullanma, alış veriş,sokağa çıkma, yemek hazırlama, ev temizliği, çamaşır yıkama, para ve ilaç yönetimi gibi kriterlerle değerlendirilmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorunlarda genellikle aile  yeleri hastaya yardım ya da destek sağlamaktadır. Bu yardım yaşın artmasıyla günlük yaşam aktivitelerinde azalmalara ve başkasına bağımlı olma durumunu gündeme getirerek bakım verenin yükünü arttırabilmektedir.

Selçuk ve Avcı'nın (2016) yaptığı çalışmada bakım yükünü etkileyen faktörler incelendiğinde, yaşlının ileri yaş grubunda olmasının bakım yükünü arttırdığını belirtmiştir.

Yaşlı bireyin yaşam süresi uzadıkça daha uzun süreli bir bakım gündeme gelmekte ve bu durum bakım verenlerde aşırı sorumluluk, stres, hayal kırıklığı, öfke ve tükenmeye neden olmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarla uyumlu olan bu bulgu ileri yaş grubu yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yerine getirmede güçlük yaşaması, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bakım verene daha çok bağımlı olmasıyla da açıklanabilir (Koyuncu Yaşar,2009; Tel ve ark,2012).

70 yaş ve altı yaş grubunun bakım yükünün yüksek olması; yaş grubunun 70 yaş ve altı olması hastalık evresine göre bakıldığında erken (başlangıç) veya orta evrede olmasıyla açıklanabilir. Bu evrede olan hastalar fiziksel olarak daha aktif olduklarından bakım yükleri daha fazla olabilir. Alzheimer hastalığında sık görülen sorunlardan biri olan amaçsız gezinmelerin hastayla yakından ilgilenmeyi ve sürekli gözetimi gerektirdiği için bakım verenlerin zorlanmalarına yol açtığı düşünülmektedir.

Çalışmada evreler ilerledikçe hastaların günlük yaşam aktiviteleri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı saptanmıştır. Günlük işlerde evreler ilerledikçe kendi kendine yetebilirliğin azaldığı ve yaşamını devam ettirebilmek için başkalarına bağımlılığın arttığı g r lm ştir. Buna paralel olarak bakım verenlerin algıladıkları y k miktarında da artış g r lm ştir. Aynı şekilde Kim ve ark (2009)

alışmalarında Alzheimer hastalarında evrelerin ilerlemesiyle günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın artmasının bakım yükünü etkileyen önemli bir faktör olduğunu ve bunun diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu belirtmişlerdir. Kumamoto ve Arai (2004) da yaptıkları çalışmada hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve davranış değişikliği sorunlarının bakım verenlerin zorlanmalarına neden olduğunu saptamıştır.

Çetinkaya'nın (2008) alışmasında hastalık evresinin ilerledikçe bakım verenin bakım yükünün arttığı saptamıştır. Benzer olarak Akyar (2006) alışmasında hastası ileri evrede olan bakım verenlerin %75'inin ailede güçlük yaşadığı, %83,3'ünün bakımda sorun yaşadığı, %95,8'inin günlük yaşamının etkilendiğini bulmuştur.

Bakım veren aile bireyleri uzun süre ve şiddetli evrede bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaya bakım verme sürecinde artmış bakım yükü, stres, depresyon ve diğer sağlık komplikasyonları ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle davranış bozukluğu, fiziksel ve psikolojik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Brodaty, Donkin, 2009).

Bu sonuçlara göre Alzheimer hastalarında evreler ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik artmakta ve bakım yükü de ağırlaşmaktadır. Erken evredeki kognitif kayıplara evre ilerledikçe fonksiyonel kayıpların da eklenmesi, bakım yükünün ağırlılığının şekillenmesinde evrelerin önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu durumun, işlevsellik kaybı ile birlikte hastaların bakım verenlerine olan bağımlılıklarının artması ile bakım verenin iş yükünün artışının bir sonucu olduğu düşünülebilir.

Çalışmada günlük yaşam aktivitesi puan ortalamalarının hastanın şuan ki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hastaların tamamen bağımlı durumda olması bakım verenin fiziksel yükünü arttırırken, bağımsız ancak unutkanlık yaşamını etkiliyor durumda olan hastaların fiziksel bakım gereksinimleri bakım veren açısından azalmakta ancak unutkanlığa bağlı ev kazası riski, yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlikler gibi sorunları yaşamaları nedeniyle ciddi gözetim gerektirmesi bakım verenin güçlüğünü arttırmaktadır.

Akça Kılıç ve Taşçı'nın (2005) araştırmasında yaşlı bireylere bakım verenlerin yaşlı bireyin ruhsal, fiziksel ve duygusal durumunda ki değişiklikler nedeniyle bağımlı hale gelmesi ile yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin de günlük yaşam aktivitelerinde sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Bakım veren bireylerin %20'si yaşlı bakımı nedeniyle günlük yaşantısının etkilendiğini, bireylerin %62,5'i yaşlı bakımının sosyal iletişime

engel olduğunu belirtmektedirler. Bakım veren bireylerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, meslek ve iş kaybı yaşadıkları, ev yaşantılarının kısıtlandığı ve sosyal ilişkilerinin bozulduğu saptanmıştır.

Işık'ın (2013) çalışmasında yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu arttıkça bakım yükünün de arttığı saptamıştır. Yüksel ve arkadaşları (2007), Gayomali ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmalarında yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu arttıkça bakım yükünde arttığını saptamışlardır. Yaşlı bireylerin bağımlılık durumunun artması bakım vericilerin yaşlıya daha fazla zaman ayırmasına ve kişilerarası ilişkilerinin kısıtlanmasına neden olacağından daha fazla bakım yükü yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan hastaların günlük yaşam aktivitesi puanları ortalamalarının tanı alma süresi değişkeni açısından anlamlı fark bulunmuştur. Hastanın tanı aldığı süre bakım verenin, tanı aldığı süre kadar bakım verdiği düşünülmektedir. Literatürde bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden bir diğerinin bakım verenlerin ne kadar süredir bakım verdikleri olduğu belirtilmektedir (Capezuti,2008). Pinquart ve Sorensen (2007) bakım vermenin fiziksel sağlık üzerine etkisini incelediği çalışmasında, bakım verenlerin bakım verme rollerini ne kadar zamandır sürdürdüklerinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça yaşadıkları yükün arttığı belirtilmiştir. Tipik olarak bakım verme 5–7 yıla kadar uzayabilmekte, bu uzun dönemde bakım verenlerin ilerleyen hastalıkla birlikte davranışsal ve bilişsel bozulmalarla baş etmekte zorlanmakta ve daha fazla bakım yükü hissettikleri belirtilmiştir. Bakım verme, kariyeri olan ve ilgilenmesi gereken başka aile üyelerinin de olması durumunda bakım verenler için özellikle zorlayıcı olabilmektedir (Quadagno,2005; Capezuti,2008).

Erkuran'ın (2015) çalışmasında hastaya bakım verme süresi bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde Bayramova'nın (2008) Amiyotrofik Lateral Sklerozlu hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında da bakım verme süresi ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Çetinkaya'nın (2008) Demanslı hastaya bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım süresi 6 ve üzeri yıl olan bireylerle bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamalarının başka hastalığı olma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Çalışmada

%59,6 Alzheimerhastalığına başka bir hastalığın da eşlik ettiği görülmektedir. Yaşlı bireye bakım veren ailebireyi için diğer hastalıkların doktor kontrollerinin ve aynı zamanda düzenli ilaç kullanmatakitabinin yapılması sorumluluğunun eklendiği düşünülmektedir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alzheimerlı hastalara bakım veren kişilerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Alzheimer hastalarının %71,2'sinin 71 yaş ve üstü, % 51,9'unun kadın, %55,7'sinin eğitim durumunun (ilkokul mezunu, okur-yazar, okur-yazar değil) düşük, %59,6'sının evli, tamamına yakının çocuk sahibi (%96,2) olduğu, %94,2'sinin tanı aldığı çalışmadığı, %57,6'sının tanı alma süresinin 4 yıl ve üstü olduğu, hastalığın hangi evrede olduğuna bakıldığında ağırlık olarak orta (%34,6) ve ileri (%36,5) evrelerde olduğu, yarıdan fazlasının (%59,6) başka hastalığının olduğu, %82,7'sinin Alzheimer ilacı ve başka hastalık ilacı kullandığı, %44,2'nin tamamen bağımlı olduğu ve en fazla sorun yaşadığı durumun iletişim sorunu (%63,5) olduğu saptanmıştır.

Çalışmada bakım veren kişilerin %25'inin 40 yaş ve altı, %28,8'nin 41-50 yaş, %17,3'ünün 51-60 yaş, %28,8'inin 60 yaş üstü olduğu, bakım verenlerin yarıdan fazlasının kadın (%61,5) %67,3'ünün çalışmadığı, %84,6'sının evli, %78,8'inin çocuk sahibi, %63,5'inin çekirdek aile yapısında olduğu, %55,8'inin çocuğu tarafından bakıldığı ve %82,7'sinin ekonomik olarak gelirinin giderini karşıladığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin “günlük yaşam aktivitesi” düzeyi $33,346 \pm 19,891$; “bakım verme yükü” düzeyi $50,154 \pm 21,879$ olarak saptanmıştır. Bakım verme yükü ve günlük yaşam aktiviteleri arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r = -0.621$; $p < 0.05$).

Bakım verme yükünün bakım verenin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında; bakım verenin eğitim durumuna, medeni durumuna, sahip olduğu çocuk sayısına, ekonomik durumuna, hastaya yakınlık derecesine, aile yapısına, cinsiyetine ve bakım verenin çalışma durumuna göre istatistik olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Bakım verme yükü bakım verenin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bakım verme yükü puan ortalamaları bakım verenin yaşına göre karşılaştırıldığında 40 yaş ve altı yaş grubunda puan ortalamasının

61,231±12,762, 41-50 yaş grubunda 43,600±23,53, 51-60 yaş grubunda 63,444±18,862, 60 yaş üstü grubunda 39,133±21,061 olduğu belirlenmiştir.

Bakım verme yükü, hastanın tanıtıcı özelliklerine göre değerlendirildiğinde; eğitim durumuna, hastanın şu anki durumuna, kullandığı ilaçlara, tanı alma süresine, başka hastalık süresine, başka hastalığı olmasına, cinsiyetine, medeni durumuna, sosyal güvencesinin olup olmamasına ve şu anki çalışma durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verme yükünün hasta yaşına, hastalık evresine ve hastanın başka hastalığı olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,05$).

Günlük yaşam aktivitelerinin hastanın eğitim durumuna, hastanın kullandığı ilaçlara, başka hastalığı olma ve hastalık süresine, cinsiyetine, medeni durumuna, sosyal güvencesine ve şu an çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Günlük yaşam aktiviteleri hastalık evresine, hastanın şu anki durumuna ve tanı alma süresine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

*Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel olarak bağımlı olması bakım verenlerin yükünü fazlalaştırdığı için alzheimer hastalarının fiziksel rehabilitasyona yönlendirilmesi,

*Bakım veren kişilere ev içi düzenlemeler konusunda danışmanlık yapılması,

*Bakım veren kişilerin farklı yaş gruplarında hastaya, hayata bakış açısı ve bulunduğu durumu algılayış biçimi kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar göz önüne alınarak bakım veren kişilerin ihtiyacı doğrultusunda emosyonel destek hizmetlerinin sağlanması,

*Alzheimer hastalığının yaşla beraber ve en çok kadınların özellikle menopoz sonrası dönemde hormonlardaki değişiklikler sebebiyle arttığı belirlenmiştir. Bu durumda toplumun bilinçlenmesini sağlamak için Alzheimer risk faktörlerine dikkat çekilerek erken teşhisin önemine ilişkin eğitimler verilmesi,

*Alzheimerlı hastaya evde bakan kişilerin karşılaşılabileceği sorunlara yönelik baş etme yöntemlerini bilmesi bakım yükünü hafifleteceği için bu konu ile ilgili gerekli eğitimlerin sağlık çalışanları tarafından verilmesi,

*Alzheimer hastalığı her evresinde kişide farklılaşmalara, evreler ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Bakım vericilerin değişen durumlara uyum sağlama becerilerinin belirlenmesi, bakımın etkisini ve kalitesini artırarak hem hastanın hem de aile bireylerinin yaşam kalitesini artıracığından hastalığın seyri hakkında hasta yakınlarına eğitimler verilmesi,

*Alzheimer hastalığında tanı alındıktan sonra hem hastayı hem bakım vereni uzun bir süreç beklemektedir. Bu uzun ve zorlu süreçte bakım verenler hastalık süreciyle ilgili daha çok bilgiye, toplumdan ilgi ve duyarlılığa, hastalıkla ilgili gerekli kurumlara, yasal konular ile ilgili eğitime gereksinim duydukları için bakım verenin gereksinimine göre eğitimlerin planlanıp sağlık çalışanları tarafından verilmesi,

Hemşirelerin danışmanlık, araştırmacı, eğitici, tedavi edici ve savunucu rollerinin gereği olarak alzheimerlı bireyle ilgilenirken yalnız hastanın değil bakım verenin gereksinimlerini de düşünmesi alzheimerlı birey ile bakım verene bütüncül bakım vermesi önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abraham I., MacDonald K., Nadzam D.(2006). Measuring the Quality of Nursing Care to Alzheimer's Patients, 41, s.95-104.

Akça Kılıç N., Taşçı S., (2005). 65 Yaşüstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi* **14**: 30-36.

Akdemir N., Birol L. (2005).İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara.

Akpınar B., (2009). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ).

Akyar İ.(2006). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, (Danışman: Prof. Dr. Nuran AKDEMİR).

Akyar İ., (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*: 79-88.

Alpteker, H. (2008). 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, (Danışman: Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN).

Altın, M. (2006). “Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik Ve Anksiyete”, Uzmanlık Tezi, İstanbul. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi;4-24.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV). (Çev. Ed.: E.Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Andrieu S., Balardy L., Gillette-Guyonnet S., Bocquet H. (2003). Burden experienced by informal caregivers assisting Alzheimer's patients in the REAL.FR study. *Rev Med Interne*; 24 Supp 3:351–359.

Arioğlu S., (2006). Geriatri ve Gerontoloji, Medikal ve Nobel, Ankara.

Aşiret G.D., KAPUCU S., (2016). Kurumda Kalan Hafif ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Anımsama Terapisi ile İlgili Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,19:1.

Atagün M. İ., Balaban Ö. D., Atagün Z., Elagöz M., Yılmaz Özpolat A., (2011).Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3(3):513-552.

Atalay Y., (1992). Türk Aile Yapısı Araştırması. D.P.T. Yayınları, Ankara.

Bar-David G., (1999). Three phase development of caring capacity in the primary caregivers for relatives with Alzheimer's disease. *J Aging Stud* ; 13(2), 177–198.

Bayramova N.,(2008). Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-37.

Bedard M., Pedlar D., Martin N.J., Malott O., Stones MJ., (2000). Burden in caregivers of cognitively impaired older adults living in the community: methodological issues and determinants. *Int Psychogeriatr* ; 12(3): 307-32.

Bilgili N.,(2000). Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bourgeois, M., (2002). The Challenge of Communicating with Persons with Dementia, *Alzheimer's Care Quarterly*, 3(2), s.132-144.

Brodaty H, Donkin M, 2009, Family Caregivers of People With Dementia, Dialogues Clin Neurosci Jun **11(2)**: 217-228.

Burns ve O'Brien (2005) Dementia, *3RD ED. LONDON, UK: HODDER ARNOLD*;sf:359.

Capezuti E., Zwicker D., Mezey M., Fulmer T.,(2008). Evidence Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice. 3rd Edition, Springer Publishing Company, New York, pp.127.

Carter C. L, Resnick E. M, Mallampalli M, Kalbarczyk A, (2012). Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease: Recommendations For Future Research, Journal of Women's Health, Volume 21, Number 10.

Cogia P.P., Rastogi N.,(2008). Clinical Alzheimer Rehabilitation. Splinger Publishing Company, NewYork; 15-240.

Cotter, V.,(2006). Alzheimer's Disease:Issues and Challenges in Primary Care, Nursing Clinics of North America, 41, s.83-93.

Covinsky K.E., Goldman L., Cook E.F., Oye R., Desbiens R., Reding D.,Fulkerson W., Connors A.F., Lynn J., Phillips R.S.,(1994). The Impact of Serious Illness on Patients' Families. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment, JAMA,272 (23), s.1839-1844.

Chumbler NR, Grimm JW, Cody M, Beck C. (2003).Gender, kinship, and caregiver burden: The case of community-dwelling memory impaired seniors. İnt J Geriatr Psychiat; 18: 722–732

Çınar E., (2012). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakıcı Yükünün Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Çetinkaya F.,(2008). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.(Danışma: Prof.Dr. AYFER KARADAKOVAN)

Daroff R.B., Fenichel G.M., Jankoviç J., Mazziota J.C., (2012). Bradley's Neurology in Clinical Practice,Elsevier Saunders,Philadelphia;1539-1552.

Deeken J., Taylor K., Mangan P., Yabroff K., Ingham J., (2003).Care For The Caregivers: A Review of Self-Reported Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers, Journal of Pain and Symptom Management, 26(4), s.922-53.

Dileköz A., (2003). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başa çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması, Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Duffy H., (2005). The Alzheimer's Association national policy agenda. Nc Med; 66(1): 26-29.

Emillien G., Durlach C., Minaker L. K, Winblad B., Gauthier S., Maloteaux J-M., (2005). Alzheimer Hastalığı, Nöropsikoloji ve Farmakoloji, çev. Erkan Karagöz & Hüseyin Alpaslan Şahin, Global Publishing, Birkhauser.

Emre M.,(2006). 99 Sayfada Alzheimer, Parkinson, Türkiye İş Bankası Yayınları, İstanbul.

Eker E., (2008). Alzheimer Hastalığı, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri No:62 ,Mart, S:85-110.

Erkuran H.,(2015). Alzheimerlı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi,Samsun.

Etters L., Goodall D., Harrison B.E., (2008). Caregiver Burden Among Dementia Patient Caregivers: A Review of the Literature. *J Am Acad Nurse Pract*;20(8):423-428.

Evelyn B., Kelly PhD., (2008). Alzheimer's Disease. Chelsea House Publishers, New York;7-91.

Fadıloğlu, Ç., Ertem, G., Aykar, F. (2013). Evde Sağlık ve Bakım. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Gago M.F., Fernandes Y., Ferreira J., Silva H., Rocha L., Bicho E., Sousa N., (2014). Postural Stability Analysis With İnertial Measurement Units in Alzheimer's Disease Dement. *Geriatr Cogn Disord Extra*;4:22-30.

Galasko D, Bennet D, Sano M, et al. (1997) An Inventory to Assess Activities of Daily Living for Clinical Trials in Alzheimer's Disease. *Alz Dis Assoc Dis*; 11: 33–39

Gauthier, S., (1999). Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease, Second Edition, Martin Dunitz Ltd., United Kingdom.

Gauthier S., (2007). Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. Informa UK Limited;205-265.

Gayomali, C., Sutherland, S., Finkelstein, F. ,(2008). The Challenge for the Caregiver of the Patient With Chronic Kidney Disease. *Nephrol Dial Transplant*, 23, 3749-3751.

Gordon P.A., Perrone K.M., (2004).When Spouses Become Caregivers: Counseling Implications for Younger Couples. *J Rehabil*; 70(2): 27–32.

Gökay E., Aydemir Ç., (2000). Yaşlıya Ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım, *Demans Dizisi*: 1, 5-26.

Gönen S., Küçükgülü Ö., Yener G., (2010). Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerde Demansla İlişkili Olabilecek İşlevsel Bilişsel Bozukluk sıklığının incelenmesi. *J Neurol sci-Turk*;27(4): 446-456.

Gubrium J., (2002). Family Responsibility and Caregiving in the Qualitative Analysis of the Alzheimer's Disease Experience. *Journal of Marriage and Family*; 50(1):197-207.

Gündüzoğlu N.Ç., (2013). Demanslı Hastanın Evde Bakımı. *Evde Sağlık ve Bakım*, Göktuğ Yayıncılık;72-83.

Gürvit H.,(2004). Sinir Sisteminin Dejeneratif Hastalıkları. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. In: Öge AE; eds. Nöroloji. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 367–415.

Gürvit H., Emre M., Tinaz S., ve ark.,(2008).The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*; 23(1): 67-76.

Hunt, C.K., (2003). Concepts in Caregiver Research, *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), s.27-32.

Iqbal K, Alonso Adel C, Chen S et al. (2005) Tau pathology in Alzheimer disease and othertauopathies. *Biochim Biophys Acta*;1739(2–3):198–210.

Iqbal K, Sisodia S. S, Winblad B,(2001), Alzheimer's Disease, *Advances in Etiology, Pathogenesis And Therapeutics*, John Wiley&Sons, LTD, 15-17.

Işık E., Taner E., Işık U., (2008).Güncel Klinik Psikiyatri, Ankara, 2008; 81-115.

Işık K., (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Malatya. (Danışman: Prof. Dr. Behice ERCİ)

İnce A., (2008). ADCS-ADL Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması ve Geçerlilik-Güvenirliği, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa.

İnci F.H, Erdem M ,(2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.)

Jorm A.F., (1997). Alzheimer's disease: risk and protection. *MJA*; 167: 443-446.

Jurkowski, C., (1998). A Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease: Who Should Be Members of the Team. *American Journal of Medicine*, 104(4), s.13-16.

Karlawish, J., Casarett,D., Klocinski, J., Clark, C., (2001). The Relationship Between Caregivers' Global Ratings of Alzheimer's Disease Patients' Quality of Life, Disease Severity, and the Caregiving Experience, *Journal American Geriatrics Society*, 49, s. 1066-1070.

Kassianos G., Benbow S., Greaves I., Iiffe S., (2005). Best Medicine: Alzheimer Hastalığı, Novartis, Türkiye.

Kawas C.H., Katzman R., (2001). Demans ve Alzheimer Hastalığının Epidemiyolijisi.

Kemp J., Després O., Sellal F., Dufour A. (2012) Theory of Mind in normal ageing and neurodegenerative pathologies. *Ageing Research Reviews*; 11:199–219

Kılıç Akça, N., (2003). 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Kılıç Akça N., Taşçı S., (2005). 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 14: 30-6.

Kim M.D., Hong S.C., Leea C.I., Kim S.Y., Kang I.O., Leed S.Y.,(2009). Caregiver Burden Among Caregivers of Koreans with Dementia, *Gerontology*; 55: 106–113.

Koyuncu Yaşar, E. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Kulaksızoğlu B. I., YÜCEL N.,(2010) Alzheimer Hastası ile Yaşamak: Günlük Yaşam ve Aktiviteler, Novartis, İstanbul.

Kumamoto, K., Arai, Y., (2004). Validation of “Personal Strain” and “Role Strain”: Subscales of the Short Version of the Japanese Version of the Zarit Burden Interview, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, s.606-610.

Kupfer DJ, Horner MS, Brent DA, Lewis DA, Reynolds CF, Thase ME, Travis MJ, eds., *Oxford American Handbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2008: 449-460.

Kuzu Kurban N., Zencir M., Kartal A., Şahiner T., (2010). Alzheimer Hastalığı Olan ve Olmayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **1**: 34-43.

Küçükgüçlü Ö.,(2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı,*Demans Dergisi*;3: 86-92

Küçükgüçlü, Ö. (2004). Bakımverenlerin Yükü Envanteri"nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Larson, E., Kukull, W., & Katzman, R. (1992). Cognitive Impairment: Dementia and Alzheimer's Disease. *Annual Review Public Health*, 13, 431-449.

Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, M. O'Brien P., & Bucher, L., (2007). Medical Surgical Nursing. In Alzheimer's Disease and Dementia (7rd Edition, Volume 2, pp. 1561-1579). Mosby, Philadelphia.

Lök N., Buldukoğlu K., (2014). Demansta Bilişsel Aktiviteyi Artırıcı Psikososyal Uygulamalar Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar;6(3):210-216.

Lök N., Bademli K., (2016). Alzheimer Hastalarında Müzik Terapinin Etkinliği: Sistematik Derleme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar;8(3):266-274.

Mace, N. L.; Rabins, P.V. (1999). The 36 Hour Day A Family Guide To Caring For Persons With Alzheimer Disease, Related Dementing Illnesses, And Memory Loss In Later Life. The Johns Hopkins University Press Baltimore And London

Mesulam M, Shaw P, Mash D, Weintraub S. (2004) Cholinergic nucleus basalis tauopathy emerges early in the aging-MCI-AD continuum. Ann Neurol; 55(6):815–28.

Mollaoğlu, M., Tuncay, F., Fertelli, T. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130.

National Alliance for Caregiving/AARP Survey (2009) (data were prepared for the Alzheimer's Association under contract with Matthew Greenwald and Associates).

Navratilova, M., Sobotka, L., Jarkovsky, J., et al., (2005) .Patients with Alzheimer's Disease Have Higher Risk of Malnutrisyon Than Other Patients with Dementia, 21st International Conference of Alzheimer's Disease International Abstract Book, İstanbul.

Novak M, Guest CI (1989) Application of a Multidimensional Care-giver Burden Inventory, *Gerontologist* Vol: 29, pg:798-803

Öğüten E. (2012) Alzheimer hastalarında psikotik belirtilerin zihin kuramı becerileri ve işlevsellik ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Özdemir L.,(2007). Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duygusal Uyaran Yönteminin Kognitif Durum, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi,(Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi).

Özcan M., Sun Kapucu S., (2009).Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Akad Geriatri Dergisi*; 1: 167-172.

Pang FC, Chow TW, Cummings JL, et al., (2004). Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's Disease on Chinese and American caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*; 17(1): 29-34.

Pinquart M, Sorensen S., (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *J Gerontol B-Psychol*; 62: 126–137.

Polat F. (2009) Alzheimer Tipi Demansta Kraniyal MRG Volumetrik İnceleme. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, 78 s.

Povova J, Ambroz P, Bar M, Pavukova V, Sery O, Tomaskova H, Janout V, (2012). Epidemiological of And Risk Factors For Alzheimer's Disease: A review, *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. Jun*, 156(2): 108–114.

Quadagno J. (2005). Aging and the life course: An introduction to social gerontology (3rded). New York. 2005

Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Mattioli P, Marvardi M, Polidori MC, et al.,(2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry* ;20(2):168-174.

Rogaeva EA, Fafel KC, Song YQ et al. (2001) Screening for PS1 mutations in a referral based series of AD cases: 21 novel mutations. *Neurology*;57(4):621–5.

Roy R (ed), (2006). *Chronic Pain and Family: A clinical Perspective*. Springer, New York; pp. 4-15.

Ruitenberg A, Ott A, van Swieten JC, Hofman A, Breteler MM. (2001) Incidence of dementia: does gender make a difference? *Neurobiol Aging*;22(4): 575–80.

Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A.,(199). EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I--Factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry*;14(8):651-661.

Selçuk Tarı K., Avcı D., (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenler, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. Cilt 7 / Sayı 1.

Selekler, K.,(2003). Alzheimer ve Diğer Demanslar. Modern Tıp Seminerleri 26. Güneş Kitabevi. Ankara.

Selekler K., (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. *Turkish Journal of Ger.*; Özel sayı 3: 9-14.

Silin, P. S. (2001). *Nursing Homes: The Family's Journey*. Publisher: The Johns Hopkins University Press.

Sörensen S, Duberstein P, Gill D, Pinquart M., (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurol* ; 5(11): 961–73.

Stenberg-Nichols L, Junk VW., (1997). The sandwich generation: dependency, proximity, and the task assistance needs of parents. J Fam Issues; 18(3): 299–326.

Stinson KC, Kirk E. (2006). Structured Reminiscence: An Intervention to Decrease Depression and Increase Self-Transcendence in Older Women. Journal of Clinical Nursing ; 15 (2): 208-18.

Stinson KC. (2009). Structured Group Reminiscence: An Intervention For Older Adults. The Journal of Continuing Education in Nursing; 40 (11): 521- 28.

Şahin, Z., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-9.

Şahin HA., (2009). Alzheimer Hastalığını Klinik Belirtileri ve Seyri. *Türkiye Klinikleri*; 2(1): 31–35.

Tanlı S, Utku T.(2011). Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar. <http://www.yogunbakimderg.com/sayilar/28/buyuk/58-63.pdf> (Erişim tarihi: 05.11.2011).

Tariot N.(2003). Medical management of advanced dementia. J Am Geriatr Soc; 51(5): 305–313

Taşdelen P, Ateş M., (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*;9(3):22-29.

Taşdemir G.,(2008). İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi.

Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D, (2012). KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Derg* 2012; 13(3): 87-92.

Terry R D, Katzman R, Bick K L, et al, editors. Gürvit H, çeviren. Alzheimer Hastalığı. İstanbul: *Yelkovan Yayıncılık*, 108.

Topçuoğlu, E., & Selekler, K. (1998). Alzheimer Hastalığı. *Geriatrici*, 1(2), 63-67.

Torres HA, Hilleras PK, Winbiad B. (2001) Yaşlılarda Gündelik Yaşamla İlgili İşlevlerde Görülen Yeti Yitimleri ve Engellilik Hali. *Curr Opin Psychiatr*; 3(3): 30–35.

Uçar F., (2007). Depresyon Ve Alzheimer Tanılı Gruplar İle Normal Örneklemde Kişisel Ve Toplumsal Olaylara İlişkin Otobiyografik Bellek Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s.34 310.

Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yüğüünün İncelenmesi, Doktora Tezi, E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Programı, İzmir.

Ünalın, T. (2002). The Status of Old Age Population in Turkey.

Walsh DM, Selkoe DJ. (2004) Deciphering the molecular basis of memory failure in Alzheimer's disease. *Neuron*;44(1):181–93.

Wilkinson, A., Lynn, J., (2005). Caregiving for Advanced Chronic İllness Patients, Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management, 9, s.122-132.

Wolf-Klein, GP., Silverstone, FA., Levy AP., (1992). Nutritional Patterns and Weight Changes in Alzheimer Patients, *International Psychogeriatrics*, 4, s.103-111.

Wright MT, McSweeny AJ, Kieswetter A., (2004).Wiley Textbook of Psychiatry; 437–498.

Yeşilbalkan ÖU, Karadahovan A. (2005). Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics*; 8(2): 72–77.

Yacı Ö. (2011). Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Danışman: Prof. Dr. Işın Baral KULAKSIZOĞLU).

Yılmaz A, Turan E, 2007, Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları, *Türkiye Klinikleri J MedSci*, 27: 445-454.

Yücel N, Sert H, Laçın Z, Ekşioğlu Y, (2009). Kurumsal Bakımda Geçerlileştirme Terapisi, *Akademik Geriatri Kongresi*, Sözlü Bildiri, Antalya.

Yüksel, G., Varlıbaş, F., Karlıkaya, G., Şıpka, Y., Tireli, H. (2007). Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 10(1-2), 26-34.

Yaşar, F. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

Zarit S H, Reeve K E, Bach-Peterson J ,(1980).The Burden Interview, The Gerontologist 20:649-655, Copyright: The Gerontological Society of America.

Alzheimer Derneği & GFK (21 Eylül 2011) Alzheimer Kamuoyu Sonuçları Dünya Alzheimer Günü'nde Açıklandı. Basın Bülteni, http://www.gfk.com/gfkturkiye/knowledge_platform/surveys_publications/survey_single_sites/008715/index.tr.html.

The Turkish Journal of Population Studies, 22, 3-22. World Health Organization.(t.y.). Elderly People. Erişim: 007.04.2008, http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html.

TÜİK. (t.y.). İstatistiksel Göstergeler 1923-2006. Erişim: 07.04.2008, http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf.

TÜİK Haber Bülteni. (21.01.2008). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Nüfus Sayımı Sonuçları (Rapor No: 9). Erişim: 08.04.2008, <http://www.tuik.gov.tr>.

TÜİK Haber Bülteni. (17.03.2016). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2015 Nüfus Sayımı Sonuçları (sayı: 21520). Erişim: 12.12.2016, <http://www.tuik.gov.tr>.

TÜİK Haber Bülteni. (17.03.2016). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2015 Nüfus Sayımı Sonuçları (sayı: 21520). Erişim: 12.12.2016, <http://www.tuik.gov.tr>.

Alzheimer's Association. (t.y.). 2008 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Erişim: 08.04.2008, http://www.alz.org/national.documents/report_alzfactsfigures2008.pdf.

Alzheimer Disease. (t.y.). Erişim: 08.08.2007, <http://www.criticalcareeu/cources/156/indexceare.html>.

Alzheimer's Disease International. (t.y.). Statistics. Erişim: 08.04.2008, <http://www.alz.co.uk/research/statistics.html>.

Alzheimer Association [AA], 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Erişim: 08.04.2009, http://www.alz.org/national.documents/report_alzfactsfigures2009.pdf.

<http://www.gwu.edu/~cicd/toolkit/caregive.htm>, and Family Burden Center to Improve of the Dying, Erişim tarihi: 10.06.2006.

www.nhs.uk, 2011, Alzheimer's in The News Fear And Fascination, 2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Rapor Bülteni, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. Dünya Alzheimer Farkındalık Günü 21 Eylül 2015 <http://www.tkhk.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 18/09/2015 Sayı : 11)

http://www.istatistikanaliz.com/regresyon_analizi.asp).



10. EKLER

EK-1

ALZHEİMER TİPİ DEMANS HASTALARINA BAKIM VERENLERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ VERİ TOPLAMA ARACI

Anket No:

Tarih:

HASTAYA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Adı/soyadı :

2.Yaşı:

3.Cinsiyeti:

a) Kadın

b) Erkek

4.Eğitim durumu:

a)Okur Yazar Değil

b)Okur Yazar

c)İlkokul Mezunu

d)Ortaokul Mezunu

e)Lise Mezunu

f)Yüksekokul/ Üniversite Mezunu

5.Medeni durumu:

a)Evli

b)Bekar

c)Dul/ Boşanmış

6.Çocuk sayısı :

a)Yok

b)1-2

c)3 ve üstü

7.Mesleği :

a)Ev Hanımı

b)Memur

c)İşçi

d)Serbest Meslek

e)Çalışmıyor

f)Emekli

8.Sosyal güvencesi :

a)Yok

b)Var

9.Tanı aldığı anda çalışma durumu:

a)Çalışıyordu

b)Çalışmıyordu

10.Su anki çalışma durumu:

a)Çalışıyor

b)Çalışmıyor

Ne zaman ve neden isi bıraktı;

11.Hastalığa ilişkin ilk belirtiler ve belirtilerin başlama tarihi :

12.Alzheimer hastalığı tanı alma tarihi:

13.Hastalığın evresi :

14.Başka hastalığı olma durumu:

a)Var

b)Yok (16. soruya geçiniz)

15.14. soruya cevabınız “a” ise;

Hastalıklar	Süresi

16.Kullandığı ilaç var mı ?

a)Evet

b)Hayır (20. soruya geçiniz)

17.16. soruya cevabınız evet ise;

Kullandığı ilaçlar

-
-
-

EK-2

BAKIM VERENE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyeti : a)Kadın b)Erkek
3. Eğitim Durumu :
 - a)Okur Yazar Değil
 - b)Okur Yazar
 - c)İlkokul Mezunu
 - d)Ortaokul Mezunu
 - e)Lise Mezunu
 - f)Yüksekokul/ Üniversite Mezunu
4. Mesleği :
 - a)Memur
 - b)İşçi
 - c)Serbest Meslek
 - d)Çalışmıyor
 - e)Emekli
 - f)Diğer.....
5. Çalışma durumu:
 - a)Çalışıyor
 - b)Çalışmıyor

Ne zamandır ve neden çalışmıyor ?

.....
6. Medeni durumu :
 - a)Evli
 - b)Bekar
 - c)Dul/ Boşanmış
- 7.Çocuk sayısı :
 - a) Yok
 - b) 1-2 (Yaşları)
 - c) 3 ve üstü (Yaşları)
- 8.Aile yapısı :
 - a)Çekirdek
 - b)Geniş
 - c)Parçalanmış
- 9.Hastaya yakınlık derecesi :
 - a)Eşi
 - b)Çocuğu (Kızı/Oğlu)
 - c)Gelini/ Damadı
 - d)Torunu
 - e)Akrabası
 - f)Diğer.....
- 10.Ekonomik durumu :
 - a)Geliri Giderini Karşılıyor-İyi Geçiniyor
 - b)Geliri Giderini Karşılıyor-İdare Ediyor
 - c)Geliri Giderini Karşılamıyor-Zor Geçiniyor

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Bilginin elde edilme yolu:

Bilgi veren kişilerle görüşme
Telefon görüşmesi

1. Yemek yeme ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

3 Yardımsız yedi ve bıçak kullandı.

2 Yemek için çatal ve kaşık kullandı fakat bıçak kullanmadı.

1 Genellikle elleriyle yedi.

0 Daima ya da genellikle biri tarafından beslendi.

2. Yürüme (veya tekerlekli sandalye ile gezme) ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın en iyi performansını aşağıdakilerden hangisi en doğru tanımlamaktadır?

3 Ev dışında yardım almadan hareket edebildi.

2 Yardım almadan oda içinde dolaşabildi.

1 Yardım almadan yataktan sandalyeye geçebildi.

0 Yürümek ya da yer değiştirmek için yardıma ihtiyacı oldu.

3. Tuvalet ihtiyacını görme (mesane ve barsak işlevleri) ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

3 Gözetim ve yardım gerekmeksizin gereken her şeyi yaptı.

2 Gözetime ihtiyaç oldu ancak fiziksel yardıma ihtiyaç olmadı.

1 Fiziksel yardıma ihtiyaç oldu ancak genelde idrarını/dışkısını tutabildi.

0 Fiziksel yardıma ihtiyaç oldu ve genellikle idrarını/dışkısını kaçırdı.

4. Banyo yapma ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

3 Hatırlatma veya fiziksel yardım olmaksızın banyo yaptı.

2 Tam olarak banyo yapabilmesi için fiziksel yardım gerekmedi ancak gözetim/hatırlatma gerekti.

1 Tam olarak banyo yapabilmesi için biraz yardım (örneğin saçlarını yıkamada) gerekti.

0 Tam olarak banyo yapabilmesi sürekli yardım gerekti.

5. Kendine bakım ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın en iyi performansını aşağıdakilerden hangisi en doğru tanımlamaktadır?

3 Fiziksel yardım olmaksızın tırnaklarını kesip temizledi.

2 Fiziksel yardım olmaksızın saçlarını fırçaladı ya da taradı.

1 Fiziksel yardım olmaksızın yüz ve el temizliğini sağlayabildi.

0 Saç, yüz, el, tırnak bakımı için yardıma ihtiyacı oldu.

6. Son 4 haftada giyinme ile ilgili olarak;

A) Hasta gün içinde giyineceği elbiselerin seçimini yaptı mı?

Evet 0 Hayır 0 Bilmiyor

Yanıt Evet ise hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

3 Gözetim ya da yardım olmaksızın

2 Gözetim ile

1 Fiziksel yardım ile

B) Elbiseleri giyme ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

4 Gözetimsiz ve fiziksel yardımsız tam olarak giyindi.

3 Fiziksel yardımsız fakat gözetimle tam olarak giyindi.

2 Sadece düğme, kopça ya da ayakkabı bağları için fiziksel yardım gerekti.

1 Elbiseleri bağlamak ya da düğmelemek gerekmiyorsa yardımsız giyindi.

0 Hangi tip giysi olursa olsun daima yardım gerekti.

7. Geçen 4 hafta içinde hasta telefon kullandı mı?

Evet 0 Hayır 0 Bilmiyor

Yanıt Evet ise hastanın en yüksek performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

5 Bilmediği numaraları telefon rehberine bakarak ya da telefon servisleri aracılığı ile arayabildi.

4 Sadece iyi bildiği numaraları rehber ya da listeye bakmadan arayabildi.

3 Sadece iyi bildiği numaraları bir rehber ya da liste kullanarak arayabildi.

2 Gelen telefonları yanıtlayabildi ancak kendisi arayamadı.

0 Telefonları yanıtlayamadı ancak telefon eline verilince konuşabildi.

8. Geçen 4 hafta içinde hasta televizyon seyretti mi?

Evet 0 Hayır 0 Bilmiyor Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun

1 0 0
seçti veya seçilmesini istedi

a) Genellikle farklı programları veya sevdiği programları

1 0 0
hakkında konuştu.

b) Genellikle programı seyrederken Programın içeriği

1 0 0

c) Bir programı seyrettikten sonraki 24 saat içinde onun

içeriği hakkında konuştu.

9. Geçen 4 hafta içinde hasta en az 5 dakika süre ile küçük bir konuşma ya da sohbete katıldı mı ?

Not: Hastanın sohbeti başlatan kişi olması gerekmiyor.

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi genel olarak hastanın katılımını en iyi tanımlamaktadır?

3 Genellikle konu ile ilgili şeyler söyledi.

2 Genellikle konu ile ilgisi olmayan şeyler söyledi.

0 Nadiren konuştu ya da hiç konuşmadı.

10. Hasta bir öğün ya da ara öğünden sonra masadan bulaşıkları kaldırdı mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın genel performansını en iyi tanımlamaktadır?

3 Yardımsız ve gözetimsiz

2 Gözetim ile

0 Fiziksel yardım ile

11. Geçen 4 hafta içinde hasta genellikle evdeki kişisel eşyalarını bulabildi mi?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın genel performansını en iyi tanımlamaktadır?

3 Yardımsız ve gözetimsiz.

2 Gözetim ile

0 Fiziksel yardım ile

12. Geçen 4 hafta içinde hasta kendisi için sıcak ya da soğuk bir içecek hazırladı mı? (soğuk içecek bir bardak suyu da içerir)

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise, aşağıdakilerden hangisi hastanın en yüksek performans düzeyini en iyi tanımlamaktadır?

3 Genellikle fiziksel yardım olmaksızın sıcak bir içecek hazırladı.

2 Genellikle su ısıtan biri olursa kendine içecek sıcak bir şeyler hazırladı.

1 Genellikle fiziksel yardım almaksızın kendine soğuk bir içecek hazırladı.

13. Geçen 4 hafta içinde hasta kendisi için yemek ya da atıştırarak bir şeyler hazırladı mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi yiyecek hazırlamada hastanın en yüksek performans düzeyini en iyi tanımlamaktadır?

4 Çok az yardımla ya da yardımsız yemek pişirdi ya da mikrodalgada yiyecek hazırladı

3 Epeyce bir yardımla yemek pişirdi ya da mikrodalgada yiyecek hazırladı

2 Pişirmeden ya da fırın kullanmadan kendine yiyecek bir şeyler (örneğin: sandviç hazırlamak gibi) hazırladı.

0 Pişirmeden ya da herhangi bir hazırlık yapmadan bulduğu şeyleri yedi.

14. Geçen 4 hafta içinde hasta çöp ve döküntüleri evdeki çöp kutusuna ya da uygun bir yere attı mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın genel performansını en iyi tanımlamaktadır?

3 Yardımsız ve gözetimsiz.

2 Gözetim ile

0 Fiziksel yardım ile

15. Geçen 4 hafta içinde hasta evinin dışında dolaştı ya da seyahat etti mi?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın en iyi performansını en doğru tanımlamaktadır?

4 Evinden en az 1,5 km uzağa tek başına gidebildi.

3 Evinden tek başına çıkabildi ancak 1,5 km mesafeyi geçemedi.

2 Mesafeye bakmaksızın eşlik veya gözetim altında gidebildi.

1 Mesafeye bakmaksızın yalnızca fiziksel yardımla gidebildi.

16. Geçen 4 hafta içinde hasta hiç alışverişe gitti mi?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise **A** ve **B** sorularını sorun

A) Alacaklarını nasıl seçtiğini en iyi tanımlayan aşağıdakilerden hangisidir?

3 Yardımsız ve gözetimsiz

2 Biraz yardım ve gözetim ile

1 Alışveriş yapamadı ya da çoğunlukla rastgele ya da uygun olmayan şeyleri seçti

B) Genellikle yardımsız ve gözetimsiz ödeme yaptı mı?

1Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

17. Hasta geçen 4 hafta içinde kuaför, doktor, akraba gibi diğer insanlarla olan buluşma ya da randevularına uyabildi mi?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın randevularını hatırlamasını en iyi tanımlamaktadır?

3 Genellikle hatırladı, hatırlatıcı yazılara (not, günlük, takvim) ihtiyaç duyabildi.

2 Randevularını sadece sözel olarak hatırlatıldığında hatırlayabildi.

1 Sözel olarak hatırlatılmasına rağmen genellikle hatırlayamadı.

Not: Hasta bakımevinde kalıyorsa 18. soruyu sormayın ve burayı işaretleyin.

Gündüz bakım alıyorsa veya evde bakıcısı varsa tek başına yaşadığı anlamına gelmez.

18. Geçen 4 hafta içinde hasta hiç yalnız kaldı mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun

1 ☐ 0 ☐ 0
a) Gün boyunca 15 dakika ya da daha uzun bir süre için evden ayrıldı mı?

a) Gün boyunca 15 dakika ya da daha uzun bir süre için evden ayrıldı mı?

1 ☐ 0 ☐ 0

b) Gün boyunca 1 saat ya da daha uzun bir süre evde yalnız kaldı mı?

1 ☐ 0 ☐ 0

c) Gün boyunca 1 saatten kısa süre evde yalnız kaldı mı?

1 ☐ 0 ☐ 0

19. Geçen 4 hafta içinde hasta güncel olaylar hakkında konuştu mu?

(Geçen ay içindeki günlük olaylar kastedilmektedir).

Evet **0** Hayır **0** Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun

1 **0** **0**

a) İçinde yer almadığı ancak okuduğu,

Televizyonda seyrettiği veya duyduğu olaylar hakkında konuştu mu?

1 **0** **0**

b) İçinde yer aldığı ev dışında olan aile, arkadaş,

komşularla ilgili olaylar hakkında konuştu mu?

1 **0** **0**

c) Evde olan içinde yer aldığı ya da izlediği

olaylar hakkında konuştu mu?

20. Geçen 4 hafta içinde hasta 5 dakikadan daha uzun süre ile dergi, gazete ya da kitap okudu mu?

Evet **0** Hayır **0** Bilmiyor Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun

1 **0** **0**

a) Genellikle okurken ya da okuduktan

sonraki 1 saatten daha kısa süre içinde ne okuduğu ile ilgili detaylar hakkında konuştu mu?

1 **0** **0**

b) Genellikle okuduktan 1 saat ya da daha uzun bir süre

sonra okudukları hakkında konuştu mu?

21. Geçen 4 hafta içinde hasta herhangi bir şey yazdı mı?

Not: Eğer yalnız cesaretlendirme ya da yardım ile bir şeyler yazdıysa da cevap evet olmalıdır.

Evet **0** Hayır **0** Bilmiyor

Yanıt evet ise yazdığı en komplike şeyi hangisi

tanımlar?

3 Diğer insanların anladığı uzun mektuplar ya da notlar yazdı.

2 Diğer insanların anladığı kısa notlar ya da mesajlar yazdı.

1 Adını yazdı ya da imzasını attı.

22. Geçen 4 hafta içinde hasta herhangi bir hobi ya da uğraşı ile ilgilendi veya oyun oynadı mı?

Evet **0** Hayır **0** Bilmiyor

Yanıt evet ise hangi uğraşlarla ilgilendi?

Aşağıdakilerin hepsini sorun, uygun olanları işaretleyin

Kart ya da masa oyunları (briç, satranç, dama)

Örgü

Tombala

Bahçe işleri

Müzik aleti çalma

Atölye işleri

Okuma

Resim

Tenis

Dikiş

Bulmacalar

Golf

Balık tutmak

Diğer

NOT: Yürüyüş uğraş/hobi olarak kabul edilmez

Eğer hasta hobilerini ya da uğraşlarını gündüz bakımevinde yapıyorsa burayı işaretleyin

Yanıt evet ise hasta en sık ilgilendiği uğraşı genellikle nasıl yaptı?

3 Yardımsız ve gözetimsiz

2 Gözetim ile

0 Yardım ile

23. Geçen 4 hafta içinde hasta günlük ev işlerini yapmak için ev aletleri kullandı mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyor ☐

Yanıt evet ise aşağıdakilerin hepsini sorun ve kullandıklarını işaretleyin.

Çamaşır makinesi

Saç kurutma makinesi

Bulaşık makinesi

Tost makinesi

Ocak

Mikrodalga

Elektrikli süpürge

Mini fırın

Mutfak robotu

Diğer

Yanıt evet ise genellikle en çok kullandığı aleti nasıl kullandığını en iyi ifade eden aşağıdakilerden hangisidir?

4 Fiziksel yardıma gerek olmadan, yalnızca açıp kapamakla yetinmeden aracı ya da aleti kullanabildi.

3 Fiziksel yardıma gerek olmadan, ancak yalnızca aleti açıp kapamakla sınırlı kullanabildi.

2 Fiziksel yardıma gerek olmadan fakat gözetim altında kullanabildi.

1 Fiziksel yardım ile kullanabildi.

Toplam puan (0-78)

EK-4

BAKIM VERME YÜKÜ 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. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

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

3. Yakınıza 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 yakınıza 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. Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

11. Yakınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?

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

12. Yakınıza 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 isin 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 Hiçbir zaman 1 Biraz 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

EK-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

1-Araştırma ile ilgili bilgiler:

Araştırmanın Adı: Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler.

Araştırmanın Amacı: Alzheimer ilerleyici özelliği nedeniyle hastaların sürekli değişimler yaşamasına; aile üyeleri ve bakım verenin yaşantılarının çeşitli boyutlarının etkilenmesine ve zorlanmasına yol açan bir süreçtir. Bu nedenle;

Bu çalışma Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2-Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılma hakkına sahipsiniz.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğunuz bu belge ile kanıt altına alınmaktadır.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda çalışmadan çekilebilirsiniz.

3-Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde bu çalışma için hazırlanmış olan anketi ve bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formların doldurulması yaklaşık 15dakika sürmektedir.

Bu çalışma süresince herhangi bir nedenle başvurulacak kişi: Hemşire Serap TEZCAN

Tel: 05532382288

Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler adlı araştırmaya ait ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Onam Formu adlı metni kendi ana dilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım

ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiç bir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarda, söz konusu araştırmaya hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.

Gönüllünün Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No) / Tarih:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasinin Adı, İmzası, Adresi / Tarih: (Varsa Telefon No, Faks No)

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı, İmzası / Tarih:

Hem. Serap Tezcan İmza:..... Tarih:.....

Rıza Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı, İmzası, Görevi / Tarih:

KATILIMCININ:

Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Telefon:.....

İmza:.....

ARAŞTIRMACININ:

Adı Soyadı: Hem. Serap Tezcan Tel: 05532382288

Adres: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

DANIŞMANIN:

Adı Soyadı: Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ

Adres: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı: B.30.2.İST.0.30.90.00/ 29625
Konu:



İSTANBUL
2012
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Müdürlüğüne

İstanbul/...../.....

08 Ekim 2012

İLGİ: 24.09.2012 tarihli, 238 sayılı yazınıza:

Enstitüsünüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi **Yard.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ**'ın danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Serap KAYA**'nın yürütücülüğünde "**Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler**" başlıklı **Yüksek Lisans Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **02 Ekim 2012** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim.

Eki:
1 dosya

Prof.Dr.Fatih ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı ve Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarınızda yazınızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili: 22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:ctfetik@istanbul.edu.tr.

	Karar No: A-15	Tarih:02 Ekim 2012
KARAR BİLGİLERİ	Yard.Doç.Dr. Ayşe YILDIZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Serap KAYA'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Fatih ALTINDAŞ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Fatih ALTINDAŞ (başkan)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER (başkan yardımcısı)	Tıbbi Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (raportör)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK	İç Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Doçentlik Sınavında
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sebahattin SAİP	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Fahri ERDOĞAN	Ortopedi ve Travmatoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Nuran Şenel BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yardımcısı
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Mazeretli

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Serap Kaya		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Ayşe YILDIZ		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Alzheimer Derneği İstanbul		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	1-İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adres: 34098, Cerrahpaşa-Fatih/İstanbul 2-Halil Rifat Paşa Mah.Güler Sok. No:33 Okmeydanı / Şişli İSTANBUL		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☒ Anket çalışması ☐ Retrospektif (geriye dönük) araştırma ☐ Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma ☐ Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gayta, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma ☐ Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma ☐ Vücut fizyolojisi çalışması ☐ Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma ☐ Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması DİĞER ☐ Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	DİĞER			Açıklama:



T.C.
İ.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI 38386
Sayı:
Geldiği Tarih: 24 Eylül 2012

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

A-15

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00 - 238
KONU:

24/09/2012

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI' NA

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Serap KAYA'nın Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *"Alzheimerli Hastalarda Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler"* konulu araştırmasının etik yönden değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Ek(1): Ön Proje

**TÜRKİYE ALZHEİMER DERNEĞİ
İSTANBUL**

06/02/2017

Konu : 20/09/2011 tarihli, B.30.2.HAL.0.42.00.00-154 sayılı dilekçenize istinaden.

**T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Enstitünüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Program öğrencisi Serap KAYA' nın
"Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler" konulu tez çalışmasını
2013 - 2014 Akademik Yılında Özel Gündüzlü Bakım Merkezimiz de yapmıştır.

Bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımla,

**Fusun KOCAMAN
Genel Müdür
Türkiye Alzheimer Derneği**

TÜRKİYE ALZHEİMER DERNEĞİ
Kuruluş Tarihi: 3 Ekim 1997
Kodlu No: 34 - 85 / 185

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Serap Tezcan

Tel: 0 553 238 22 88

Doğum Tarihi: 13.08.1986

Doğum Yeri: Mersin

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

2000-2003: Mersin Hacı Sabancı Lisesi

2004-2008: Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

2012- Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı.

E-posta: serap33kaya@gmail.com

Deneyimler:

Temmuz 2008- Aralık 2008: Amerikan Hastanesi (Hemşire)

Şubat 2009- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi (Hemşire)

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word- Exel- Powerpoint (İyi Derecede)

Çalışmalar:

Kilis İli Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Menturasyon Dönemi Hijyeni Konusunda Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi,

İstanbul Ünivertesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastaneside Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin Karşılaştırılması.

Sertifikalar:

Yoğun Bakım Sertifikası

Temel Yaşam Desteği (CPR) Sertifikası