

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP
SÜRECİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SEHER GÖNEN ŞENTÜRK

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR- 2016

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970099

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP
SÜRECİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

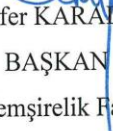
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

SEHER GÖNEN ŞENTÜRK


Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

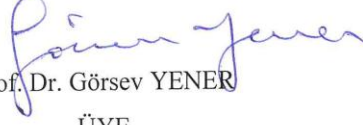
TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970099


Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Seher GÖNEN ŞENTÜRK “**Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Destek Grup Sürecinin Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi**” konulu doktora tezini 13.12.16 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
BAŞKAN
E. Ü. Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
(Oy Kullanmıyor)
D. E. Ü. Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Sakine BOYRAZ
ÜYE
A. D. Ü. Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Görsev YENER
ÜYE
D. E. Ü. Tıp Fakültesi


Doç. Dr. Hatice MERT
ÜYE
D. E. Ü. Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN
ÜYE
D. E. Ü. Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Özlem UĞUR
YEDEK ÜYE
D. E. Ü. Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
YEDEK ÜYE
İ. K. Ç. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜRLER.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1. Giriş ve Amaç.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	11
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	11
2. GENEL BİLGİLER	
2. Genel Bilgiler.....	13
2.1. Nüfus Yapısı İçerisinde Yaşlılık.....	13
2.2. Demans Hastalığının Tanımı.....	13
2.3. Demans Hastalığının Tiplerine Göre Tanımı, Dağılımı ve Fiziopatolojisi.....	13
2.3.1. Alzheimer Tip Demans.....	13
2.3.2. Vasküler Tip Demans.....	14
2.3.3. Lewy Cisimcikli Demans.....	14
2.3.4. Miks Tip Demans.....	15
2.3.5. Frontotemporal Demans (FTD).....	15
2.3.6. Parkinson Hastalığına Bağlı Demans.....	15
2.3.7. Creutzfeldt-Jakob Hastalığı.....	16
2.4. Demans Hastalığının İnsidans ve Prevelansı.....	16
2.5. Demans Hastalığında Risk Faktörleri.....	17
2.6. Demans Hastalığının Tanılanması.....	18
2.7. Demans Hastalığının Evreleri ve Klinik Belirtileri.....	18
2.8. Demans Hastalığının Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Tedavisi.....	20

2.10. Demans Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Süreci ve Yaşadıkları Güçlükler.....	21
2.11. Bakım Veren Yükü Kavramı.....	23
2.12. Bakım Verenlerde Psikolojik Dayanıklılık Kavramı.....	24
2.13. Demans Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlere Uygulanacak Kanıta Dayalı Hemşirelik Girişimleri.....	26
2.14. Demans Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlere Uygulanan Destek Grup Girişimi.....	28
2.15. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Watson İnsan Bakım Teorisi.....	30
2.16. Demans Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakımında Watson İnsan Bakım Teorisi'nin Kullanımı.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3. Gereç ve Yöntem.....	38
3.1. Araştırmanın Tipi.....	38
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	38
3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	38
3.3.2. Araştırmanın Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü.....	39
3.3.3. Örneklem Gruplarının Homojenliği.....	39
3.4. Çalışma Materyali.....	42
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	42
3.6. Veri Toplama Araçları.....	42
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	42
3.6.2. Bakım Veren Yükü Envanteri.....	43
3.6.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	44
3.6.4. Odak Grup Görüşme Formu.....	44
3.6.5. Eğitimli Ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (D-SMMT).....	44
3.6.6. Nöropsikiyatrik Envanter (NPI).....	45
3.6.7. Blessed Demans Derecelendirme (Blessed GYA1) ve Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (Blessed GYA2).....	45
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	46

3.8. Veri Toplama Süreci.....	47
3.8.1. Destek Grup Süreci.....	49
3.8.2. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı.....	50
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	53
3. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
3.11. Etik Kurul Onayı.....	54

4. BULGULAR

4. Bulgular.....	55
4.1. Tanımlayıcı ve Niceliksel Bulgular	55
4.1.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri.....	55
4.1.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Alan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	57
4.1.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Envanterinin Başlangıç (Ön test) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
4.1.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Başlangıç (Ön test) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
4.1.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Sonrası Bakım Veren Yükü Envanterinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
4.1.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Sonrası Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
4.2. Niteliksel Bulgular	68
4.2.1. Ana ve Alt Temalar.....	68

5. TARTIŞMA

5. Tartışma.....	86
5.1. Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Destek Grup Sürecinin Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi.....	86

5.2. Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Destek Grup Sürecinin Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılıkları Üzerine Etkisi.....	89
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. Sonuç ve Öneriler.....	92
6.1. Sonuçlar.....	92
6.2. Öneriler.....	93
6.2.1. İç Hastalıkları Hemşireleri ve Geriatri Hemşireleri İçin Öneriler.....	93
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	93

7.KAYNAKLAR.....

95

EKLER

EK 1: Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	110
EK 2: Bakım Veren Yükü Envanteri.....	112
EK 3: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	114
EK 4: Odak Grup Görüşme Formu.....	117
EK 5: Watson İnsan Bakım Teorisi'ne Temellendirilmiş Bakım Verenler İçin Destek Grup Sürecinin İçeriği.....	118
EK 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	122
EK 7: Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Uygulama İzni.....	123
EK 8: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Uygulama İzni.....	124
EK 9: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgeleri.....	125
EK 10: Özgeçmiş.....	134

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Araştırmanın Veri Toplama Süreci.....	48
Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Alan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	57
Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Envanterinin Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Öncesi ve Sonrası Bakım Veren Yükü Envanteri Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Öncesi ve Sonrası Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 8. Ana ve Alt Temalar.....	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Araştırma Diyagramı.....	41
Şekil 2. Araştırma Planı ve Takvimi.....	46
Şekil 3. Araştırmanın Kavramsal- Teorik-Deneysel Yapısı.....	52



KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TCSB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
FTD	Frontotemporal Demans
TDK	Türk Dil Kurumu
BVYE	Bakım Veren Yükü Envanteri
YPDÖ	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
SMMT	Standardize Mini Mental Test
NPI	Nöropsikiyatrik Envanter
Blessed GYA1	Blessed Demans Derecelendirme
Blessed GYA2	Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi
DSMV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
NINCDS-ARDRA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

TEŞEKKÜRLER

Tüm akademik eğitimim boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen, her konuda bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü'ye, doktora sürecim boyunca kıymetli önerileriyle tezime katkı sağlayan tez izlem komitesi üyelerim Sayın Doç. Dr. Sevgi Kızılcı'ya ve Sayın Prof. Dr. Görsev Yener'e ve veri toplama süreci boyunca desteğini esirgemeyen Sayın Araş. Gör. Merve Aliye Akyol'a, çok teşekkür ederim.

Hasta yakınları ile buluşturan Sayın Prof. Dr. Görsev Yener'e ve Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği çalışanlarına, destek grup toplantılarını yürütebileceğim ortamı sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına ve veri toplama sürecinde beni destekleyen kurumum Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne çok teşekkür ederim.

İçtenlikle çalışmama katılmayı kabul eden ve tecrübeleriyle beni zenginleştiren değerli hasta yakınlarına, doktora sürecim boyunca yoğunluğuma katlanan ve beni her konuda destekleyen sevgili eşime, hayatım boyunca beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve sevgileriyle beni her zaman destekleyen çok değerli aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Seher GÖNEN ŞENTÜRK

DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE UYGULANAN DESTEK
GRUP SÜRECİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Seher GÖNEN ŞENTÜRK, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Merkez/ ÇANKIRI

sehergonen@gmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, demans hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine uygulanan Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temellendirilmiş destek grup sürecinin bakım verenlerin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Ön test-son test düzeninde, prospektif, kontrol gruplu yarı deneysel ve niteliksel olarak karma yöntemle yapılmıştır. Araştırmanın girişimsel verileri Aralık 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. 46 bakım veren kontrol grubunu, 38 bakım veren ise girişim grubunu oluşturmak üzere toplam 84 bakım veren aile üyesi örneklem grubunu oluşturmuştur. Destek grup sürecine katılan ve ses kaydının alınmasına izin veren 31 bakım veren aile üyesi de niteliksel verilerin örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak; Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Odak Grup Görüşme Formu, Bakım Veren Yükü Envanteri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmış, veriler çalışmanın başında (0. ay) ve on oturum sonunda (5. ay) toplanmıştır. Sosyodemografik veriler sayı, yüzde ve ortalama olarak verilmiştir. Niceliksel verilerin analizinde t testi ve kıkare testi, niteliksel verilerin analizinde ise içerik analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonunda girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü toplam puan ortalamaları, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark varken ($p < 0.05$), zaman bağımlılık yükü ve gelişimsel yük alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin destek grup süreci sonrası psikolojik dayanıklılık düzeyi toplam puan ortalamaları, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir fark varken ($p < 0.05$), gelecek algısı ve kendilik algısı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Niteliksel bulgular ile ilgili ise; üç ana tema ve bu temalara ait 14 alt tema belirlenmiştir. Üç ana tema; aile sürecinde iyileşme, bakım süreci ile baş etmeyi öğrenmek ve bakım sürecinde anlam bulmaktır.

Sonuç: Watson'ın İnsan Bakım Teorisi'ne dayalı destek grup süreci, bakım verenlerin bakım veren yükünü azaltmak, psikolojik dayanıklılık düzeyini arttırmak ve baş etme becerilerini geliştirmek için sağlık çalışanları tarafından kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Demans, Watson İnsan Bakım Teorisi, bakım veren, hemşirelik, bakım veren yükü, psikolojik dayanıklılık düzeyi



EXAMINING THE EFFECT OF THE SUPPORT GROUP PROCESS APPLIED ON THE
FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR INDIVIDUALS WITH DEMENTIA ON THE
CAREGIVER'S BURDEN AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE LEVEL

**Seher GÖNEN ŞENTÜRK, Çankırı Karatekin University Faculty of Health Sciences,
City Center/ ÇANKIRI
sehergonen@gmail.com**

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to examine the effect of the support group process based on Watson's Theory of Human Caring applied on the family members who care dementia patients on their caregiver's burden and psychological resilience.

Materials and Methods: In the pre-test and post-test order, prospective, a quasi-experimental, mixed method were conducted. The interventional data of the research were collected between December 2015 –May 2016. 84 caregiving family members, 46 of them in the caregiver control group and 38 of them in the caregiver interventional group, made the sample group. 31 caregiving family members who participated in the support group process and permitted their voices to be recorded made the sample of the qualitative data. Sociodemographic Characteristics Questionnaire, Focus group interview questions, Caregiver Burden Inventory and Resilience Scale for Adults were used as data collection tools and the data were collected in the beginning of the study (0th month) and at the end of the study (5th month). The sociodemographic data were given as numbers, per cent and averages. t test and chi square test were used in the analysis of the quantitative data and content analysis was used in the analysis of the qualitative data.

Findings: In consequence of the study, while there is a significant difference between the the caregiver's burden total average scores and their physical burden, social burden and emotional burden subdimension average scores of the caregivers in the interventional and control groups ($p < 0.05$), no significant difference could be found between their time dependency burden and developmental burden subdimension average scores ($p > 0.05$). While there is a significant difference between the psychological resilience level total average scores and the structural style, family cohesion, social competence and social resources subdimension average scores of the caregivers in the interventional and control groups after the support group process ($p < 0.05$), no significant difference could be found between their perception of future and

perception of self subdimension average scores ($p>0.05$). As for the qualitative findings, three main themes and 15 subdimensions were determined. Three main themes are recovery within the family process, learning to come over the care process and finding a meaning in the care process.

Conclusion: The support group process of Watson's Theory of Human Caring can be used by health workers for reducing the caregivers burden, increasing their psychological resilience level and developing their coming over skills.

Key Words: Dementia, Watson's Theory of Human Caring, caregiver, nursing, caregiver burden, psychological resilience



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlı bireyleri sakatlığa ve bağımlılığa iten önemli kronik hastalıkların başında demans hastalığı gelmektedir (Alzheimer's Disease International [ADI] ve World Health Organization (WHO) 2012; Prince ve ark., 2014; Cuijpers, 2005; WHO, 2015a). Dünyada son bir yılda yaşlı bireylerin %11,9'u demans nedeniyle bağımlı hale gelmiştir (Prince ve ark., 2014). Demans hastalığı öncelikle yaşlı bireyleri etkilemesine rağmen daha düşük yaş gruplarında da görülebilmektedir ve yaşlılığın doğal veya kaçınılmaz bir sonucu değil kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (ADI ve WHO, 2012; Rubbinstein ve ark., 2015; Prince ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2012 yılında yayınladığı raporda dünyada 35.6 milyon demans hastası olduğu bildirilmiştir. Demans hastası birey sayısının her 20 yılda ikiye katlanacağı, 2030 yılında 65.7 milyon, 2050 yılında ise 115.4 milyon yaşlı bireyin demans tanısı alacağı da tahmin edilmektedir (WHO, 2012; Prince ve ark., 2013). Avrupa Alzheimer Derneği verilerine göre, Türkiye'de 331.513 birey demans hastasıdır (Alzheimer Europe, 2014). Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında ülkemizde 18.158 kişi yeni Alzheimer tanısı almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [TCSB], 2015). Ülkemizde ölüm nedeni istatistiklerine göre 2010 yılında Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların oranı %2,7 iken bu oran 2014 yılında %4'e yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2015).

Demans spesifik, tek bir sendrom değildir; beyni etkileyen düşünme, hatırlama, öğrenme yeteneklerinde ilerleyici azalmaya yol açan bir hastalıktır (Barlett ve ark., 2006). Demansın ana belirtileri bellek kayıpları, konfüzyon, konuşma ve anlama yeteneğinde azalma, kişilik ve davranışsal durum değişiklikleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye şeklindedir (Işık ve Tanrıdağ; 2009). Tüm bu değişikliklere bağlı olarak yaşlı bireyin işlevselliği etkilenmekte ve günlük yaşamını bağımsız olarak sürdürmesi güçleşmektedir (Qiu ve ark., 2007).

Alzheimer hastalığı demans tipleri arasında en sık görülen (%60- %80) hastalıktır (American Alzheimer's Association [AAA], 2016). Diğer demans türlerinin görülme sıklığı ise; %16 vasküler demans, %10 frontotemporal demans (FTD) ve %6 Lewy cisimcikli demans şeklindedir (Lewis ve ark., 2007). Literatürde demansın evreleri hakkında farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Genel olarak kullanılan sınıflamaya göre demans hafif, orta

ve ileri evre demans olmak üzere üç evreden oluşmaktadır (Karadakovan, 2014b). Yaşlı bireylerde demansa ek olarak başka kronik hastalıklar da sık görülmektedir ve demans ile birlikte yaşlı bireyin bakım yükü katlanarak artmaktadır. Hem düşük ve orta gelirli hem de yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin bilişsel yetersizlikler ve demans nedeniyle diğer kronik hastalıklarına göre daha çok bakım gereksinimine ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (Wimo ve Prince, 2010; ADI ve WHO; 2012; Prince ve ark., 2014).

Gelişmiş ülkelerde demans hastalığı olan bireyin bakımını %45 oranında informal bakım verenler, %40'ını ise sosyal bakım merkezleri sağlamaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise sosyal bakım merkezleri hastaların sadece %15'lik oranının bakımını üstlenirken, geriye kalan %85 gibi büyük bir kısım evde informal bakım vericiler tarafından bakılmaktadır (Wimo ve Prince, 2010). Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan her beş bakım verenden birisi hastalık nedeniyle işten ayrılmak zorunda kalmaktadır (WHO, 2015c). Hastalığın evresi ilerledikçe hasta kendi bakımını sürdüremez hale gelmekte ve bir başkasının bakımına ihtiyaç duymaya başlamaktadır. Demans hastalığı olan bireylerin bakımı genellikle aileleri tarafından evlerinde sağlanmaktadır (AAA, 2016). Evde bakımın sürdürülmesinin nedenleri arasında; hastalığın yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görülmesi, ekonomik yetersizlikler, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve kültürel olarak yaşlı ve hasta bireyin evde kadın aile üyeleri tarafından bakılması yer almaktadır (WHO, 2015a). Ülkemizde de hem tıbbi ve sosyal desteğin yeterli düzeyde olmaması hem de kültürel olarak yaşlı bireylere evde bakımın yaygın olması nedeniyle benzer durum söz konusudur (Özmen, 2013; Öztop ve ark., 2008).

Bir başka bireyin sağlık gereksinimlerini karşılayan bireye bakım veren denilmektedir. Bakım verenler giyinmek, banyo yapmak gibi birden fazla günlük yaşam aktivitesine yardımcı oldukları gibi fatura ödemek, alışveriş yapmak, ulaşım gibi enstrümental günlük yaşam aktivitelerine de yardımcı olmaktadır. Amerika'da demans hastalığı olan bireye bakım veren 15 milyon birey vardır (AAA, 2016). Ülkemizdeki bakım veren sayısı bilinmemektedir.

Demans hastalığı olan hastanın gün geçtikçe bakım sorumluluğunun artması, aile içinde bazı olumsuz değişikliklere (Alm ve ark., 2014) ve bakım verenlerin fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Laks ve ark., 2016). Bakım verenler bu süreçte bakım verme işine fazla zaman harcadıkları için kendisine zaman ayıramamakta ve çeşitli sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Prince ve ark., 2013). Bakım verenler bakım sürecinin

ortaya çıkardığı sorunlar nedeniyle; bakım yükü, duygusal stres, depresyon, anksiyete, zorlanma, merhamet yorgunluğu, sürekli kaygı yaşama, bağışıklık sisteminde zayıflama, çeşitli sağlık sorunları (obezite, hipertansiyon, diyabet, ağrı), sigara kullanma, uyku sorunları yaşama, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde bozulma, bilişsel yetersizlik, erken ölüm riski, sosyal yaşamın bozulması, bakımda destek alamama, iş kayıpları, üretkenliğin tükenmesi ve beraberinde maddi güçlükler yaşamaktadır (Abdollahpour ve ark., 2012; Alm ve ark., 2014; Coteló ve ark., 2015; Dassel ve ark., 2015; Givens ve ark., 2014; Laks ve ark., 2016). Bu problemler aile üyelerinin bakım sürecini devam ettirmelerini güçleştirmekte (Gaugler ve ark., 2011) ve bunun sonucu olarak da demans hastalığı olan bireylerin kurumlara yatırılma oranları artmaktadır (Gaugler ve ark., 2011; Küçükgüçlü ve ark., 2011). Aile üyelerinden birisinin demans tanısı alması ile birlikte aile içindeki sorumluluklar ve dengeler değişmektedir. Bu süreçte bakım veren kendisini yorgun, bitkin, çaresiz, yalnız ve kızgın hissedebilmektedir (Çetinkaya ve Karadakovan, 2012). Ülkemizde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile ilgili yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin %64'ünün bakım verme nedeniyle güçlük yaşadığı, güçlük yaşayanların %40,6'sının bakımda destek alamadığını, %34,4'ü psikolojik, %18,8'i ekonomik güçlük yaşamakta olduğunu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada bakım verenlerin %90'ının günlük yaşamı etkilenirken, hastası ileri evrede olan bakım verenlerin %83,3'ü bakımda sorun yaşamaktadır (Akyar ve Akdemir, 2009).

Bakım verenlerin bakım sürecinden olumsuz etkilenmemeleri için bakım veren bireyin destek sistemlerinin kuvvetli olması, gerektiğinde ulaşabileceği kişi ya da kurumlar ve hastalık hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (Özcan ve Kapucu; 2009). Temel rolü bakım verme olan hemşirelerin danışmanlık, araştırmacı, eğitici, tedavi edici ve savunucu rolleri de bulunmaktadır (Lök ve ark., 2015). Hemşireler bakım verenlerin eğitimlerini sağlamada, bakım verene yönelik durum saptama çalışmaları yapmada, bakım verenlerin demans hakkındaki bilgi ve becerilerini arttırmada ve hastaların davranışlarını en iyi şekilde yönetmelerini sağlamada önemli role sahiptirler (Özcan ve Kapucu, 2009; Lök ve ark., 2015).

Bakım verene uygulanan girişimler genellikle bakımın ortaya çıkardığı olumsuz durumları gidermeye, bakım verenin ve hastanın refahını arttırmaya ve sağlık durumunu korumaya odaklanmıştır. Bakım verene uygulanan girişimler ile bakım verenin eğitim gereksinimleri karşılanmakta, demans hastalığına özgü gelişen bilişsel- davranışsal sorunların yönetilmesine yardım edilmekte ve bakım verenlerin sosyal olarak desteklenmesi

sağlanmaktadır (AAA, 2016). Yapılan meta analizler ve kanıta dayalı rehberlerde; aile danışmanlığı, vaka yönetimi, psiko-eğitimsel danışmanlık, destek grup toplantıları, bakım verenin dinlendirilmesi, psiko-teröpatik yaklaşımlar ve çok bileşenli (multikomponent) yaklaşımlar başlığı altında girişimler sıralanmaktadır (Pinguart ve Sörensen, 2006; Joanna Briggs Institute, 2010). Bu girişimlere ek olarak daha geniş çapta bakım verene ulaşımı sağlamak amacıyla teknolojinin kullanımı (örneğin; video konferans, görüntülü konuşma, online eğitimler) (Boots ve ark., 2015; Czaja ve ark., 2013), yaşamı yeniden gözden geçirme, yoga, telefon destek grupları ve bakıcı desteğinin sağlanması gibi yöntemler de mevcuttur (Sörensen ve ark., 2006).

Bakım verenlere yönelik yapılan girişimlerden birisi olan destek grupların temel amacı kişisel duygu ve endişeleri paylaşmak, karşılıklı olarak birbirini cesaretlendirmek ve sosyal izolasyon duygusunun üstesinden gelmek için fırsat sağlamaktır (Gonyea ve Silverstein, 1991). Yapılan araştırmalar sosyal destek girişimlerinin bakım veren yükünü azalttığını, bakım verenlerde demans gelişimini engellediğini, sosyal izolasyon ve yalnızlığı önlediğini ve sosyal entegrasyonu sağladığını bildirmiştir (Han ve ark., 2014; Kuiper ve ark., 2015; Lilly ve ark., 2003).

Dam ve arkadaşlarının (2016) yaptığı sistematik derlemeye göre sosyal destek girişimleri dört gruba ayrılmıştır. Bunlar; akran ve arkadaş desteği, aile desteği ve sosyal ağ müdahaleleri, destek gruplar, internet ve telefon ile uzaktan yapılan müdahaleler şeklindedir. Bu çalışmada sosyal destek girişimlerinin bakım vermenin olumsuz etkilerini azalttığı bildirilmiştir. Sosyal destek girişimlerinden bir tanesi olan destek gruplar bireylerin, kişisel duygu ve endişelerini paylaşabildikleri, karşılıklı olarak birbirlerini cesaretlendirebildikleri, sosyal izolasyon duygusunun üstesinden gelmek için fırsat yakalayabildikleri, diğer bireyler tarafından kabul edildikleri bir etkileşim ortamı sağlamaktadır (Gonyea ve Silverstein, 1991; Tuncay 2010). Ayrıca destek gruplar bireylerin bir araya gelmesine, bilişsel, duygusal ve psikolojik boyutlarda yakın bir bağlantı kurmalarına ve güvenli bir çevre oluşturmalarına da hizmet etmektedir (Tuncay 2010).

Destek grup girişimleri bakım veren yükünü ve depresyonu azaltmakta, yaşam kalitesini arttırmakta, sübjektif iyilik halini sağlamakta, bakım verenlerin stresinin artmasını engelleyerek olası depresyonu önlemekte etkili bir yöntemdir. Bu gruplar sayesinde, bireylerin sosyal izolasyonu ve zorlanmaları azaltılmakta ve iyilik halleri arttırılmaktadır (Roth ve ark., 2005).

Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlere uygulanan destek grup girişimini inceleyen bir meta-analize göre destek grup girişimi; bakım verenlerin psikolojik iyilik halini ve sosyal kazanımlarını olumlu yönde etkilemekte, depresyonu ve yükü azaltmaktadır. Aynı çalışmada teorik modellerin kullanılmasının, grup oturumlarının yoğun ve daha uzun süre yapılmasının psikolojik iyilik halini ve depresyonu doğrudan etkilediği belirtilmiştir (Chien ve ark., 2011).

Bakım verenlerle ilgili yapılan bir deneysel bir çalışmada ise, girişim grubundaki bakım verenlere üç ay boyunca ayda iki defa ve iki saat süresince destek grup ve psiko-egitimsel müdahale yapılmış, kontrol grubuna ise rutin bakım verilmiştir. Sonuç olarak girişim grubunda bakım veren yükünde azalma saptanırken, kontrol grubunda bakım veren yükünde artış olduğu saptanmıştır (Pinna ve ark., 2012).

Destek grup girişimine yönelik yapılan çok sayıdaki araştırma göstermiştir ki katılımcılar bilgi ve tecrübelerini paylaşmada özenli ve destekleyici olduklarında; bireyler üzerindeki baskının ve yükün ortadan kalkmasına yardımcı olunmakta, depresif belirtileri ve öfke duygusu azaltılabilmekte, baş etme becerileri kazanılmakta, olumlu sağlık davranışları sürdürülmekte, yaşam kalitesi, sosyal destek ve memnuniyet düzeyi artırılabilir (Ostwald ve ark., 1999; Coon ve ark., 2003; Stern ve ark., 2008; Chien ve Lee, 2008; Roth ve ark., 2005).

Ülkemizde demans hastalığı olan bireye bakım verenlere yönelik yapılan bir tane destek grup eğitime rastlanmıştır. Demir ve Platin'nin (2012) bu çalışmasında destek grup eğitimi Neuman Sistemler Modeli'ne temellendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; Neuman Sistemler Modeline göre oluşturulan beş boyuttaki (fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve manevi) eğitim öncesi olumsuz olarak ifade edilen özelliklerin eğitim sonrası azaldığı ve birinci ve ikinci izlemlerde de bu azalmanın devam ettiği ya da tamamıyla ortadan kalktığı bildirilmiştir. Bakım veren yükü envanter puanının ise eğitim öncesine (65.883 ± 19.5) göre eğitim sonunda (37.067 ± 12.34) azaldığı ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Yapılan niceliksel ve niteliksel çalışma sonuçlarına göre bakım verme sürecinin, bakım vereni biyo-psiko-sosyo-kültürel açıdan çok boyutlu etkilediği görülmektedir (Abdollahpour ve ark., 2012; Laks ve ark., 2016). Bu nedenle bakım verenlere uygulanacak hemşirelik bakımının bireyin bütününe hizmet eden bir şekilde planlanması ve uygulaması gerekmektedir. Bireyleri kapsamlı bir şekilde ele alabilmek için bütüncül (holistik) yaklaşımın

benimsenmesi gerekmektedir. Hemşirelik teorilerinden Watson İnsan Bakım Teorisi bireye bütüncül (holistik) yaklaşan ve insan deneyimlerinin anlaşılmasının önemli olduğunu vurgulayan bir hemşirelik teorisi (Watson, 2002). Watson, hemşirelik bakımını, iki kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyokültürel yollarla karşılıklı etkileştiği, bilimsel, etik, estetik, profesyonel bir süreç olarak tanımlamaktadır. Watson İnsan Bakım Teorisi, hemşirenin bakım verdiği bireyi sadece fiziksel değil sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel yönden de ele almayı sağlayan bütüncül bir bakım modelidir. Teori insanı anlamayı, empati yapmayı sağlamaktadır. Özellikle teorinin ana kavramlarından birisi olan iyileştirme süreçleri bireye bütüncül bakmakta, bütüncül tanılamakta ve bütüncül iyileştirmektedir (Watson Caring Science Institute [WCSI], 2010). Bu nedenle bu araştırmada kavramsal çerçeve olarak kullanılması planlanmıştır.

Araştırmalara rehberlik etme ve uygulamalara yönelik bilgi sağlama konusunda önemli bir yere sahip olan teori/modeller, bir davranışı etkileyebilecek faktörleri, bir bütün olarak görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır (Alligood, 2006). Ayrıca araştırma ve uygulamada teorilerin/modellerin rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolü ve uygulamalarına odaklanmasına yardımcı olmaktadır (Figen ve Mete, 2009). Aynı zamanda profesyoneller arasında koordinasyonu sağlayarak, uygulamalarda daha az farklılıklara neden olmaktadır (Alligood, 2006; Spear, 2007). Yapılan literatür incelemesi sonucunda ülkemizde demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerde Watson İnsan Bakım Teorisi'nin kullanıldığı herhangi çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca ülkemizde bakım veren aile üyelerine yönelik yapılan hemşirelik girişimleri az sayıda ve yetersizdir. Araştırmanın sonuçlarının bakım verenlerin anlaşılması ve gereksinimlerine uygun girişimlerin planlanmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın amacı, demans hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine uygulanan Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temellendirilmiş destek grup sürecinin bakım verenlerin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine etkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, demans hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine uygulanan Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temellendirilmiş destek grup sürecinin bakım verenlerin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırma Hipotezleri

Hipotez 1: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *Bakım veren Yükü Envanteri (BYE) toplam puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 1a: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin *zaman-bağımlılık yükü alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 1b: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin *gelişimsel yük alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 1c: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin *fiziksel yük alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 1d: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin *sosyal yük alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 1e: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin *duygusal yük alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 2: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplam puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 2a: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *yapısal stil alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 2b: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *gelecek algısı alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 2c: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *aile uyumu alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 2d: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *kendilik algısı alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 2e: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 2f: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalamaları* kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 3: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *Bakım veren Yükü Envanteri (BYE) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları* girişim sonunda azalır.

Hipotez 4: Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş destek grup sürecine katılan bakım verenlerin, *Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları* girişim sonunda artar.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus Yapısı İçerisinde Yaşlılık

Dünya çapında gün geçtikçe yaşlı nüfus atmaktadır, 2050 yılında dünyada 2 milyar bireyin 60 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Sağlıklı yaşama ve yaşlanma, sosyal ve ekonomik imkânların iyi olması yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır (ADI ve WHO, 2012). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus gün geçtikçe artmaktadır, 2015 yılı itibariyle ülkemizde 6 milyon 495 bin 239 yaşlı birey vardır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8 iken, 2015 yılında %8,2'ye yükselmiştir. Son bir yılda ise dünya nüfusunun %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'dır. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (TÜİK, 2015). Sağlık sistemindeki ve teknolojideki ilerlemeler insanların daha sağlıklı yaşamasına imkân sağlarken, öte yandan yaşlı nüfus içinde demansın artmasına da neden olmaktadır (ADI ve WHO, 2012).

2.2. Demans Hastalığının Tanımı

Demans hastalığı öğrenme, bellek, oryantasyon, konuşma işlevleri ve kişilik gibi mental işlevlerin bozulması ile belirgin, sosyal ve iş yaşamını etkileyen merkezi sinir sisteminin ilerleyici dejeneratif hastalığıdır (Karadakovan, 2014a). Kronik bir hastalık olan demans, sinsi başlamakta ve ilerleyici özellik göstermektedir (Işık ve Tanrıdağ, 2009). Demans hastalığı orta ve ileri yaşlardaki bireylerde en çok yıkıma neden olan beyin hastalıkları arasında yer almaktadır ve yaşlılığın doğal bir sonucu değil altta yatan patolojinin göstergesidir (Karadakovan, 2014a; Işık ve Tanrıdağ, 2009).

2.3. Demans Hastalığının Tiplerine Göre Tanımı, Dağılımı ve Fizyopatolojisi

Demans ana başlığı altında farklı demans türleri tanımlanmıştır. Bunlardan en sık görülenleri Alzheimer tip demans, Frontotemporal demans, Vasküler demans ve Lewy cisimcikli demanstır (Karadakovan, 2014a). Görülme sıklıklarına göre hastalığın %60 ila %80'inini Alzheimer tip demans, %15 ila %20'sini Vasküler tip demans, %10 ila %15'ini Frontotemporal demans ve %5'den azını ise Parkinson hastalığına eşlik eden Lewy cisimcikli demansın oluşturduğu belirtilmektedir (Lewis ve ark., 2007; Capezuti ve ark., 2008).

2.3.1. Alzheimer Tip Demans: Alzheimer hastalığı sinsi ilerleyen nörodejeneratif bir hastalıktır ve demans türleri içerisinde %60 ila %80 sıklıkla görülmektedir. Hastalığın başlangıcında isimleri, son yapılan konuşmaları ve son yaşanan olayları unutma görülürken, ilerleyen dönemlerde ilgisizlik, apati, iletişimi sürdürmede bozulma, dezoryantasyon,

konfüzyon, yargılamada bozulma, davranışsal değişiklikler, yutma ve yürüme güçlüğü görülmektedir (AAA, 2016).

Alzheimer hastalığının fizyopatolojisinde; senil amiooid plaklar, nörofibriler yumak oluşumu, sinaps-nöron kaybı ve beyinde belirgin bir atrofi görülmektedir. Nörofibriler yumaklarının temel bileşeni hiperfosforile tau proteindir. Normalde tau proteinleri mikrotübüller stabilizasyonu, hücre iskeletinin bütünlüğünü ve aksonal taransportta önemli görevleri olan bir proteinlerdir. Fakat hiperaktif kinazlar ve hipoaktif fosfatazlar tau proteininin hiperfosforilasyonuna yol açarak mikrotübüllere bağlanma yeteneğini bozarlar. Bu anormal yapılar nörofibriler yumakları oluşturur. Nörofibriler yumaklar ise hücre iskeletinin bütünlüğünü ve aksonal transportu bozarak hücre ölümüne neden olur. Alzheimer hastalığındaki ikinci temel nöropatolojik değişiklik, ana bileşeni amiloid beta proteini (A β) olan, amiloid plaklardır. Amiloid β , diffüz plaklar halinde agrege olur ve bunlar yoğun nöritik plaklara dönüşür. Gevşek plaklarda amiloid β birikimi oksidatif gerilim ve serbest radikallerin oluşumuna, bu faktörler de plakların fiziksel değişimine yol açmaktadır. Nöritik plak oluştuktan sonra, inflamasyon, eksitotoksisite ve apoptozis nöronlara zarar vermektedir (Öztürk ve Karan, 2009).

2.3.2. Vasküler Tip Demans: Daha önceden multi- infarkt ya da inme sonrası gelişen demans olarak bilinen vasküler demans, demans türleri arasında ikinci sırada yer almakta ve %15 ila %20 sıklıkta görülmektedir. Özellikler yaşlı bireyler arasında Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen ikinci demans türüdür. Genellikle infarkt alanlar ve Alzheimer hastalığına benzeyen patolojik bulgular vardır (Fernando ve Ince, 2004; AAA, 2016). Vasküler demansın başlangıcında yargılama ve karar vermede bozulma, plan yapamama ve organizasyon yetersizliği sık görülmekle birlikte ilerleyen zamanlarda daha çok hafıza kayıpları ön plana çıkmaktadır. Bilişsel yetersizliklere ek olarak yavaş yürüme ve denge bozuklukları gibi motor fonksiyonlarda da bozulmalar mevcuttur. Vasküler demansın genellikle nedeni beyin kan damarlarında tıkanıklık ya da hasara bağlı kanamanın olmasıdır. Bu iki durumda beyinde infarkt alanlara neden olmaktadır. Beyin hasarının yeri, sayısı ve büyüklüğü ile ilişkili olarak bireyin düşünme ve fiziksel fonksiyonları bozulur ve bu durumda demansın şiddetini belirlemektedir (AAA, 2016).

2.3.3. Lewy Cisimcikli Demans: Lewy cisimcikli demansta bilişsel yetersizliğin yanı sıra erken belirtiler olarak uyku bozuklukları, görsel halüsinasyonlar, bireyin yavaşlaması, yürüyüş bozuklukları ve Parkinson hastalığına benzer belirtiler görülmektedir. Bu belirtilere

ek olarak bireylerde önemli hafıza bozukluğu olmadan da görsel- mekânsal yetersizlikler görülebilmektedir. Alfa- sinüklein proteinlerinin nöronlarda oluşturduğu anormal kümelere Lewy cisimciği denir. Bu cisimcikler beynin korteksinde birikirse Lewy cisimcikli demansa neden olur. Eğer alfa- sinüklein proteinleri beynin Substantia nigra bölgesinde birikir ve burada şiddetli nöron kaybına neden olursa bu duruma da Parkinson hastalığı denir. Hem Lewy cisimcikli demansta hem de Parkinson hastalığında Lewy cisimcikleri vardır. Parkinson hastalığında motor yetersizlikler ön planda iken, Lewy cisimcikli demansta bilişsel yetersizlik ön plandadır. Lewy cisimcikli demansın patolojisinde de Alzheimer hastalığına benzer belirtiler vardır ve bu da tanılama sürecini güçleştirmektedir (AAA, 2016).

2.3.4. Miks Tip Demans: Miks tip demans iki veya daha fazla farklı demans türünün bir arada bulunmasına verilen isimdir. Genellikle en sık Alzheimer tip demans ve Vasküler tip demans birlikteliği görülmektedir. İkinci sıklıkla görülen birliktelik Alzheimer tip ve Lewy cisimcikli demans arasındadır. Üçüncü sırada ise Alzheimer, Vasküler ve Lewy cisimcikli demansın üçünün bir arada görülmesidir. Vasküler tip demans ve Lewy cisimcikli demansın bir arada görülmesi ise oldukça nadirdir. Yaşla birlikte miks tip demans görülme sıklığı artmaktadır, özellikle 85 yaş ve üzerinde bireylerde çok sık görülmektedir (Schneider ve ark., 2009).

2.3.5. Frontotemporal Demans (FTD): Frontal ve temporal lobda yer alan nöronların atrofiye uğramasıyla karakterizedir. Ek olarak hastalıkta, korteksin üst tabakaları yumuşak ve süngerimsi bir yapıya dönüşür ve bu alanlarda protein yapıları (tau proteini ve DNA'ya bağlanmış protein yumaklarına) rastlanmaktadır. Frontotemporal demans, hastalığa bağlı davranış değişikliğini, primer progresif afaziye, Pick hastalığını, kortikobazal dejenerasyonu ve progresif subra-nükleer palsiyi içermektedir. Erken belirtileri arasında belirgin kişilik ve davranış değişiklikleri, yeni bir şeyler üretme ve konuşma güçlüğü yer almaktadır. Alzheimer tip demanstan ayıran en önemli özelliği belleğin erken evrelerde henüz bozulmamış olmasıdır. Frontotemporal demansı diğer demans türlerinden ayıran bir diğer özellik ise bu hastalığın 65 yaş ve altı bireylerde diğer türlere göre daha sık görülmesidir. Bu hastalığı yaşayan bireylerin %60'ının yaşı 45- 60 yaş aralığındadır. Ayrıca tüm demans türlerinin %10'luk bir kısmını oluşturmaktadır (AAA, 2016).

2.3.6. Parkinson Hastalığına Bağlı Demans: Parkinson tip demansta en yaygın belirti olarak hareketle ilgili sorunlar (yavaşlık, sertlik, titreme ve yürüyüş değişiklikleri) görülmektedir. Beynin substantia- nigra bölgesinde alfa- sinüklein proteinlerinin kümeleşmesi görülür. Bu kümeleşmeler dopamin üreten nöronların harabiyetine neden olmaktadır. Parkinsona bağlı

görülen bu demans türü Alzheimer tip demansın onda birine tekabül etmektedir. Parkinson hastalığı ilerledikçe aynı Lewy cisimcikli demanstaki ve Alzheimer tip demanstaki gibi korteks etkilenmekte ve protein plakları görülmektedir (AAA, 2016).

2.3.7.Creutzfeldt-Jakob Hastalığı: Bellek ve koordinasyonu bozan, davranış değişikliklerine neden olan nadir görülen ve hızla ilerleyen ölümcül bir hastalıktır. Hatalı kodlanmış proteinler (pironlar) nedeniyle beyin fonksiyonları bozulmaktadır. Hastalık, genetik geçiş, sporadik ya da piron enfeksiyonları nedeniyle görülmektedir. Bazı sığır türlerinin tüketimiyle geçtiği söylenmektedir. Halk arasında deli dana hastalığı diye de bilinmektedir (AAA, 2016).

2.4. Demans Hastalığının İnsidans ve Prevelansı

Hastalığın insidansı yaş ile birlikte artmaktadır. Demans görülme sıklığının her 5.9 yılda bir ikiye katlandığı bildirilmektedir. 60- 64 yaş aralığında 3.1/ 1000 görülürken, 95 yaş ve üzerinde 175.0/ 1000 görülmektedir (WHO, 2015b). DSÖ'nün 2012 yılında yayınladığı raporda son üç yılda dünyada 35.6 milyon demans hastalığına sahip bireyin olduğu tahmin edilmiştir. Demans oranının her 20 yılda bir ikiye katlanacağı, 2030 yılında 65.7 milyon, 2050 yılında ise 115.4 milyon yaşlı bireyin demans tanısı alacağı da tahmin edilmiştir (WHO, 2012; Prince ve ark. 2013).

Dünya çapında 2014- 2015 yılları arasında 7.7 milyon yeni demans vakasının ortaya çıktığı ve her 4.1 saniyede bir yeni tanı alan hastanın olduğu bildirilmiştir. Bu vakaların 3.6 milyonu (%46) Asya'da, 2.3 milyonu (%31) Avrupa'da, 1.2 milyonu (%16) Amerika'da ve 0.5 milyonu (%7) Afrika kıtasındadır (WHO, 2015b).

Özellikle bazı gelişmiş ülkelerde demans prevelans ve insidansında azalma olduğu ile ilgili bulgular ortaya konulmuştur, fakat tam olarak bu değişimin nedeni, hastalığın risk faktörleri, hastalığın önlenmesi ve yavaş ilerlemesi ile ilgili yapılacaklar hakkında henüz herhangi bir kanıt yoktur (Satizabal ve ark., 2016). Kronik hastalıkların önlenmesinin ve sağlıklı yaşam koşullarının sağlanmasının hastalığın insidansını azalttığı bildirilmektedir fakat bu durum henüz kanıtlanmamıştır (WHO, 2015a). Bazı kronik hastalıkların iyi yönetilmesi ile demans insidansının %10-20 oranında azaltılabileceği tahmin edilmektedir (WHO, 2015b).

Demans hastalığı olan bireylerin %63'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde, %37'si ise yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır ve bu oranın önümüzdeki on yılda hızla artması beklenmektedir (WHO, 2015b). Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2015 yılında yaklaşık 47 milyon kişinin yeni demans tanısı aldığı ve dünyadaki toplam demans hastalığı olan bireylerin

%63'ünü oluşturduğu bildirilmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, 2030 yılında 76 milyon, 2050 yılında ise 145 milyon yeni demans vakasının olacağı ve toplam hastaların %71'inin bu ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (Prince ve ark., 2013; WHO, 2015b). Orta gelirli ülkeler sınıfına giren Türkiye'de demans prevalansına yönelik ulusal bir veri tabanı maalesef bulunmamaktadır. Avrupa Alzheimer Derneği 2012 verilerine göre Türkiye'de 331.513 birey demans hastalığına sahiptir (Alzheimer Europe, 2014). Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise 2014 yılında ülkemizde 18.158 kişi yeni Alzheimer tanısı almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [TCSB], 2015) fakat toplam hasta sayısı bildirilmemiştir.

Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artması ile birlikte demans prevalansının da artacağı beklenmektedir. Türkiye'de yapılan bazı prevalans çalışmaları incelendiğinde; Elazığ ilinde 65 yaş ve üzeri 269 kişi ile yapılan araştırmada bölgede demans prevalansı %7,3 olarak tespit edilmiştir (Bulut, 2002). Keskinoglu ve arkadaşlarının (2006) İzmir'in sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgesinde yaptığı çalışmada ise, %22,9 sıklıkta demans saptanmıştır. Diğer bir çalışma olan Gürvit ve arkadaşlarının (2008) 70 yaş ve üzerinde 1019 kişi ile yaptıkları kesitsel çalışmada demans oranı %20 olarak saptanmıştır. Uçku ve arkadaşlarının (2007) yine İzmir'in sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgesinde yaptığı çalışmaya göre de demans prevalansı %12,9 olarak saptanmıştır. Arslantaş ve arkadaşlarının (2009) Eskişehir'de 55 yaş ve üzeri toplam 3100 kişi ile yaptığı çalışmada ise demans prevalansı %8,4 olarak saptanmıştır. Bir diğer saha çalışmasında ise hafif bilişsel bozukluk %25,7, şiddetli bilişsel bozukluk %6,9 olarak saptanmıştır (Diker, 2001).

2.5. Demans Hastalığında Risk Faktörleri

Demans hastalığında risk faktörleri değiştirilebilir risk faktörleri ve değiştirilemez risk faktörleri şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilemez risk faktörleri arasında ilk üç sırada; ileri yaşta olmak (Hebert ve ark., 2010), aile öyküsünde demans hastalığının olması (Green ve ark., 2002) ve bireyde Apolipoprotein E geninin olması (APOE-e4) (Farrer ve ark., 1997) ve Down Sendromunun olması (Işık ve Tanrıdağ, 2009) yer almaktadır. Ek olarak cinsiyet değişkeninden de bahsedilmektedir. Cinsiyet değişkeni ile ilgili olarak kadın cinsiyette olmanın Alzheimer tip demans açısından (Haan ve Wallace, 2004), erkek cinsiyette olmanın ise Vasküler tip demans açısından (Nelson, 2007) risk faktörü oluşturduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.

Değiştirilebilir risk faktörlerinin ilk sırasında kardiyovasküler risk faktörleri yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda kardiyovasküler risk faktörlerinin dolaylı ya da direkt olarak

demans hastalığına neden olduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler risk faktörleri arasında; sigara kullanımı (Beydoun ve ark., 2014), orta yaş obezitesi (Loef ve Walach, 2013), glikoz intoleransı (Crane ve ark., 2013), diyabet hastalığı (Gudala ve ark., 2013), orta yaş hipertansiyonu (Ninomiya ve ark., 2011) ve hiperkolesterolemi yer almaktadır (Meng ve ark., 2014). Diğer değiştirilebilir risk faktörleri arasında ise; düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi (McDowell ve ark., 2007), bilişsel ve sosyal katılımın yetersiz olması (Di Marco ve ark., 2014), travmatik beyin hasarı (Plassman ve ark., 2000), uyku bozuklukları (Foley ve ark., 2001), depresyon (Gao ve ark., 2013) ve alüminyuma maruz kalma (Virk ve Eslick, 2015) yer almaktadır.

Avrupa, İngiltere ve Amerika'da yapılan meta- analizlerin incelendiği bir çalışmada; Alzheimer'e neden olduğu düşünülen yedi risk faktörünün her birinde (diyabet, orta yaş hipertansiyonu, orta yaş obezitesi, fiziksel hareketsizlik, depresyon, sigara ve düşük eğitim düzeyi) önümüzdeki 10 yıl içinde %10'luk bir azalma sağlanırsa 2050 yılında Alzheimer hastalığının prevalansında %8,3'lük bir düşüşe (8.8 milyon birey) neden olabileceği bildirilmiştir. Aynı çalışmada önümüzdeki 10 yılda risk faktörlerindeki %20'lik bir azalma ise 2050 yılında Alzheimer tip demans görülme sıklığını %15.3 (16.2 milyon) azaltacağı da bildirilmiştir (Norton ve ark., 2014). Bu ve benzeri çalışmalar kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılması ve yaşam şeklinin değiştirilmesi ile özellikle yüksek gelirli ülkelerdeki demans insidansını azaltılabileceğini göstermektedir (WHO, 2015b).

2.6. Demans Hastalığının Tanılanması

Demans tanılanmasında dünyada ve ülkemizde yaygın olarak ICD- 10, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve NINCDS-ARDRA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) kriterleri kullanılmaktadır. Hastaların bilişsel durumunu değerlendirmede standardize minimal durum değerlendirmesi (SMMT) ve saat çizme testinden yararlanılabilir. Kesin tanı beyin otopsi ile konulmaktadır. Laboratuvar bulguları (BOS'da beta amiloid düzeyinde azalma ve tau düzeyinde yükselme), beyin BT'si ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri beyindeki atrofilerin saptanmasında yardımcı olmaktadır (Karadakovan, 2014b; AAA, 2016).

2.7. Demans Hastalığının Evreleri ve Klinik Belirtileri

Klinik belirtilerin başında kognitif fonksiyon bozuklukları gelmektedir. Kognitif fonksiyon bozuklukları; oryantasyon, bellek, algılama, dikkat, zeka, yargılama, soyutlama,

hesaplama, gerçeği değerlendirmede bozulma şeklindedir. Yaşlılık sürecinin doğal sonucu olarak gelişen unutkanlık ile hastalığa bağlı olan unutkanlığı ayırt etmek önemlidir. Yaşlılığa bağlı gelişen unutkanlıkta bireylerin günlük yaşamları etkilenmez iken, hastalığa bağlı unutkanlıkta bireylerin günlük yaşamları etkilenmekte, mesleki ve toplumsal işlevlerinde bozulmalar meydana gelmektedir. Bellek bozuklukları demansın ilk belirtilerindedir. Unutkanlık sorulara verilen cevaplarda duraklamalar şeklinde ılımlı düzeyde olabileceği gibi, hastanın ismini, işini, günlük olayları hatırlayamaması şeklinde ileri düzeylerde de olabilir. Yeni bilgilerin öğrenilmesinde yetersizlik ve geçmiştekilerin hatırlanmasında güçlük (uzun süreli anların kaybı) şeklindedir. Demansta en önde gelen diğer bir bozukluk ise hafıza kusurudur. Hastada yeni bilgileri öğrenme yeteneği bozulduğu gibi, eski bilgileri de unutmaya başlar. Yakın bellekten yavaş yavaş uzak belleğe doğru bir unutma sırası vardır. Kognitif bozukluğun yanı sıra hastada dikkat bozukluğu, dezoryantasyon, soyut düşünce bozukluğu, yargılama bozukluğu ve davranış bozuklukları görülebilir. Son olarak non-kognitif fonksiyon belirtileri olarak da hastalarda; çevreyi aşırı kontrol, şüphecilik, geçimsizlik, titizlik, paranoid davranışlar, persekütif sanrılar, halüsinasyonlar, diğer algılama bozuklukları, saldırganlık, huzursuzluk ve affekt bozukluklar görülebilir (Işık ve Tanrıdağ, 2009; Selekler, 2003).

Demans genel olarak erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. **Erken evrede;** hasta tarafından gizlenebilen ya da yönetilebilen dalgınlık ve unutkanlık ilk göze çarpan belirtidir. Daha sonra çevreye ve olaylara karşı umursamazlık, ilgisizlik, sosyal aktivitelere katılımda azalma, yeni bilgilerin öğrenilmesinde ve uyumda güçlük, yargılamada azalma, durgunluk ve konsantrasyon güçlüğü, ev ve iş yaşamını sürdürmede güçlük, unutkanlıkta artma ve akrabalarının ismini unutma gibi bozukluklar ön plandadır.

Orta evrede, konfüzyon, korkusuzluk, umursamazlık, eşyalarını kaybetme, kolay sinirlenme ve öfkelenme, eşyaları saklama ve biriktirme, basit hesapları yapmada güçlük, kuşkulanma, anlamsız dolaşma, tekrarlayan fiziksel hareketler, uyku bozuklukları özellikle geceleri uyanıp dolaşma, aşırı yemek yemek ya da tek tip beslenmek ve doyduğunun farkına varamama, sosyal ilişkilerde bozulma ve paranoid düşünceler, güvenliği sağlamada yetersizlik ve kaybolma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememek yer almaktadır.

İleri evrede; iletişimde bozulma, yemek yeme güçlüğü, hızlı ve belirgin kilo kaybı, idrar ve dışkı inkontinansı, emme, yakalama gibi ilkel reflekslerin ortaya çıkması, aile üyelerini tanıyamama ve yatağa bağımlılık gelişmektedir (Karadakovan, 2014b).

2.8. Demans Hastalığının Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Tedavisi

Günümüzde hastalığın nedenlerini ortadan kaldıran, ilerlemeyi yavaşlatan ya da durduran hiçbir farmakolojik tedavi (ilaç) mevcut değildir (AAA, 2016). İlaç tedavisi olarak kolinestraz inhibitörleri sıkça kullanılmaktadır. Dört grup kolinestraz inhibitörü vardır bunlar tacrine hidroklorid, donezepil, rivasitigmin tartarate ve galantamine hidrobromiddir. Kolinestraz inhibitörleri, beyindeki asetilkolinesterazı inhibe ederek asetilkolinin seviyesini artırırlar böylece sinirsel iletim artar. Kolinestraz inhibitörleri bilişsel işlev bozukluğunu kontrol altına almak ve düzelme sağlamak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetisini geliştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Davranışsal bulguların tedavisinde antipsikotikler, sedatifler, anksiyolitikler ve antidepresanlar kullanılmaktadır (AAA, 2016; Cummings ve ark., 2002; Karadakovan, 2014b).

2002- 2012 yılları arasında Alzheimer hastalığı ile ilgili yeni ilaç tedavisine yönelik 244 adet randomize kontrollü çalışma yapılmış (Cummings ve ark., 2014) , fakat bu ilaçların içinden sadece bir tanesi FDA tarafından onaylanmıştır. Demans tedavisi için son yıllarda ciddi çalışmalar yapılmıştır. Fakat çalışmalar yenilik sağlayamadığı, uzun süreli oldukları, pahalı klinik araştırmalar ve yetersiz planlanmış işlemler yüzünden yavaşlamıştır. İlaç geliştirme aşamasının çok uzun sürmesi ve maliyetinin çok fazla olması ve başarısız bir dizi araştırmanın sonucu olarak ilaç firmaları nörodejeneratif hastalıklara olan yatırımlarını azaltmaya başlamıştır. Dolayısıyla demans ile ilgili ilaç araştırması yatırımları da azalmıştır (WHO, 2015a).

Demans hastalığında nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ise; mevcut bilişsel işlevlerin korunması ve iyileştirilmesi, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla kullanılmaktadır. Depresyon, apati, amaçsız dolaşma, uyku bozuklukları, ajitasyon ve agresyon gibi hastalıktan kaynaklanan davranışsal bozuklukların tedavisinde nonfarmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (AAA, 2016). Nonfarmakolojik yaklaşımlar; bilişsel davranışsal oryantasyon yöntemleri (gerçeğe oryantasyon); duyuşsal uyarılma yöntemleri (akupunktur, aromaterapi, ışık terapi, masaj, dokunma terapisi, çoklu duyuşsal terapi ve TENS); davranışları yönetme yöntemi ve diğer psiko-sosyal teknikler (hayvan terapi ve egzersiz) olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır (O'Neil ve ark., 2011). Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinin de farmakolojik tedavi yöntemleri gibi henüz etkinliği tam olarak kanıtlanmamıştır. Geniş çaplı randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir (AAA, 2016).

2.10. Demans Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Süreci ve Yaşadıkları Güçlükler

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2014). Hemşirelik alanında bakım kavramının çok çeşitli tanımları bulunmakla birlikte Watson'a (1985) göre bakım verme (caring), hemşireliğin esasıdır ve hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır. Watson teorisin de hemşireliği bakım verme felsefesi ve bilimi olarak tanımlamaktadır. Bakım, sevgiyle bakma bilinci, değerler ve dürtülerden oluşmaktadır. Bakım veren kavramı ise hastalıkla baş eden ya da fiziksel bakım ile birlikte bireye yardımcı olan kişi olarak tanımlanmaktadır (Hunt, 2003). Bakım verenler genellikle formal ya da informal olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Formal bakım verme; evde ya da huzurevi gibi hizmet veren sağlık kurumlarında sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (Colello, 2007). İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme ise, bir aile üyesi, arkadaş, ya da komşu tarafından ücret alınmadan sağlanan yardım ya da destektir (Hunt, 2003; Colello, 2007).

İnfomal bakım vericiler bakım verdikleri bireyin günlük ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olmaktadır (Colello, 2007). Liretarürde informal bakım veren tanımına benzer bir tanım olan primer bakım veren tanımı da sıkça kullanılmaktadır. Birinci derece bakım veren (primer bakım veren) kişi bakımı üstlenmek konusunda birinci derece sorumluluk alan kişidir (Cheng, 2005). Primer bakım verenler genellikle aile üyeleridir (Özcan ve Kapucu 2009; Thompson ve ark., 2004). Ailelerin çoğu bakım rolünü olabildiğince sürdürerek hastasının kurum bakımı almasını önlemeye çalışmaktadır (Buckwalter ve ark., 2002). Ailedeki bakımı daha çok kadınlar (%72) üstlenmiştir. Kadın bakım verenlerin %43'ünü eşler, %29'unu ise kız çocukları oluşturmaktadır. Eşler ve kız çocukları bakımda günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde daha çok aktif rol almakta (Buckwalter ve ark., 2002) ve erkek bakım verenlere göre çok daha fazla yük yaşamaktadırlar (Akpınar ve ark., 2011). Bakım verenler duygusal açıdan güçlü, bakımda becerikli olan veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlenmektedirler (Kasuya 2000, Erdem, 2005).

Demans hastalığı gün geçtikçe ilerlediği için, bakım alan bireyin bakım gereksinimlerini arttırmaktadır. Demansı olan ve olmayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin ne kadarında desteğe ihtiyaç duydukları ile ilgili yapılan bir araştırmada; demans hastalığı olan yaşlı bireylerin %77 oranında desteğe ihtiyaç duydukları, demans hastalığı olmayan yaşlı bireylerin ise %20 oranında günlük yaşam aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Aynı çalışmada demans hastalığı olan yaşlı bireylerin yarısından fazlasının (%53) informal bakım vericilerden destek aldığı, demans hastalığı olmayan yaşlı bireylerin ise sadece %11'inin informal bakım vericilerinden destek aldığı bildirilmiştir (Kasper ve ark., 2015) .

Bakım verenler ev işleri, alışveriş, yemek yapmak, ulaşım, doktor kontrolleri, mali ve hukuki işleri yönetmek, hastaya ilaçlarını hatırlatmak ya da tedaviyi yönetmek gibi hastanın kendisinin yapamadığı günlük yaşam aktivitelerini üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Bakım verenler bakım verdikleri bireyde demansın yanı sıra diğer ek sağlık sorunlarını da yönetmek zorundadırlar. Ayrıca hastalıktan kaynaklanan, agresif davranışlar, amaçsız dolaşma, depresyon, ajitasyon, anksiyete, tekrarlayan hareketler ve uyku bozukluklarını da yönetmeleri gerekmektedir (AAA, 2016). Tüm bu bakım sorumlulukları bakım verenleri biyo-psiko-sosyo- ekonomik açıdan olumsuz etkilemektedir. Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerin, diğer türlerdeki hastalıklara bakım veren bireylere kıyasla iki kat daha fazla finansal, duygusal ve fiziksel yük yaşadıkları bildirilmektedir (Kasper ve ark., 2015).

Bakım verme süreci bireylerin stres düzeyinin artmasına, zorlanma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, yük gibi psikolojik sorunların yaşanmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (Duffy, 2005; Gubrium, 2002). Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerde %40 oranında depresyon görülürken, demans dışında başka bir hastalık türüne bakım verenlerde %5 ila %17 sıklıkta depresyon görülmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2006; Schulz ve ark., 1995; Mausbach ve ark., 2013). Demans hastalığı olan bireyin bilişsel yetersizliği arttıkça ve hastalığı ilerledikçe bakım verenlerde görülen depresyon görülme sıklığı da artmaktadır (Seeher ve ark., 2013).

Bu süreçte sadece psikososyal sorunlar değil fiziksel sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Demans hastalığı olan bireylere bakım veren bireylerin fiziksel sağlık koşullarında da düşüşler olduğu bildirilmektedir. Özellikle bakım verme sürecinde yaşanan yoğun stres ve bakım veren yükü bireylerin hastalıklara ve komplikasyonlara daha yatkın olmasına neden olmaktadır (Fonareva ve Oken, 2014). Bakım veren stresinin sağlık üzerine etkilerini

inceleyen bir araştırmaya göre; bakım verenler anksiyete ve depresyon dışında diyabet, ülser, anemi, hipertansiyon, uyku düzensizliği bağışıklık sisteminde gerileme, kilo kaybı, baş ağrısı, alkol, sigara ve psikotrop ilaç kullanımında artış gibi sağlık sorunları yaşamaktadır (Parks ve Novielli, 2000). Yapılan bir diğer çalışmada ise; demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerde uyku bozukluklarının görüldüğü ve bu durumun çeşitli hastalıklara neden olduğu bildirilmiştir (Peng ve Chang, 2012). Fiziksel sağlık ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da, demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım vermeyenlere kıyasla kardiyovasküler risk faktörleri ve böbrek fonksiyonlarında bozulma riski açısından daha fazla risk taşıdıkları gösterilmiştir (Roepke ve ark., 2012; Gouin ve ark., 2012; Von Kanel ve ark., 2012). Yine diğer türlerdeki hastalıklara bakım veren bireylerle kıyaslandığında demans hastalığı olan bireye bakım verenlerde psikolojik değişikliklere bağlı olarak yüksek düzeyde stres hormonunun salgılanması (Von Kanel ve ark., 2006), bağışıklık sisteminin zayıflaması (Kiecolt-Glaser ve ark., 1991), yara iyileşmesinin gecikmesi (Kiecolt-Glaser ve ark., 1995), hipertansiyon görülme sıklığının artması (Shaw ve ark., 1999), koroner kalp hastalıklarına yatkınlık (Vitaliano ve ark., 2002) ve damar yapısının bozulması (Mausbach ve ark., 2010) görülmektedir. Ayrıca bakım veren yükü yaşayan bireylerde bağımsız bir risk faktörü olarak ölüm sıklığında (%63) artış olduğu da bildirilmiştir (Schulz ve Beach 1999).

Akyar ve Akdemir'in (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile ilgili yaptıkları çalışma sonuçlarına göre; bakım verenlerin %64'ü bakım verme nedeniyle aile içinde güçlük yaşamakta, güçlük yaşayanların %40,6'sı bakımda destek alamama, %34,4'ü psikolojik, %18,8'i ekonomik güçlük yaşamakta olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada bakım verenlerin %90'ının günlük yaşamı etkilenirken, hastası ileri evrede olan bakım verenlerin %83,3'ü bakımda sorun yaşamaktadır.

2.11. Bakım Veren Yükü Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre yük kelimesi birisinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev, tedirginlik veren şey, engel olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2014). Bu konu ile ilgili literatürde “yük” “bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (Küçükgüçlü ve ark., 2009). Bakım veren yükü ise; hasta bireyin bakımını stres olarak algılama ve bakım verenin durumu olumsuz değerlendirmesinden doğan çok boyutlu bir tepki olarak tanımlanmıştır. Bakım veren yükü

bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, duygusal ve fonksiyonel sağlığını tehdit etmektedir (Zarit ve ark. 1980). Bakım veren yüküne zemin hazırlayan çok boyutlu faktörlerin incelendiği bir çalışmada (n: 302), bakım veren yükünü açıklayan en önemli yordayıcının hastalıkla ilişkili faktörler olduğu (%16), ikinci sırada bakım verenin sosyo-demografik özelliklerinin ve evde bakım ile ilgili faktörlerin geldiği saptanmıştır. Önemli bireysel hazırlayıcı faktörler şu şekildedir; günlük yaşam aktivitelerinde ya da enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, bakım verenin bakım verme süresi, başa çıkma stratejilerinin kullanılması, aynı yerde yaşama, eş durumunda olma ve bakım verenin cinsiyetidir (Kim ve ark. 2012).

Bakım veren yükü çok boyutlu algılan bir durumdur. Bakım veren yükünün alt boyutlarını; bakım verenin zamanının kısıtlı olmasından kaynaklanan zaman bağımlılık yükü, bakım veren kişilerin yaşamlarında akrabaları ile olması gereken yerde olmadığı duygusundan kaynaklanan gelişimsel yük, bakım verenin kronik yorgunluk ve fiziksel sağlığında bozulma duygularını tanımlayan fiziksel yük, bakım verenlerin iş ya da aile yaşamındaki rolleriyle ilgili sorunları tanımlayan sosyal yük ve bakım verenlerin bakım verdiği kişiye karşı negatif duygularını tanımlayan duygusal yük oluşturmaktadır (Novak ve Guest, 1992; Küçükğüçlü ve ark., 2009).

2.12. Bakım Verenlerde Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

1980'lerde hemşirelik dayanıklılık kavramını keşfetmeye başlamış ve hemşirelik araştırmalarında kullanmaya başlamıştır (Lee, 1983). Dayanıklılık kavramı ilk olarak hemşirelik mesleğinin stresli doğası ile dayanıklılık kavramının ilişkisini keşfetmek (Keane, Ducette, ve Adler, 1985) ve tükenmişlik sendromunu anlamak için kullanılmıştır (Duquette ve ark., 1994).

Psikolojik dayanıklılık; oldukça zor koşullara rağmen, kişinin bu olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bir yetenek ve psikolojik bir nitelik olarak tanımlanmakla birlikte psikolojik dayanıklılığın, sağlıklı gelişimin sürdürülmesine katkıda bulunma, olumsuz bir durumla karşılaşıldığında o durumla mücadele edebilme gibi özellikleri de vardır (Masten ve Coatsworth, 1998). Psikolojik dayanıklılık bireylerin stres karşısında etkilenmeyeceği anlamını taşımaz, daha çok negatif durumdan kurtulma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Cowan ve ark., 1996). Psikolojik dayanıklılığın bileşenleri biyolojik açıdan incelendiğinde; psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu, fiziksel sağlık

düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerde ve kadın cinsiyette psikolojik dayanıklılık düzeyi daha yüksektir. Psikolojik dayanıklılığın ana psikolojik faktörlerini ise; düşük yük, stres, duygusal dengesizlik (nevrotiklik) ve kontrol algısı oluşturmaktadır. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörlerden sosyal desteğin ise, stresin neden olduğu fiziksel ve mental aşırı yüklenmeyi tamponlayarak etki ettiği saptanmıştır (Dias ve ark., 2015).

Dayanıklılık kavramıyla ilgili yapılan deneysel çalışmalarla hemşireler büyük ve önemli bulgular keşfetmiştir (Jennings ve Stagers, 1994). Pollock (1986) kronik hastalığa sahip yetişkinlerde dayanıklılık kavramını incelenmiş ve kronik hastalığa uyum aşamasında dayanıklılığın doğrudan ve dolaylı etkilerinin olduğunu belirlemiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde dayanıklılık ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada depresyon ve dayanıklılık arasında negatif bir ilişki ($r = .40$, $p < .001$) bulunmuştur (Cataldo, 1993). Carson ve Green (1992) AIDS olan hastalarda yaptıkları çalışmalarında ise ruhsal iyilik hali ve dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki ($r = .247$, $p < .05$) olduğunu göstermiştir. Nicholas (1993) dayanıklılığı yüksek yaşlılarda ($r = .68$, $p < .001$) sağlık durumunun da daha yüksek algılandığını gözlemlemiştir. Yapılan araştırmalar hastalıkların yönetilmesinde dayanıklılık kavramının kullanılması gerektiğini göstermektedir.

Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bu kadar zorluğa rağmen pozitif duygular yaşamasının psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Wilks ve ark., 2011; Garces ve ark., 2012; Gaiole ve ark., 2012; Dias ve ark., 2015). Bakım verenlerin yaşadığı olumsuz deneyimleri engellemek ya da var olan sorunları çözmelerini kolaylaştırmak için sorunlara karşı onların psikolojik dayanıklılığının artırılması gerekmektedir.

Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerde psikolojik dayanıklılığın biyolojik ve psikolojik belirleyicilerinin incelendiği bir sistematik derlemede dayanıklılık; sıkıntılı zamanlara karşı pozitif adaptasyon, esneklik, psikolojik iyilik hali, sağlamlık, sağlıklı yaşam, yük, sosyal ağ ve sosyal destekten memnun olma ifadeleri ile tanımlanmıştır. Demansta psikolojik dayanıklılığın tanımı ile ilgili henüz bir konsensüs yoktur (Dias ve ark., 2015).

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yapılan çalışmalarda, psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek bireylerin, karşılaştıkları yoksulluk, şiddet, hastalık ve daha pek çok stresli yaşam olayıyla, daha başarılı bir biçimde mücadele ettikleri saptanmıştır. Bu bireylerin, aynı zamanda etkili problem çözme yeteneği ve etkili kişiler arası iletişim becerileri gibi olumlu

özelliklere sahip oldukları vurgulanmıştır. Benzer olumsuz olaylar yaşayıp da başarısız olmuş bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin geliştirilerek, karşılaştıkları sorunların üstesinden daha kolay gelecekları ya da bu streslerden en az zararlı kurtulabilecekleri çalışmalarla ortaya konmuştur (Öz ve Bahadır-Yılmaz, 2009).

2.13. Demans Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlere Uygulanacak Kanıta Dayalı Hemşirelik Girişimleri

Hastalık tanısı alınır alınmaz demans hastalığı olan bireyin ve ailesinin desteklenmesi gerekmektedir. Hastalığın her aşamasında bakım verenlerin farklı gereksinimleri ve beklentileri olmaktadır. Hastalığın erken evresinde bakım verenler daha çok bilgi eksikliğini gidermeye çalışırken, hastalık ilerledikçe artan sorumluluklar ve sorunlar bakım verenlerin daha çok desteğe ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bakımda zorlanmaya başlayan bakım verenler kendilerine destek olması için destek grupları ve gündüz bakım evleri gibi çözümler bulmaya çalışmaktadırlar. Hastalığın son evrelerinde ise evde ücretli bakıcı, huzurevi ya da destek yaşam merkezleri gibi çözümlere yönelmektedirler. Bakım verenlere uygulanan girişimler genellikle bakımın ortaya çıkardığı olumsuz durumları gidermeye ya da bakım verenin ve hastanın refahını arttırmaya ve sağlık durumunu korumaya odaklanmıştır. Bazı girişimler ise hastanın huzurevine kabulünü geciktirmeyi hedeflemektedir. Girişimlerin içerisinde yer alan bazı özel teknikler sayesinde bakım verenin eğitim gereksinimleri karşılanmakta, demans hastalığına özgü gelişen bazı semptomların yönetilmesine yardım edilmekte, bakım verenlerin sosyal olarak desteklenmesi sağlanmaktadır (AAA, 2016).

Yapılan meta analizler ve kanıta dayalı rehberlerde; aile danışmanlığı, vaka yönetimi, psiko-eğitimsel danışmanlık, destek grup toplantıları, bakım verenin dinlendirilmesi, psiko-teröpatik yaklaşımlar ve çok bileşenli (multikomponent) yaklaşımlar başlığı altında girişimler sıralanmaktadır (Pinguart ve Sörensen, 2006; Joanna Briggs Institute, 2010).

Bu girişimlere ek olarak daha geniş çapta bakım verene ulaşımı sağlamak amacıyla teknolojinin kullanımı (örneğin; video konferans, görüntülü konuşma, online eğitimler) (Boots ve ark., 2015; Czaja ve ark., 2013), yaşamı yeniden gözden geçirme, yoga, telefon destek grupları ve bakıcı desteğinin sağlanması gibi yöntemler de mevcuttur (Sörensen ve ark., 2006).

Aile danışmanlığı ve vaka yönetimi girişiminin amacı; bakıma yönelik pratik tavsiye ve bilgileri vermek ve bakım verenleri yararlı olabilecek dernek ve organizasyonlara

yönlendirmektir (Roberts ve ark., 1999). Bu girişimlerin bireylerin mevcut davranışlarını ve inançlarını değiştirmek gibi bir amacı yoktur (Sörensen ve ark., 2006).

Psikoterapi girişimi, bireysel ya da grup tabanlı yapılabilen, çok yaygın ve faydalı olduğu birçok çalışma tarafından kanıtlanmış psikodinamik bir tekniktir. Bilişsel- davranışsal terapi, bakım verenlerin faydası olmayan inanç ve davranışlarının tanımlanması ve değiştirilmesi üzerine odaklanmıştır, aynı zamanda bakım verme sürecinde yaşanan olumsuz duygular ve tükenmişlik ile başa çıkabilmek için yeni davranışların geliştirilmesini sağlamaktadır (McCurry ve ark., 1998).

Psikoeğitim girişimi, demans hakkında beklenen bakım sorunlarına yönelik bilgileri, stres yönetimini ve hastaların davranışlarını yönetmek için bazı teknikleri içermektedir. Bu yöntemde rol playing ve aktif öğrenme teknikleri kullanılmaktadır (Bourgeois ve ark., 2002).

Destek grup girişimi, kişisel duygu ve endişeleri paylaşmak, karşılıklı olarak birbirini cesaretlendirmek ve sosyal izolasyon duygusunun üstesinden gelmek için fırsat sağlamaktadır (Gonyea ve Silverstein, 1991). Bu oturumlara tıbbi, hukuki ve diğer konularda bilgi sağlamak için ara ara uzmanlar davet edilebilmektedir (Sörensen ve ark., 2006).

Bakım verenin dinlendirilmesi girişimi, gündüz bakım evleri, evde geçici bir bakıcının sağlanması ya da kısa süreli kurum bakımının sağlanması (acil durumlar yada tatilde) ile bakım verenin bir süre dinlendirilmesine verilen isimdir (Gottlieb ve Johnson, 2000; Sörensen ve ark., 2006).

Multikomponent girişimler ise, eğitim, destek ve bakım verenin dinlendirilmesi gibi farklı girişimlerin bir arada uygulandığı bir yöntemdir (Droes ve ark., 2004).

Bakım verilere uygulanan girişimleri inceleyen bir çalışmada yedi meta analiz ve randomize kontrollü çalışmaların incelendiği 17 sistematik derleme makale değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre girişimlerin daha etkili olabilmesi için; tüm girişimlerde bakım verenlerin aktif katılımının sağlanması, bakım verenlerin değişen ihtiyaçlarını karşılamak için hastalık süresince girişimlerin esnek ve yeniden tasarlanabilir olması ve sadece bakım verenlerin değil bakım alan bireylerin de ihtiyaçlarının karşılanması önerilmiştir (Gitlin ve Hodgson, 2015).

2.14. Demans Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlere Uygulanan Destek Grup Girişimi

Dünyada demans sıklığı arttıkça bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerde önemli hale gelmiştir. Bakım verenlerin bakım sürecinde yaşayabilecekleri olumsuz durum ve duygularla baş etmek için çok sayıda girişim planlanmıştır. Bunlardan bir tanesi de sosyal destektir. Yapılan çok sayıda araştırma sosyal destek girişimlerinin bakım yükünü azalttığı, yeni demans insidansına karşı koruduğu, sosyal izolasyon ve yalnızlığı önlediği ve sosyal entegrasyon sağladığı yönündedir (Han ve ark., 2014; Kuiper ve ark., 2015; Thompson ve ark., 1993; Lilly ve ark., 2003).

Dam ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemeye göre sosyal destek girişimleri dört gruba ayrılmıştır. Bunlar; akran ve arkadaş desteği, aile desteği ve sosyal ağ müdahaleleri, destek gruplar, internet ve telefon ile uzaktan yapılan müdahaleler şeklindedir. Bu çalışmada çok bileşenli sosyal destek girişimlerinin bakım vermenin olumsuz etkilerini daha olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Dam ve ark., 2016). Sosyal destek girişimlerinden bir tanesi olan destek gruplar bireylerin, kişisel duygu ve endişelerini paylaşabildikleri, karşılıklı olarak birbirlerini cesaretlendirebildikleri, sosyal izolasyon duygusunun üstesinden gelmek için fırsat yakalayabildikleri, diğer bireyler tarafından kabul edildikleri bir etkileşim ortamı sağlamaktadır (Gonyea ve Silverstein, 1991; Tuncay 2010). Ayrıca destek gruplar bireylerin bir araya gelmesine, bilişsel, duygusal ve psikolojik boyutlarda yakın bir bağlantı kurmalarına ve güvenli bir çevre kurmasına da hizmet etmektedir (Tuncay 2010).

Destek grup oluşturulurken dikkat edilmesi gereken belli başlı kurallar vardır. Bunlardan en önemlisi katılımcıların kendilerini açık ve rahat bir biçimde ifade edebilecekleri güvenli bir ortamın sağlanmasıdır. Her grup oturumunun yaklaşık bir, bir buçuk saat sürmesi, ortalama 6 ila 20 arasında katılımcının olması gerekmektedir. Bununla birlikte, grubun yapısı “açık” ya da “kapalı” olabilir. Açık grupta katılımcı profili süreç içinde gruptan ayrılan ve gruba yeni katılan üyelerle değişim gösterebilmekte ama tutarlı bir sayı korunmaktadır. Açık gruplar bu özelliğiyle dinamik ve değişkendir. Sürece yeni katılan üyeler grubun diğer üyelerine farklı bakış açıları sunarlar. Kapalı gruplar, zaman açısından süreli ya da sürekli işleyen bir yapıda olabilirler (Tuncay, 2010).

Grup liderinin üyelerin özelliklerini ve gereksinimlerini doğru biçimde fark edebilmesi için duyarlı, esnek ve doğal olması önemlidir. Ayrıca liderin, grup uyumunu sağlamada, doğru ve tutarlı bilgi aktarımı yapmada, grubun gizliliğini temin etmede, üyeler arasında

doğal ve açık iletişimin yanı sıra içtenliği kurmada etkili olması temel beklentilerdir. Destek gruplarının uygulamasında hekimler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, ruh sağlığı uzmanları ve hemşireler rol almaktadır. Ayrıca lider dışında bireylerin gereksinimlerine göre bu oturumlara tıbbi, hukuki ve diğer konularda bilgi sağlamak için ara ara uzmanlar davet edilebilmektedir (Sörensen ve ark., 2006; Tuncay, 2010).

 çeşit destek grup şekli vardır. Bunlar; destekleyici grup terapisi, bilişsel davranışsal model ve psiko eğitimsel yaklaşımdır. Destekleyici grup terapisi olarak adlandırılan modelde, duyguların aktarılması ve varoluşsal meydan okumalarla yüzleşilmesi için üyelere karşılıklı destek sağlar. Bu da katılanların baş etme becerilerini artırır. İkincisi bilişsel davranışsal model olup, belirli baş etme becerilerini kazanmaları için üyelerin davranışlarını ve/veya algılarını yeniden düzenleyen uygulamaları içerir. ncs ise, hasta eğitimi ya da psiko-eğitim olarak adlandırılan model olup, tıbbi ve diğer sağlık sorumlulukları ve davranışlarıyla ilgili bilgilerin sağlanmasını içermektedir (Tuncay, 2010).

Destek grupların yararları; birbirleri ile bilgi alış verişi yapmalarına, birbirleriyle etkileşimde bulunarak duruma uyum sağlamalarına, bireylerin sorunlarla yüzleşmesi ve baş etmeye yönelik nerileri aramalarına, duyguları ifade edebilme ortamının sağlanmasına, bireylerin aileleriyle etkili iletişim kurabilmesine, bireylerin kendilerine ve başkalarına yardım etme becerilerinin gelişmesine fırsat sağlamaktadır. Destek grubun dezavantajları ise; içinde bulunduğu durumdan utanç duyma, zayıf ya da yetersiz bir kişi gibi görünme korkusu, gruba aşırı bağımlı olma, gruba katılma konusundaki yükümlülüğün baskı yaratması ve grup yeleri tarafından potansiyel olarak reddedilme kaygısı olabilir. Ayrıca, kendileri hakkında öznel, hatta mahrem bilgileri grupta açığa çıkaran üyeler bunun karşılığında yeterli desteği ve rahatlamayı temin edemediklerinde de mağdur olabilirler (Tuncay, 2010).

Destek grup girişimleri kesin olarak bakım veren yükünü ve depresyonu azaltmasa da yaşam kalitesini arttırmakta, sübjektif iyilik halini sağlamakta, bakım verenlerin stresinin artmasını engelleyerek olası depresyonu önlemekte etkili bir yöntemdir. Destek grup toplantıları demans ile ilgili derneklerde, dini organizasyonlarda ve st düzey merkezlerde sağlanabilmektedir. Bu gruplar sayesinde, bireylerin sosyal izolasyonu azaltılmakta ya da önlenmekte, olası sıkıntıları azaltılmakta ve iyilik halleri arttırılmaktadır (Roth ve ark., 2005).

Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlere uygulanan destek grup girişimini inceleyen bir meta-analize göre destek grup girişimi; bakım verenlerin psikolojik iyilik halini ve sosyal kazanımlarını olumlu yönde etkilemekte, depresyonu ve yükü azaltmaktadır. Aynı

çalışmada teorik modellerin kullanılmasının, grup oturumlarının yoğun ve daha uzun süre yapılmasının psikolojik iyilik halini ve depresyonu doğrudan etkilediği belirtilmiştir (Chien ve ark., 2011).

Bakım verenlerle ilgili yapılan deneysel bir araştırmada ise, girişim grubundaki bakım verenlere üç ay boyunca ayda iki defa ve iki saat süresince destek grup ve psiko-eğitimsel müdahale yapılmış, kontrol grubuna ise rutin bakım verilmiştir. Sonuç olarak girişim grubunda bakım veren yükünde azalma saptanırken, kontrol grubunda bakım veren yükünde artış olduğu saptanmıştır. Destek grup ve psiko-eğitim grupları, aileler için temel kaynaktır ve hastalığın her aşamasında kendi sağlıklarının bir parçası olmalıdır (Pinna ve ark., 2012). Destek grup girişimine yönelik yapılan çok sayıdaki araştırma göstermiştir ki katılımcılar bilgi ve tecrübelerini paylaşmada özenli ve destekleyici olduklarında; bireyler üzerindeki baskı ve yükün ortadan kalkmasına yardımcı olunmakta, depresif belirtiler azaltılabilmekte, öfke duygusu azaltılabilmekte, baş etme becerileri kazanılmakta, olumlu sağlık davranışları sürdürülmekte, yaşam kalitesi arttırılmakta, sosyal destek ve memnuniyet düzeyi arttırılabilmektedir (Ostwald ve ark., 1999; Coon ve ark., 2003; Stern ve ark., 2008; Chien ve Lee, 2008; Roth ve ark., 2005).

2.15. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Watson İnsan Bakım Teorisi

İnsan Bakım Teorisi, Jean Watson tarafından 1975–1979 yılları arasında geliştirilmiştir (Watson, 1989). Fawcett (2006)'e göre İnsan Bakım Teorisi orta düzey açıklayıcı bir kuramdır. Teoride hemşireliğin dört paradigması şu şekilde açıklanmıştır; *İnsan*; zihin- beden- ruhtan oluşan özgün ve biricik bir varlıktır. Ne tamamen ruhsal ne de tamamen nesnelidir (Cara, 2003; Jesse, 2006).

Sağlık; öznel bir deneyim ve hastalığın olmamasıdır. Watson hastalığı ise zihin- beden- ruh arasındaki dengenin bozulması olarak tanımlamıştır (Cara, 2003).

Çevre; iyileştiren, fiziksel, duygusal ve manevi anlamda huzurlu ve konforlu bir yer olarak tanımlamıştır (Cara, 2003).

Hemşirelik; insan bilimidir. Hemşirenin görevi bireylerin sağlık ve hastalık deneyimleri arasındaki dengeyi sağlamak ve zihin beden ruh içindeki uyumunu daha yüksek seviyeye getirmektir (Watson, 1989; Cara, 2003; Fawcett, 2006).

Teori, transpersonel bakım ilişkisi, bakım anı, bakım-iyileştirme bilinci ve iyileştirme süreçleri olmak üzere dört temel kavramdan oluşmaktadır.

Transpersonel Bakım İlişki: Transpersonel ilişki; hemşire ve bireyin birbirlerine ulaştığı andır. Bu anda zaman, mekan ve fiziksel boyutlar aşılar ve her iki bireyi de etkileyen bir süreç meydana gelir. Bireyin zihin-beden-ruhu hemşireyi etkilerken aynı anda hemşire de bireyin zihin-beden-ruhunu etkiler. Transpersonel bakım ilişki ise birey ve hemşire arasında bilimsel, etik, estetik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş alma verme davranışları ve tepkileridir. Bu etkileşimde hemşire duyarlı, uyumlu, saygılı, empati yaparak, içten, samimi ve etik duygular ile bireye yaklaşır ve bakım ilişkisini gerçekleştirir (Watson, 2005; Watson, 2008; Durgun-Ozan ve Okumuş, 2013; Lukose, 2011).

Bakım Anı: Hemşire ve bireyin bakım için bir araya geldiği andır. Diğer bir tanım ile kişiler arası etkileşimin gerçekleşeceği andır. Bakım anında bakım alan ve bakım veren arasında insan insana iletişim ve etkileşim gerçekleşmektedir. (Watson, 1999; Jesse, 2006; Durgun-Ozan ve Okumuş, 2013).

Bakım ve İyileştirme Bilinci: Hemşireliğin özünde bakım ve iyileştirme bilinci vardır. Bakım iyileştirme bilinci; bakım-iyileştirme-sevgi kavramlarını içermektedir. Watson bu kavramda bakım iyileştirme bilincinin sevgi ile kazanılabileceğini ve hemşirenin sevgi ile yaklaştığında bireyi iyileştireceğini vurgulamıştır (Bernick, 2004; Lukose, 2011). Bakım ve iyileştirme süreci bakım anında iyileştirme bilinciyle yaklaşıldığında gerçekleşmektedir (Watson, 2005).

İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri: Watson iyileştirme süreçlerini hemşireliğin özü olarak tanımlamaktadır. İyileştirme süreçleri doğru bir şekilde uygulandığında hemşirenin iyileştirici faktör olduğunu ve bireyin bütünü (zihin-beden-ruh) iyileştirildiğini belirtmektedir (Lukose 2011; Watson 2009; Watson 2008). İyileştirme süreçleri, hemşirelik için bir rehberdir. Bu süreçler, tıbbın tedavi edici yönüne karşın, hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönünün ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Watson, 2005). İyileştirme sürecinin 10 faktörü vardır (Bernick, 2004; Watson, 1999). Bu süreçler aşağıda sırası ile açıklanacaktır; *1-İnsancıl-özverili değerler sistemi;* İnsancılık; inanç, kültür ve sanat ile gelişir. İnsancıl değerler, kendisi ve başkaları için nezaketli olmayı, empati yapabilmeyi, endişelenmeyi ve sevmeyi içerir. Bireyin diğer insanlarla olan ilişkileri, inançları ve bağlılıkları “özverili değerler sistemini” geliştirir (Watson, 2007). Bu faktör insancılık, özveri gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye sevgiyle ve şefkatle yaklaşma temellerine dayanmaktadır (WCSI, 2010). İnsancıl duygular ve özverili yaklaşım insan gereksinimlerini ve profesyonel

bakımı sağlamak için gerekli olan en temel iyileştirme faktörüdür (Watson, 2007). Hemşire bireye yaklaşırken pozitif, neşeli, açık, hoşgörülü, merhametli ve sevgi dolu olmalıdır. Bireye nazikçe ve kalpten gelen bir sevgi ile yaklaşmalıdır (Halldorsdottir, 2008).

2-İnanç ve umudu aşılama; Bu faktöre göre bireyin inançlarının cesaretlendirilmesi, onurlandırılması ve saygı duyulması, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir etkidir. Bireyin sağlık durumu ve tıbbi tedavi rejimi ne olursa olsun hemşire bireyin inanç ve umudunu beslemelidir (Watson, 2007).

3-Kendisine ve başkalarına duyarlı olmak; İnsan olmak hissetmektir. İnsanlar düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilirken duygularını ifade edememektedir. Kişinin kendisine ve başkalarına duyarlılığını geliştirmesinin yolu, başkalarının duygularını tanımaya çalışması ve hissetmesidir. Duyarlılık kişinin kendi psikolojik büyümesini ve kendini kabulünü sağlar. Hemşire bireylerin duygularına karşı duyarlı olarak kendisini gerçekleştirir ve geliştirir. İnsanlara karşı duyarlı olan hemşireler bireylerin dünyaya bakış açılarını öğrenmeye çalışır ve onların daha iyi olması için çabalar (Watson, 2007).

4-Yardım edici- güven verici bakım ilişkisini geliştirmek; İnsan bakım ilişkisi içerisinde hemşire bireyin deneyimlerinin içine girerken bireyde hemşirenin deneyimlerinin içine girer. Her iki bireyde birbiriyle fiziksel alanın ötesinde bir alanı paylaşır. Hemşire ve birey birbirlerinin manevi alanı ile bağlantı kurar ve bu bağlantı sayesinde insan onuru korunur ve iki birey birbirine yardım eder. Hemşire bu etkileşimde birey ile otantik (doğal, samimi, güvenilir ve sevgi dolu) bir ilişki kurarak yardım edici- güven verici bakımı sağlayabilir (Watson, 2007).

5-Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi ve kabulü; Düşünceler, davranışlar ve deneyimlerden sonra his ve duyguların, insan bakım sürecinde dikkate alınması ve açıklanması gerekmektedir. Hemşire bu iyileştirici faktörü kullanarak daha derin, daha dürüst ve otantik bir bakım ilişkisi kurabilir. Bir başkasının duygusunu dinlemek ve onun hikâyesine değer vermek o kişinin iyileşmesi ve anlam bulması için önemlidir. Hemşire sadece dinleyerek bile karşısındaki bireyin iyileşmesini sağlayabilir (Watson, 2007).

6-Yaratıcı, bireysel problem çözme süreci; Profesyonel hemşire bakıma karar vermek için yaratıcı problem çözme yöntemlerini hemşirelik süreci içinde kullanmaktadır. Hemşireler bu yaratıcı yaklaşımları klinik bakımda oluşturur ve uygular. Bu süreçte hemşire kendisinin ve bireylerin bilgi, sezgi, içgüdü, estetik, teknoloji, beceri, deneysel, etik ve kişisel yönlerini

kullanır. Bakım için tüm bilgiler değerlidir ve klinik bakım için gereklidir. Bu iyileştirme süreci yaratıcı, sistematik ve mantıklı olmayı gerektirir (Watson, 2007).

7-Transpersonel öğretim ve öğrenme; Bu faktörde hemşirenin eğitim- öğretim rolünü gerçekleştirirken birey ve hemşire arasında kurulan otantik bir ilişkinin öğrenmeyi kolaylaştıracağı vurgulanmaktadır. Tüm öğrenme ve öğretim süreçleri bakım ilişkisi içinde gerçekleşir. Hemşire bireyden aldığı bilgiler doğrultusunda bireye özgü bakım planı yapmalı ve otantik bir öğretim- öğrenme ortamı içinde eğitim vermelidir (Watson, 2007).

8-İyileştirme çevresinin oluşturulması; Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre oluşturmayı içermektedir. Böyle bir çevre oluşturmanın amacı kaliteli bakım ve iyileştirme bütünlüğünü sağlamaktır. Konfor, gizlilik, güvenlik, temizlik ve estetik bu çevrenin sahip olması gereken özelliklerdir. Hemşire çevreyi yeniden düzenlerken; iyileşmeyi sağlayan, uyumlu, iyileştirici çevrenin yaratıldığı (örneğin hayal etme, görselleştirme, dinleme, müzik- sesi kullanma, bilinçli dokunma ve sanat) bir ortam hazırlamalıdır (Watson, 2007).

9-İnsan onurunu ve bütünlüğünü koruyan temel insan gereksinimlerini sağlama; Bu iyileştirme faktörü temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olmayı içermektedir. Bireyler fiziksel ihtiyaçları olduğunda hemşirelerin onlara kolayca ulaşmasına izin verir. Hemşire bireye yardımcı olurken sadece fiziksel ihtiyaçlarını gidermez aynı zamanda bireyin ruhuna da dokunur ve iyileştirir (Watson, 2007).

10-Bakım ve iyileşme için fenomenolojik-varoluşsal ve manevi boyutlara açık olmak; Bilimin açıklayamadığı fakat gerçekleşen bazı fenomenolojik durumlar vardır. Bu olayların nasıl gerçekleştiği bilinmemekle beraber insan üzerine etkileri fark edilebilir. Bu faktör insan deneyimlerini, manevi anlamları, mucizeleri, kültürel inançları, hemşire ve ailelerin iç öznel dünyalarını anlatır (Watson, 2007).

2.16. Demans Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakımında Watson İnsan Bakım Teorisi'nin Kullanımı

Bakım verenler baş etmekte zorlanabilecekleri pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar bakım verenlerin olumsuz duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Bakım verme sürecin ortaya çıkardığı fiziksel ve duygusal yükler, bireylerin olaylar karşısındaki dayanıklılıklarını zorlamakta ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Bakım sürecinde bireylerin desteklenmesi, dayanıklılıklarının artırılması ve süreci olumlu

algılamaları sağlanmalıdır. Bu zorlu süreçte hemşireler bakım verenlerin biyo-psiko-sosyal sağlığını korur ve geliştirir.

Hemşire bakım veren ile bulunduğu her anı fırsata çevirmelidir. Bakım veren ve hemşire arasında, paylaşımın gerçekleştiği bir etkileşim alanının oluşabilmesi için, hemşire bireye bakım hakkında destek sağlarken onun deneyimlerini dikkat ve ilgi ile dinler. Bu etkileşim ortamı içinde hemşire bakım verene bakım verirken aynı zamanda onun deneyimlerinden, duygularından, yaşantılarından ve kültürlerinden de etkilenmekte ve bu süreçte hemşire de öğrenmektedir.

Watson bakım ve iyileşme sürecinde birey ve hemşire arasındaki sevginin çok önemli olduğunu belirtmektedir (Watson, 2008). Bakımı ve iyileştirme bilincini gerçekleştirmek için hemşire bakım verene sevgi ve şefkat ile yaklaşmalıdır çünkü iyileştirme bilincini bakım verdiği bireye bu şekilde iletebilmektedir (Lukose, 2011). Bu süreçte hem hemşire hem de bakım verdiği birey gelişir ve olgunlaşır. Hemşire bakım verenin bakımını iyileştirme bilinci ile sürdürdüğünde aile bütünlüğü içerisinde sevgi, sevilme, şefkat, affetme ve saygı gerçekleşir. Böylece bakım ve iyileşme bilinci hem bakım verene hem de bakım verenin bakımını sürdürdüğü demans hastalığı olan bireye ve ailenin diğer üyelerine yansıtılır. Hemşire sevgi ve şefkat ile yaklaşarak bakım verenin benlik saygısını arttırabilir. Bakım verenin benlik saygısı arttıkça bakım verme performansı da artar ve bu durumda bakım veren memnuniyet ve güven hisseder (Hunt, 2003).

Hemşire bakım verenin eşsizliğini ve onu olduğu gibi kabul etmesi gerektiğini bilir. Bakım verenin yetenek ve becerilerini onurlandırırken onun hassas yönlerini fark eder. Bakım verene kendisi hakkındaki konularda konuşmak için en iyi zamanı seçmesine izin verir. Hemşire bakım veren ile sakin, dingin bir şekilde konuşur ve tüm dikkatini görüşmeye verir. Bakım verenin vermek istediği mesajı anlaması ve bireye yardımcı olabilmesi için hemşirenin yargılayıcı olmadan, saygılı, şefkatli ve empati yaparak dinlemesi gerekmektedir (Sheila, 2010).

Hemşire bakım verenin her zaman kendisine ulaşabileceği mesajını verir. Demans hastalığı olan bireylere bakım verenlere telefon ile danışmanlık verilmesinin yararlı olduğu bildirilmiştir (Bank ve ark. 2006). Yüz yüze görüşmenin sağlanamadığı durumlarda telefon ile iletişim kuran hemşire ve bakım veren arasındaki güven ilişkisi pekişecektir. Böylece bakım veren karşısındaki bireyin kendisine değer verdiğini, saygı duyduğunu ve onun yanında olduğunu her zaman hisseder.

Hemşire, bakım verene, demans hastalığı olan birey ile birlikte anlamlı ve eğlenceli geçirilebilecek zamanlar yaratması, eski ve güzel anıları anmasını sağlar ve bakım verdiği bireyin hastalıktan önce onun sevdiği ve saygı duyduğu kişi olduğunu fark etmesine yardım eder (Butcher ve ark. 2001; Piccinato ve Rosenbaum, 1997).

Hemşire bakım sürecinde bakım verenin kendisine inanmasına yardım eder. Bakım verenin inançları hakkında bilgi sahibi olur ve bu doğrultuda onun umudunu besler. Bakım verenin hayata tutunma yeteneklerini cesaretlendirir. Hayatın çözülmesi gereken bir probleminden ziyade keşfedilmesi gereken bir gizem olduğunu göstermeye çalışır. Bakım veren için anlamlı ve önemli olan şeyleri inanç ve umutlarıyla birleştirir.

Hemşire bakım verenin demans hastalığı olan bireyi ve bakım sürecini kabul etmesini sağlar. Minnet, bağışlama, merhamet ve teslimiyeti sağlamaya yönelik anlamlı törenler bakım veren için planlar.

Bakım verenlerin genellikle bakım verdikleri birey ile ilgili ambivalan duyguları vardır. Sevgi, görev, kızgınlık, hayal kırıklığı, sorumluluktan sıyrılmayı istemek gibi karmaşık duygular yaşayabilirler (Piccinato ve Rosenbaum, 1997). Öte yandan bakım verenler ile yapılan çalışmalarda; bakım verenlerin sadece negatif duygular ve durumlar yaşamadıkları aynı zamanda bakım sürecinde anlam buldukları, dayanıklılıklarının, kişisel gelişimlerinin ve bağlılıklarının arttığı, bakım verenlerin kendilerini yeniden keşfettikleri ve tanıdıkları, bakım sürecinde neşe buldukları ve bakım verdikleri birey ile aralarındaki ilişkiyi beslemek için bir fırsat buldukları ortaya konulmuştur (Butcher ve ark. 2001; Farran, 1997; Hunt 2003; Kramer, 1997; Quinn ve ark., 2012). Bakım verene kendi duyguları fark ettirilerek, durumundan anlam bulması sağlanabilir. Anlam bulan bakım verenlerde; iç uyum (zihin- beden- ruh), kendini kontrol, sağlık ve iyileşme sağlanabilir (Piccinato ve Rosenbaum, 1997). İç ve dış uyum ile dayanıklılık ve bakımda anlam bulma arasında pozitif bir korelasyon vardır. Bakım verenlerin yaşadığı olumsuz deneyimleri engellemek ya da var olan sorunları çözmelerini kolaylaştırmak için sorunlara karşı onların psikolojik dayanıklılığının da artırılması gerekmektedir. Psikolojik dayanıklılık, oldukça zor koşullara rağmen, kişinin bu olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneğidir. Bir yetenek ve psikolojik bir nitelik olarak tanımlanmakla birlikte psikolojik dayanıklılığın, sağlıklı gelişimin sürdürülmesine katkıda bulunma, olumsuz bir durumla karşılaşıldığında o durumla mücadele edebilme gibi birtakım özellikleri de vardır (Masten ve Coatsworth, 1998). Watson'nın (1989) bahsettiği kendini tanıma, kendine saygı, kendi kendini iyileştirme, öz

bakım kontrolü, bağıllık ve meydan okuma, dayanıklılığın bileşenleri ile doğrudan ilişkilidir (Piccinato, Rosenbaum, 1997).

Hemşire bireyin negatif ve pozitif duygularının farkında olur ve bu duyguların bireye kendisini nasıl hissettirdiğini anlamaya çalışır (Bernick, 2004). İçinde bulunulan durumun iyi yönlerini fark ettirilirken aynı zamanda olumsuz duygular ile baş etme yolları da öğretir. Müzik dinleme, günlük tutma, sanat terapisi, oyun, mizah, eğlence, nefes egzersizleri ve hayal kurmayı önerebilir.

Bakım veren soru sorması konusunda cesaretlendirilir. Bakım verene öğretebilmek için öncelikle iyi araştırma yapar ve bakım verenin dünya görüşünün öğrenir. Daha sonra bilgi ve deneyimini paylaşır. Bakım veren ile yaratıcı, işbirlikçi ve ortak bir öğrenme ortamı hazırlar. Hemşire her zaman sorulara açık olduğu mesajını bakım verene verir. Bakım verene problem çözme becerilerini öğretir.

Bakım verenin olmaktan mutlu olduğu bir ortamda görüşmeler yapılabilir ya da bu iyileştirici çevre hemşire tarafından oluşturulur. Bu alanda bakım veren için sessiz, sakin, bakım verenin sevdiği kokuların kullanıldığı, mahremiyete saygı duyulan ve güvenli bir ortam sağlanmalıdır. Örneğin; dokunma, masaj ve aromateröpatik yağlar ile bakım veren rahatlatılabilir. Dokunma insan hayatının vazgeçilmez bir unsurdur; insanlar tüm varlıkları ile kendilerine ve başkalarına dokunur. Dokunmak bir iletişim biçimi olarak görülmektedir. Fiziksel dokunma sadece konforunu sağlamanın yanı sıra bireylerin kendilerini iyi hissetmelerini de sağlamaktadır. Bu durumda bireylerin fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyilikleri de sağlanmaktadır (Chang, 2001).

Bakım verenler bakım verme ile kendi ihtiyaçları (çalışma, uyku, eğlence, beslenme ve egzersiz) arasında bir denge kurmaya çalışırlar. Bakım verenler, evde kendileri için zaman yaratabilmeyi, tatile çıkabilmeyi, hobi edinebilmeyi ve arkadaşları ile vakit geçirebilmeyi isterler (Piccinato ve Rosenbaum, 1997). Bunları sağlayabilmek için öncelikle hemşire bakım verenin bireysel gereksinimlerine saygı duyar, varsa endişelerini giderir ve konforlu bir çevre yaratır. Bakım verenin ailesi, sevdikleri ve önemsedikleri kişilere karşı duyarlı davranır. Bakım verenin bakım sürecinden dolayı gideremediği temel ihtiyaçları (uyku, gevşeme, iyileşme) için bakım verenin destek almasının önemi vurgular ve gerekirse diğer aile üyeleri ile bakım verene destek olmaları konusunda görüşür.

Hemşire bakım verenin içsel duygularını kabul eder ve onun için anlamlı olan şeylere karşı saygılı olur. Özellikle hastalığı sorgulayan bakım veren için bazı yaşam olaylarını

olduğu gibi kabul etmenin gerekliliği anlatılır. Hemşire yaşamda var olan her durumun iyilik ve sevgi dolu olduğuna ve bireyi daha iyiye ulaştırmak için gerçekleştiğine inanır ve bakım veren ile bu duyguyu paylaşır.

Watson'nın çeşitli iyileştirme faktörleri kullanılarak bakım verenlerin bakım sürecinde anlam bulmaları, psikolojik dayanıklılıklarının artması, kişisel gelişimlerinin ve bağlılıklarının artması, bakım verenlerin kendilerini yeniden keşfetmeleri sağlanabilir. Bakım verenin tanınması, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde iyileştirme süreçleri rehber olarak kullanılmalıdır. İnsan Bakım Teorisi'nin tıbbi odaklı değil insan, iyileştirme ve sevgi odaklı olması hemşireye birey merkezli, saygılı, güvenli, duyarlı, dürüst, ulaşılabilir bakım vermede rehber oluşturmaktadır (Durgun-Ozan, Okumuş, 2013). Bu bakım davranışlarının bakım vermek gibi zorlu bir süreçte bakım verenin bakım yükünü azaltacağı, olumsuz duygularla ve sorunlarla baş etme gücünü arttıracadı ve yaşam kalitesini iyileştireceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Ön test-son test düzeninde, prospektif, kontrol gruplu yarı deneysel, niceliksel ve niteliksel olarak karma yöntemle yapılmıştır. Destek grup sürecinin bakım verenlerin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılık düzeyine etkisini anlamak için yarı deneysel ve tanımlayıcı niteliksel yöntem kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dersliklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Eylül 2012- Aralık 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği'ne başvuran demans hastalığı olan bireye bakım veren aile üyeleri oluşturmuştur. *Niteliksel bölüm için*, örneklem grubu nitel araştırmalarda kullanılan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Amaçlı örnekleme birey veya gruplar araştırma amacına dayanan belirli bir ölçüt veya özelliğe bağlı olarak seçilmektedir (Emiroğlu, 2004; Yıldırım ve Şimşek, 2011), bu araştırmada da destek grup sürecine katılan demans hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyeleri seçilmiştir.

Örnekleme Dâhil Edilme Ölçütleri:

- Demans hastalığı olan bireyin bakımından birinci derecede sorumlu olan aile üyesi olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- En az altı aydır, haftada dört saat ve üzerinde bakım verme sorumluluğunu sürdürüyor olmak
- Türkçe okuma-yazma bilmek

Örneklemeden Dışlama Ölçütleri:

- Çalışmada kalmaya devam etmek istememek
- Başka bir şehre taşınmak
- Hastanın bakım sorumluluğunu devretmek ya da hastayı kuruma yatırmak

3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması: Minitab 14 paket programında Power and Sample Size menüsü kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem sayısını belirlemede bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılık düzeyine bakılan çalışmalar incelenmiş, bu inceleme sonucunda Chu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı ve bakım veren yükü değişkenini incelediği çalışma temel alınmıştır. Chu ve arkadaşlarının çalışmasında

(2011) bakım veren yükü puan ortalamaları arasındaki fark: 3,78, standart sapma ortalaması: 18,3'dür, örneklem sayısı Tip 1 hata (α) 0,05 ve %95 güven aralığı dikkate alınarak her bir grup için 55 kişi olarak hesaplanmıştır.

Niteliksel bölüm için örneklem büyüklüğü, niteliksel araştırmalarda örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kural yoktur, örneklem sayısı daha çok araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir (Emiroğlu, 2004; Yıldırım ve Şimşek; 2011). Çalışmanın amacı doğrultusunda destek grup sürecine katılan tüm bakım verenler örnekleme dâhil edilmiştir.

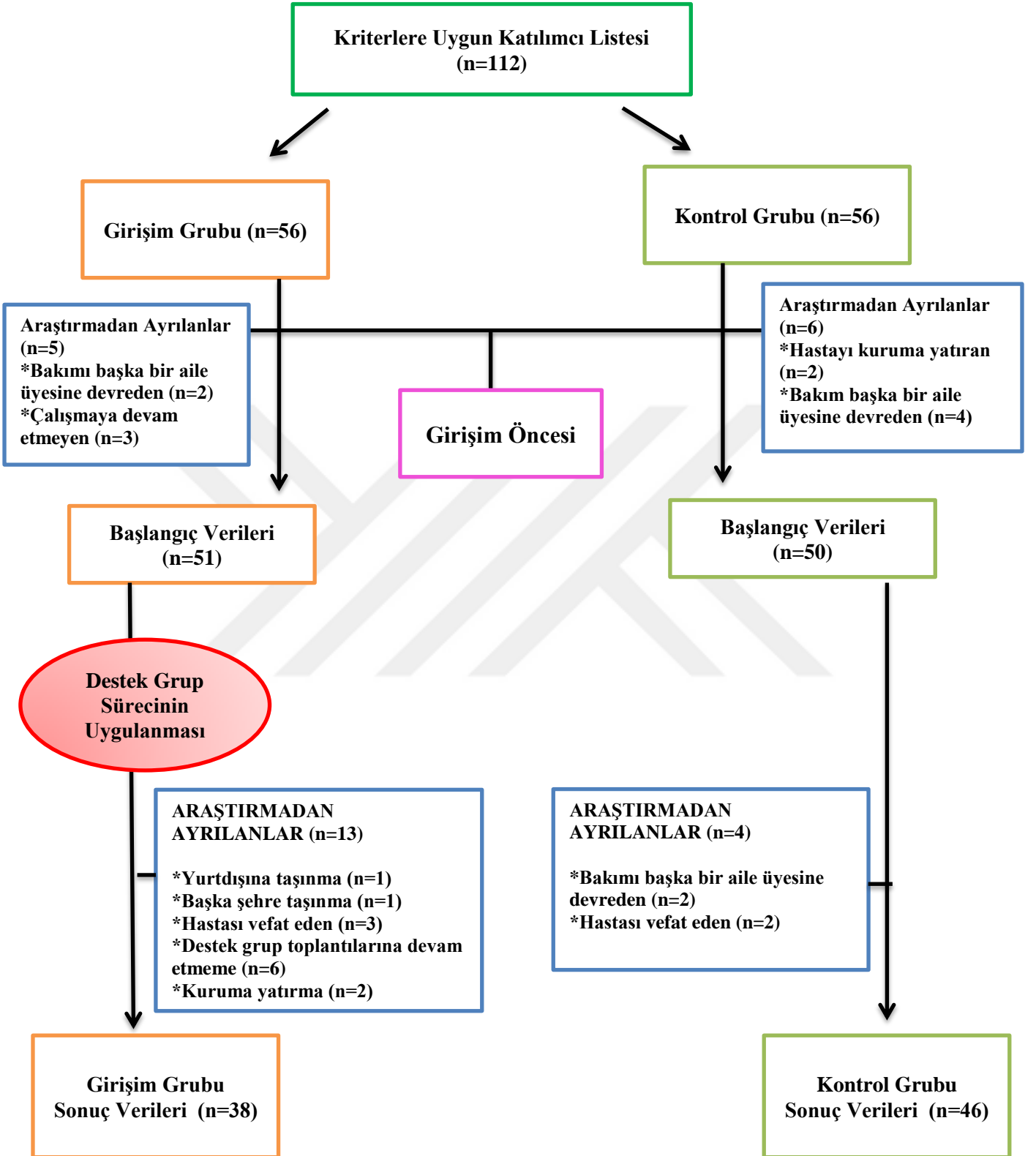
3.3.2. Araştırmanın Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü: Araştırmanın gücü, NCSS-PASS paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın gücü 0.05 anlamlılık düzeyinde, Bakım Veren Yükü Envanteri puan ortalamasına göre %99, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalamasına göre ise %99.9 olarak saptanmıştır. Genel olarak araştırmalarda %80 güç yeterli olarak kabul edilmektedir (Akgül, 2005). Ayrıca araştırmanın sonunda, G- Power 3.1 analiz programında yapılan Post- Hoc güç analizinde 0.8 etki büyüklüğüne göre araştırmanın gücü 0.950 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmanın yeterli gücü olduğu saptanmıştır.

3.3.3. Örneklem Gruplarının Homojenliği: Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiği için niceliksel veriler parametrik testler ile analiz edilmiştir. Destek grup öncesi girişim ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla t testi, cinsiyet, eğitim durumu, yakınlık derecesi, çalışma durumu, gelir durumu, bakım verme süresi, ek kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanımı ve daha önce hastalık hakkında hemşirelik eğitimi almaları açısından gruplar arasında farklılığın belirlenmesi amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarında tüm incelenen demografik özelliklerde ve ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında $p > 0.05$ bulunmuş olup grupların homojenliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 2, $p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalamaları, standardize minimal test (SMMT), nöropsikiyatrik envanter (NPI), günlük ve entrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (Blessed GYA 1 ve 2) puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla t testi, cinsiyet, eğitim durumu, demansın tipi, hastalık yılı ve ek kronik hastalık durumu açısından gruplar arasında farklılığın belirlenmesi amacıyla ki-kare testi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarında tüm incelenen demografik özelliklerde ve ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında $p>0.05$ bulunmuş olup grupların homojenliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 3, $p>0.05$).





Şekil 1: Araştırma Diyagramı

3.4. Çalışma Materyali: Bu çalışmada girişim ve kontrol grubundaki bakım verenler için iki adet kitapçık hazırlanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun başlangıç verileri toplandıktan sonra kitapçıklar verilmiştir. Birinci kitapçık demans hastalığına yönelik genel bilgiyi kapsamakta ve bakım verenlerin bakımda kullanması gereken temel bilgileri içermektedir. İçeriğini; hastalığın tanımı, hastalığın tipleri, tanılama yöntemleri ve görülme sıklığı, hastalığın nedenleri, evreleri, tedavisi, hastanın bakımında yapılması ve yapılmaması gereken bakım önerileri ve hastalığın evresi ilerledikçe bakımda yapılması gereken bakım önerileri oluşturmaktadır. İkinci kitapçık ise; demans hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerine kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için bazı önerileri içermektedir. Bakım verenlere yönelik stres ile baş etme yöntemleri, derin nefes alma egzersizleri, aşamalı gevşeme egzersizleri, duyguların tanınması ve problemlili davranışlar ile baş etme biçimleri şeklindedir. Kitapçıkların hazırlanması sürecinde alanında uzman üç kişiden (bir profesör, iki doçent öğretim üyesi) uzman görüşü alınmıştır. Destek grup toplantılarında ise, Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temellendirilmiş hemşirelik süreci uygulanmıştır (Ek 5).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı Değişken: bakım veren yükü puan ortalaması, psikolojik dayanıklılık düzeyi puan ortalaması

Bağımsız Değişken: Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temellendirilmiş destek grup sürecine dayandırılan hemşirelik girişimleri

3.6. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada; Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 1), Bakım Veren Yükü Envanteri (Ek 2) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Ek 3) ve Odak Grup Görüşme Formu (Ek 4) kullanılmıştır. Ayrıca hastaların tanıtıcı özellikleri arasında yer alan ve poliklinik kayıtlarından elde edilen Standardize Mini Mental Test (SMMT), Nöropsikiyatrik Envanter (NPI), Blessed Demans Derecelendirme (Blessed GYA1) ve Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (Blessed GYA2) ölçekleri de bu bölümde tanıtılacaktır.

3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu: Bakım verenlerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veri toplamak amacı ile araştırmacı ve danışman tarafından düzenlenen bireysel bilgi formudur. Bakım verenlere ve hastalara ait olmak üzere

iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm bakım verenin adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hasta ile yakınlık derecesi, çalışma durumu, gelir durumu, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, herhangi bir ek kronik hastalığının olup olmadığı, düzenli kullandığı ilaçlar ve daha önce hastalık hakkında hemşirelik eğitimi alıp almadığı gibi soruları içermektedir. İkinci bölüm hastaya ait olan verilerdir; hastanın adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ne kadar süredir demans hastası olduğu, demansın tipi, SMMT, NPI, Blessed GYA1, Blessed GYA2 ölçeği puanları, akut veya kronik ek bir hastalığının olup olmadığı gibi veriler yer almaktadır.

3.6.2. Bakım Veren Yükü Envanteri: Novak ve Guest tarafından 1989 yılında bakım vermenin, bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Literatürde bakım veren yükünü ölçmeye yönelik birden fazla ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeği çalışmamızda seçmemizin iki tane nedeni vardır. Birincisi bakım veren yükünü çok boyutlu olarak ölçmesi, ikincisi ise ölçeğin bilişsel bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin yüklerini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş olmasıdır (Novak ve Guest, 1989; Novak ve Guest, 1992). Ölçek 24 maddelik likert tipi (0-4) bir ölçektir. Beş alt boyuttan (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal yük) oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; bakım verenin zamanının kısıtlı olmasından kaynaklanan zaman bağımlılık yükü, bakım veren kişilerin yaşamlarında akranları ile olması gereken yerde olmadığı duygusundan kaynaklanan gelişimsel yük, bakım verenin kronik yorgunluk ve fiziksel sağlığında bozulma duygularını tanımlayan fiziksel yük, bakım verenlerin iş ya da aile yaşamındaki rolleriyle ilgili sorunları tanımlayan sosyal yük ve bakım verenlerin bakım verdiği kişiye karşı negatif duygularını tanımlayan duygusal yük oluşturmaktadır (Novak ve Guest, 1992; Küçükgüçlü ve ark., 2009).

Ölçeğin dört alt boyutu beş maddeden, bir alt boyutu ise (fiziksel yük alt boyutu) dört maddeden oluşmaktadır. Envanterin 1-5 arası maddeleri zaman-bağımlılık yükü, 6-10 arası maddeler gelişimsel yük, 11-14 maddeler arası fiziksel yük, 15-19 arası maddeler sosyal yük, 20-24 arası maddeler ise duygusal yük ile ilişkilidir.

Her alt boyut 0 ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1) puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan şeklindedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte her bir maddeden alınan puan 1.25 ile çarpılarak değerlendirilmektedir. Bu sayede bu boyuttan da toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir katılımcının toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir. Envanterin uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir. Ölçeğin Türk toplumu için

geçerlilik güvenilirliği Küçükgüçlü ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır ve cronbach alfa değeri .94 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda ise cronbach alfa değeri .89 olarak saptanmıştır.

3.6.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği: Friborg ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiş, altı alt boyutlu bir ölçektir. Ölçek, ‘yapısal stil’(3, 9, 15, 21. sorular), ‘gelecek algısı’ (2, 8, 14, 20. sorular), ‘aile uyumu’ (5, 11, 17, 23, 26, 32. sorular), ‘kendilik algısı’ (1, 7, 13, 19, 28, 31. sorular), ‘sosyal yeterlilik’ (4, 10, 16, 22, 25, 29. sorular) ve ‘sosyal kaynaklar’ (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33. sorular) alt boyutlarından oluşmaktadır. Alt boyutlardan yapısal stil kişinin kendisi hakkındaki düşüncelerini, gelecek algısı ve kendilik algısı kişinin kendi gücünü nasıl algıladığını, aile uyumu bireyin ailesi ile olan ilişkilerini, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar ise kişinin sosyal durumunu nasıl algıladığını ve sosyal ilişkilerini değerlendirmektedir (Friborg ve ark., 2005).

Ölçekte, maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmelerden kaçınmak için, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu ve yanıtlar için ise beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır. Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır. Ölçek 5’li likert bir ölçek olup herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılık da doğru orantılı olarak artmaktadır. Ölçeğin cevap kutucukları soldan sağa doğru 1-2-3-4-5 olarak puanlanmakta ve 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31 ve 33. sorular ters sorular olarak değerlendirilmelidir. Toplam 33 maddeden oluşmaktadır ve uygulanması 10- 15 dakika sürmektedir. Ölçekten en az 33 puan, en fazla ise 165 puan alınabilmektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmıştır ve toplam cronbach alfa değeri .86 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda ise cronbach alfa değeri .80 olarak saptanmıştır.

3.6.4. Odak Grup Görüşme Formu: Destek grup sürecinin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılık düzeyini nasıl etkilediğini derinlemesine anlamak ve süreci değerlendirmek için düzenlenmiş beş adet görüşme sorusundan oluşmaktadır. Destek grup sürecinin son oturumu olan onuncu oturumda uygulanmıştır. Sorular araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanmıştır.

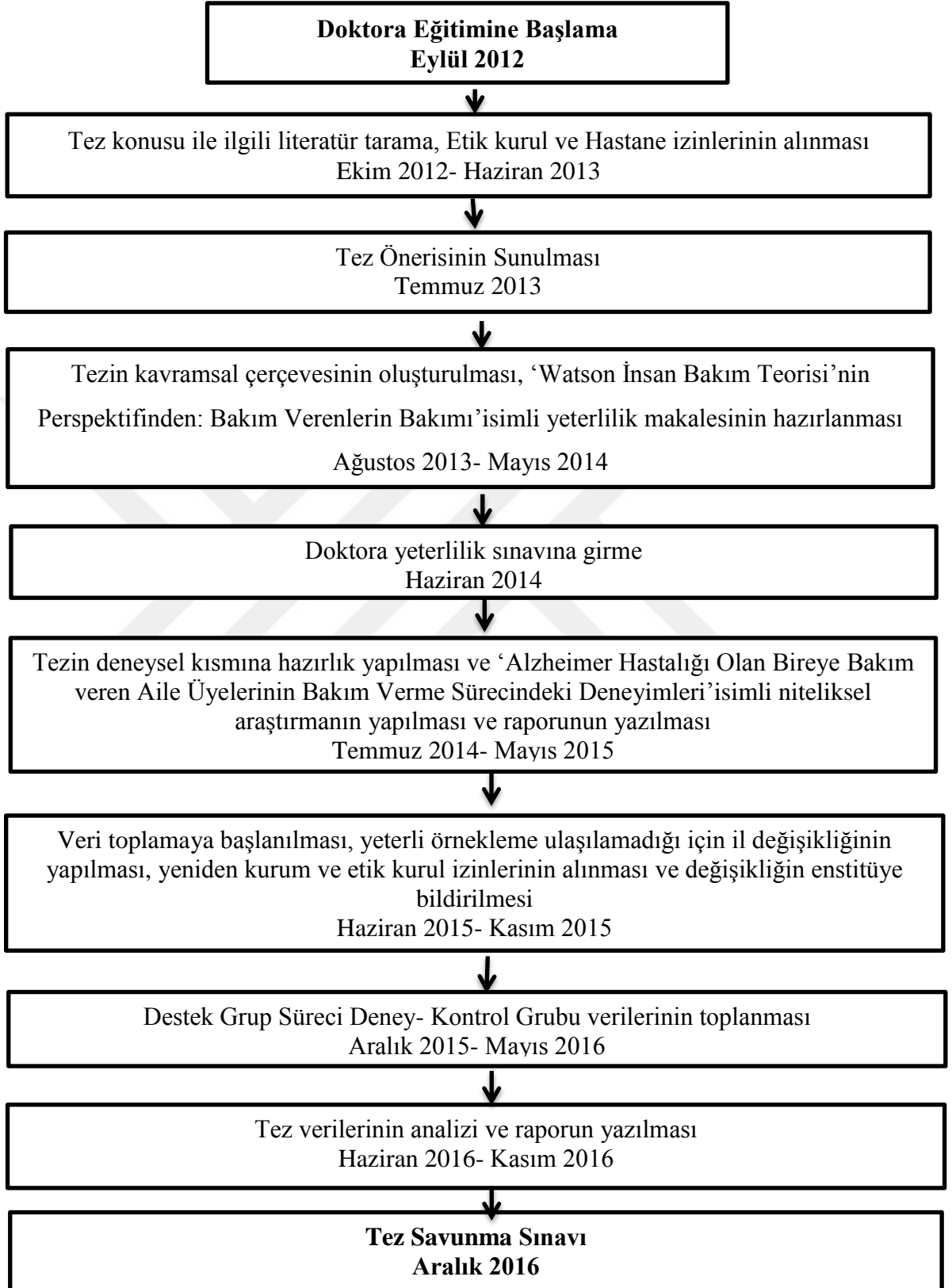
3.6.5. Eğitilmiş Ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (D-SMMT): İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel

performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Gungen ve arkadaşları (2002) tarafından MMT'in Türk toplumunda demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. On bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (Gungen ve ark., 2002). Uçku ve arkadaşları (2007) Standardize Minimental Test'in eğitimli ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonunu yeniden düzenlemişler ve bu çalışmada bu versiyonu kullanılmıştır.

3.6.6. Nöropsikiyatrik Envanter (NPI): Cummings ve arkadaşları tarafından 1994 yılında demans hastalığı olan bireylerdeki 12 davranışsal alanla ilgili psikopatolojiyi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bu 12 davranışsal alan; ajitasyon, irritabilite, anksiyete, disfori, halüsinasyon, delüzyon, apati, öfori, disinhibisyon, anormal motor davranışlar, gece uyku bozuklukları ve yemek yeme anormalliklerini içermektedir. Ölçek, nöropsikiyatrik özelliklerin sıklığı, şiddeti ve bakım verende yarattığı sıkıntı olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (Cummings ve ark., 1994). Akça-Kalem ve arkadaşları (2005) tarafından Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.6.7. Blessed Demans Derecelendirme (Blessed GYA1) ve Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (Blessed GYA2): Blessed ve arkadaşları tarafından 1968 yılında geliştirilmiştir, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm günlük yaşam aktivitelerini ve davranışsal özellikleri, ikinci bölüm ise kognitif durumu değerlendirmektedir (Blessed ve ark., 1968). Birinci bölümü Katzman ve arkadaşları tarafından yeniden modifiye edilmiştir (Katzman ve ark., 1983) ve ülkemizde geçerlilik güvenilirliği henüz yapılmamıştır. İkinci bölümün ise ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Akça-Kalem arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akça-Kalem ve ark., 2002).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:



Şekil 2. Araştırma Planı ve Takvimi

3.8. Veri Toplama Süreci

Dokuz Eylül Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği'nde örneklem özelliklerini karşılayan hasta yakınlarına araştırmanın amacı, girişimi ve verilerin toplanması konusunda bilgi verilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Demans Polikliniği'nde hastaların rutin kontrol randevuları en az üç en fazla altı ay aralıklar ile yapılmaktadır. Poliklinik randevu sistemi takip edilerek o hafta gelecek hasta yakını listeleri göz önünde bulundurulmuş, bir hafta girişim bir hafta kontrol grubu olacak şekilde polikliniğe gelenler araştırmaya davet edilmiştir. Ölçekler uygulandıktan sonra girişim ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlere eğitim kitapçıkları verilmiştir.

Niceliksel verileri elde etmek için; ölçüm araçları kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubundan ilk görüşmede toplanan veriler araştırmanın başlangıç verilerini (0. ay) oluşturmuştur. Kontrol grubunun niceliksel verileri çalışmanın başında (0. ay) ve sonunda (5. ay) olmak üzere iki defa toplanmıştır. Kontrol grubunun ön test ve son test verileri poliklinik ortamında ve polikliniğe gelemeyecek bakım verenler ile telefonda toplanmıştır. Girişim grubunun niceliksel verileri ise, ilk destek grup toplantısında (0. ay) ve son destek grup toplantısında (5. ay) olmak üzere iki defa toplanmıştır.

Nitel verileri elde etmek için; odak grup görüşmeleri her grubun son toplantısında yapılmıştır. Bakım verenlerle görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı, ses kaydının olacağı konusunda bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden gönüllü olarak katıldıklarını belirten sözlü onamları alınmıştır. Birinci gruptan 11, ikinci gruptan sekiz, üçüncü gruptan yedi ve dördüncü gruptan beş kişi olmak üzere toplam 31 bakım veren aile üyesinden veri toplanmıştır. Görüşme sessiz sakin ve mahremiyete özen gösterilen bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşme verilerinin süresi 50 dakika ile 85 dakika arasında sürmüştür. Bu araştırmada ayrıca araştırmacının tuttuğu gözlem notları, whatsapp grubu yazışmaları ve bakım verenlerin duygularını ifade etmek için yazdığı yazılar niteliksel veri kaynağı olarak kullanılmıştır.

Tablo 1: Araştırmanın Veri Toplama Süreci

Girişim Grubu Protokolü (n=56)	Kontrol Grubu Protokolü (n=56)
İlk Karşılaşma (15- 20 dakika)	İlk Karşılaşma ve Başlangıç Verilerinin Toplanması (15- 20 dakika)
<ul style="list-style-type: none">❖ Hasta ve bakım verenler ile poliklinikte tanışma❖ Çalışmanın amaç ve protokolünün anlatılması, onamın alınması❖ Destek grup toplantılarına davet edilmesi❖ İletişim bilgilerinin paylaşılması, süreç boyunca telefon ve e-mail yolu ile iletişimin sürdürülebileceği konusunda bilgilendirme❖ 14 Aralık 2015 tarihinde destek gruba katılmak isteyen bakım verenler ile toplu tanışma toplantısı yapılmıştır. (n=51)	<ul style="list-style-type: none">❖ Hasta ve bakım verenler ile poliklinikte tanışma❖ Çalışmanın amaç ve protokolünün anlatılması, onamın alınması❖ Başlangıç verilerinin toplanması ve eğitim kitapçıkların paylaşılması❖ İletişim bilgilerinin paylaşılması, süreç boyunca telefon ve e-mail yolu ile iletişimin sürdürülebileceği konusunda bilgilendirme (n=50)
Birinci Destek Grup Toplantısı ve Başlangıç Verilerinin Toplanması (130 dakika)	
<ul style="list-style-type: none">❖ Tanışma, veri toplama araçlarının uygulanması❖ Destek grup toplantıları ile ilgili beklentilerin ve amacın paylaşılması, grup kurallarının konuşulması❖ Eğitim kitapçıklarının paylaşılması❖ Bakım verenlerin bakımda yaşadıkları güçlükleri paylaşması❖ Toplantı gün, saat ve yerini belirten takvimin paylaşılması	
2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. Destek Grup Toplantıları (120- 145 dakika/ İki haftada bir gün)	
<ul style="list-style-type: none">❖ Ek 5’de belirtilen görüşme içeriğinin uygulanması❖ Geri bildirimlerin alınması ve bir sonraki	

toplantı günü ve saatinin paylaşılması	
10. Destek Grup Toplantısı; Son Test Verilerinin ve Niteliksel Verilerin Toplanması (75- 110 dakika) ❖ Veri toplama araçlarının uygulanması (n=38) ❖ Odak grup görüşmesinin yapılması (n=31)	Son Test Verilerinin Toplanması (15- 20 dakika) ❖ Veri toplama araçlarının uygulanması (n=46)

3.8.1. Destek Grup Süreci

Bu araştırmada girişim grubuna Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temelli destek grup süreci uygulanmıştır (Ek 5). Toplantılar Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 206 numaralı derslikte sürdürülmüştür.

Girişim grubundaki bakım verenler dört ayrı gruba ayrılmış, gruplar ortalama 10- 12 kişiden oluşturulmuştur. Destek grup toplantıları düzenli olarak 2 haftada bir aynı gün ve aynı saatte olmak üzere toplam 10 oturum şeklinde planlanmıştır (Tablo 1). En az sekiz oturuma katılım sağlayan bakım verenler örnekleme dâhil edilmiştir. Sekiz oturumundan daha az oturuma katılan bakım verenler örneklemden çıkarılmıştır. Birinci gruptan 11, ikinci gruptan 9, üçüncü gruptan 10 ve dördüncü gruptan 8 bakım veren süreci tamamlamıştır. Destek grup toplantılarının en başında toplantı tarihini, saatini ve yerini belirten takvim girişim grubuna verilmiştir. Her oturumdan bir gün önce bütün bakım verenler telefon ile aranmış, toplantı günü ve saati tekrar hatırlatılmıştır (Tablo 1).

Oturumlar boyunca bakım verenlere eşit oranda süre verilmesine dikkat edilmiştir. Bazı oturumlarda bakım verenler daha fazla deneyim paylaşmak istemiş oturum süreleri ortalama 120 ila 145 dakika arasında sürmüştür. Destek grup sürecini her grup için ortalama 8 ila 11 kişi tamamlamıştır.

Tüm gruplar için toplam 40 adet ayrı oturum yapılmıştır. Toplam 5 ay boyunca girişim sürdürülmüştür. Destek grup toplantılarına 1. ve 2. grup için ocak ayının ilk haftası başlanmış, mayıs ayının ilk haftası sonlandırılmıştır. 3. ve 4. grup için ise ocak ayının üçüncü haftası

başlanmış, mayıs ayının son haftasında sonlandırılmıştır. Destek grup toplantıları ile bakım verenlerin iki haftada bir bir araya gelmeleri, doğrudan hemşirelik bakımı almaları, kişisel tecrübelerine dayanarak birbirleri ile bilgi paylaşımı sağlamaları, arkadaşlık ilişkileri kurarak sosyal ilişkilerini güçlendirmeleri ve birbirlerine duygusal ve manevi boyutta destek olmaları sağlanmıştır. Destek grup toplantılarına araştırmacı yürütücü, danışman gözlemci olarak katılmış, tedavi hakkında bilgi eksikliklerini gidermek amacıyla bir nöroloji uzmanından bir oturumda destek alınmıştır.

Toplantıların sonunda bakım verenleri takdir etmek için katılım sertifikası verilmiştir. Toplantıların içeriği literatürden yararlanılarak Watson İnsan Bakım Teorisi'nde yer alan iyileştirme süreçlerine temellendirilmiştir (Ek 5). Destek grup toplantılarında bakım verenlere sorulacak sorular için teorinin yazarı Prof. Dr. Jean Watson'dan, alanında uzman daha önce Watson İnsan Bakım Kuramı ile ilgili doktora tezi ve bilimsel çalışmalar yapmış bir profesör, iki yardımcı doçent ve bir klinisyen uzman hemşireden uzman görüşü alınmıştır.

Tüm toplantılar için aşağıdaki basamaklar uygulanmıştır.

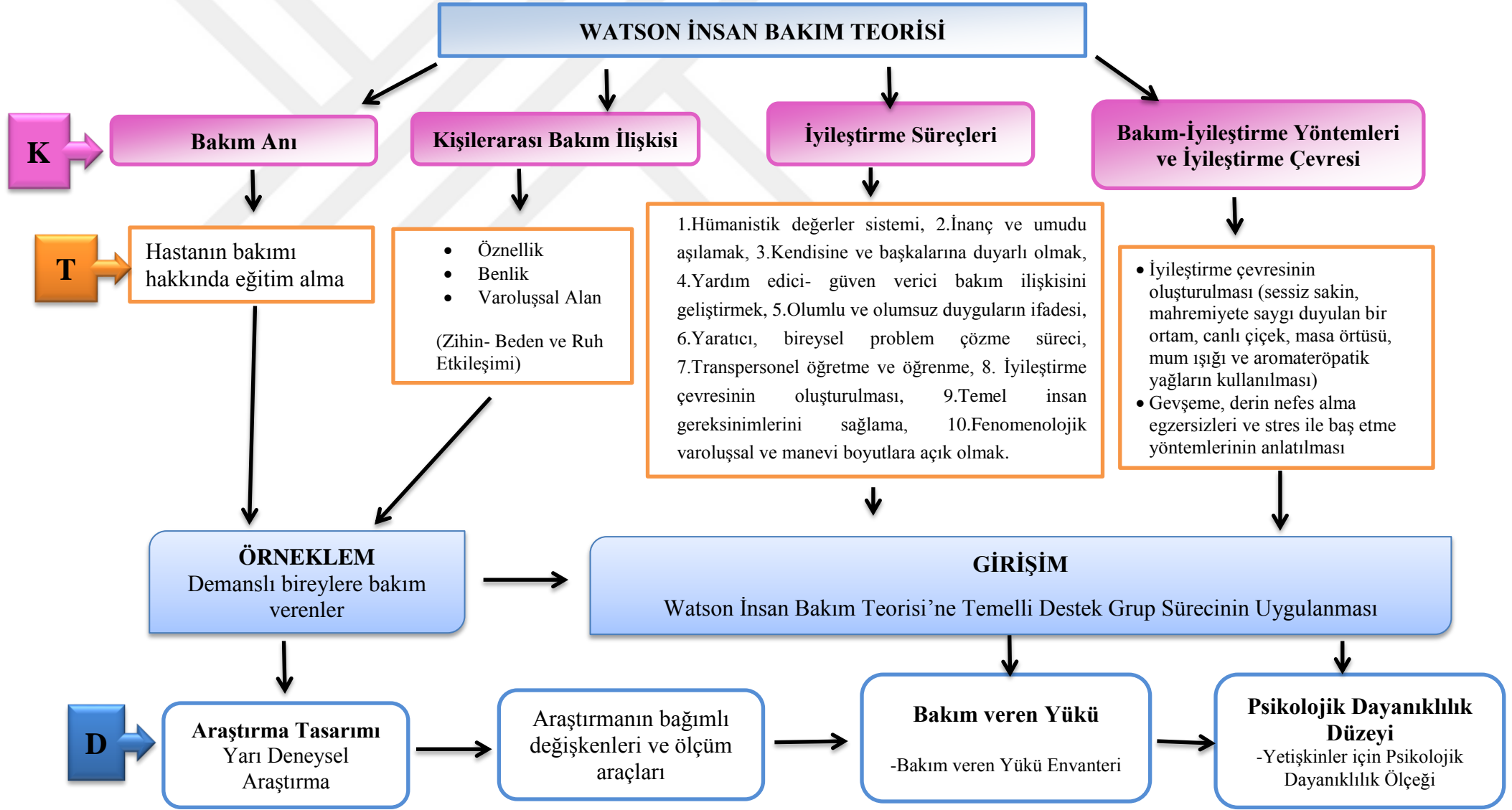
- Bakım verenlere sevgi, saygı ve şefkatle yaklaşmış ve bakım verenlerin deneyimleri dikkat ve ilgi ile dinlenilmiştir (İyileştirme Süreci (İS) 1, 2, 4).
- Toplantılar esnasında bakım verenler ile bir masa etrafında oturulmuş, göz iletişimi kurulmuş ve güven ortamı oluşturulmuştur (İS 1 ve 3).
- Destek grup toplantıları iyileştirici çevrenin yaratıldığı bir ortamda sürdürülmüştür (sessiz, sakin, rahatlatıcı kokuların kullanıldığı, mahremiyete özen gösterilen güvenli bir ortam) (İS 8 ve 9). İyileştirici çevreyi oluşturmak için derslik aşağıdaki özelliklere göre düzenlenmiştir;
- ✚ Masanın üzerinde masa örtüsü, canlı çiçek, kokulu mum ve aromatik yağların (çay, melissa ve lavanta yağı) konulduğu bir şişe bulundurulmuştur.
- ✚ Her oturum için yiyecek ve içecek ikramı yapılmıştır.
- ✚ Bakım verenlerin not alabilmesi için not defteri ve kalem verilmiştir.
- ✚ Bakım verenlerin birbirlerini rahatça dinleyebileceği sessiz bir ortam sağlanmıştır.

3.8.2. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı

Watson İnsan Bakım Teori'sinin kavramları, araştırmanın değişkenleri ve destek grup süreci arasındaki ilişki Şekil 3'de verilmiştir. Teorinin uygulamaya aktarılan kısmını iyileştirme süreçleri oluşturmaktadır (Watson, 2007). İyileştirme süreçleri iç içe geçmiş

süreçler olduğu ve doğrusal bir yol izlemediği için (WCSI, 2010) bu araştırmada hepsinin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu süreçte teoriyi geliştiren Prof. Dr. Jean Watson'dan her aşamada danışmanlık alınmıştır.





Şekil 3: Araştırmanın Kavramsal- Teorik-Deneysel Yapısı

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırma karma yöntem olarak tasarlanmıştır. Araştırma verilerinin niteliksel bölümü içerik analiziyle, niceliksel bölümü ise SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

- Her gruptaki örneklem sayısı 30 ve üzerinde olduğu için verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov- Smirnov testi kullanılarak incelenmiştir (Aksakoğlu, 2001). Veriler normal dağılım göstermektedir. Veriler normal dağılım gösterdiği için analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.
- Çalışmaya başlamadan önce yeterli örneklem sayısını hesaplamak için Minitab 14 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda yeterli örnekleme ulaşıp ulaşılmadığı, araştırmanın örneklem gücü ve etki büyüklüğü NCSS- PASS paket programı ve G- Power 3.1. paket programı ile analiz edilmiştir.
- Destek grup öncesi girişim ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin ve hastaların sosyodemografik özellikleri ve ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare ve t testi kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin, bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılık puanlarının başlangıçta birbirine benzer olduğunu gösterilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol grubundan çalışmanın sonunda toplanan bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılık puanlarının arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile (t testi) analiz edilmiştir. Ayrıca girişim ve kontrol grubunun destek grup süreci öncesi ve sonrası arasındaki değişimi incelemek için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ile analiz edilmiştir.
- Nitel bulgular odak grup görüşmeleri şeklinde yapılmış ve veriler içerik analizi ile tümevarımcı bir yöntem ile analiz edilmiştir. Analize başlamadan önce ses kayıtları deşifre (döküm) edilmiştir. Nitel bulguların doğruluğunun kontrolü için, araştırmacılar niteliksel araştırma analizini birlikte yapmıştır. Araştırmanın açık ve dürüst bir şekilde yazılması için; araştırma içeriği kapsamlı bir şekilde rapor edilmiş ve katılımcıların görüşme kayıtları olduğu gibi aktarılmıştır. İlk önce her gruba özgü alt temalar çıkarılmış daha sonra tüm gruplar için ortak ana ve alt temalar oluşturulmuştur. Katılımcıların ifadeleri, yorum

eklemeden yalın halleri ile aktarılmıştır. Bireylerin mahremiyetine saygı duyularak sözel veriler sadece katılımcı 1, 2 ve hasta ile olan yakınlık derecesi şeklinde ifade edilmiştir.

3. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı randomize kontrollü çalışma yöntemi kullanılamamış olması ve girişim süresinin daha uzun tutulamamasıdır.

3.11. Etik Kurul Onayı: Araştırmanın amacı, uygulanması, araştırmaya katılmanın gönüllülüğü ve istediği zaman ayrılabilceği hakkında her katılımcıya bilgi verildikten sonra, katılmak isteyenlere Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 6) verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndan 19794137-090.99/08 karar sayısı ile (Ek 7) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan 91829616/804-60 karar sayısı ile yazılı izin alınmıştır (Ek 8). Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek 9).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı ve Niceliksel Bulgular

4.1.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki bakım veren aile üyelerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Girişim grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 56.6 ± 9.13 , %86.8’i kadın, %57.9’u lisans mezunu, %42.1’i annesine bakım veriyor, %71.1’i çalışmıyor, %47.4’ünün geliri gidere eşit, %52.6’sı 1-5 yıl arasında hastasına bakım veriyor, %50’inin en az bir kronik hastalığı mevcut, %47.4’ü sürekli ilaç kullanıyor ve %86.8’i hastalık hakkında daha önce herhangi bir eğitim almamıştır. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 55.5 ± 9.41 , %84.8’i kadın, %34.8’i lisans mezunu, 45.7’si annesine bakım veriyor, %78.3’ü çalışmıyor, %63.3’ünün geliri gidere eşit, %47.8’i 1-5 yıl arasında hastasına bakım veriyor, %45.7’sinin en az bir kronik hastalığı mevcut, %45.7’si sürekli ilaç kullanıyor ve %84.8’i hastalık hakkında daha önce herhangi bir eğitim almamıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bakım verdiği birey ile yakınlık derecesi, çalışma durumu, gelir durumu, bakım verme süresi, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanımı ve daha önce hastalık hakkında hemşirelik eğitimi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Bakım verene ait özellikler	Girişim grubu (n=38)	Kontrol grubu (n=46)	Varyansların homojenliği	
			t	P
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Yaş (yıl)	56.6± 9.13	55.5±9.41	.532	.659
	Sayı (%)	Sayı (%)	χ^2	P
Cinsiyet				
Kadın	33 (%86.8)	39 (%84.8)	.072*	.788
Erkek	5 (%13.2)	7 (%15.2)		
Eğitim durumu				
Okuryazar	2 (%5.2)	2 (%4.3)		
İlköğretim	8 (%21.1)	12 (%26.1)	-	.167**
Lise ve dengi	5 (%13.2)	14 (%30.4)		
Lisans	22 (%57.9)	16 (%34.8)		

Lisansüstü	1 (%2.6)	2 (%4.3)		
Yakınlık Derecesi				
Eşi	15 (%39.5)	13 (%28.3)		
Annesi	16 (%42.1)	21 (%45.7)	-	.913**
Babası	5 (%13.1)	7 (%15.2)		
Anne ve babasına birlikte	1 (%2.6)	2 (%4.3)		
Anne ve kayınvalidesine birlikte	1 (%2.6)	3 (%6.5)		
Çalışma Durumu				
Evet	11 (%28.9)	10 (%21,7)	.577*	.448
Hayır	27 (%71.1)	36 (%78,3)		
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	10 (%26.3)	9 (%19.6)	2.107*	.349
Gelir gidere eşit	18 (%47.4)	29 (%63.3)		
Gelir giderden fazla	10 (%26.3)	8 (17.4)		
Bakım verme süresi				
1 yıldan az	6 (%15.8)	7 (%15.2)	.275*	.872
1- 5 yıl arası	20 (%52.6)	22 (%47.8)		
6 yıl ve üzeri	12 (%31.6)	17 (%37)		
Kronik hastalık durumu				
Evet	19 (%50)	21 (%45.7)	.158*	.691
Hayır	19 (%50)	25 (%54.3)		
Sürekli ilaç kullanımı				
Evet	18 (%47.4)	21 (%45.7)	.025*	.875
Hayır	20 (%52.6)	25 (%54.3)		
Hastalık hakkında eğitim alma				
Evet				
Hayır	5 (%13.2)	7 (%15.2)	.072*	.788
	33 (%86.8)	39 (%84.8)		

*n sayısı 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

**Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli χ^2 kullanılmıştır.

4.1.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Alan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki bakım alan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Girişim grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 73.68±10.07, %55.3’ü kadın, %44.7’si ilköğretim mezunu, %68.4’ü Alzheimer tip demans hastalığına sahip, %44.7’si 6 yıl ve üzerinde hastalık tanısına sahip, %78.9’sının demans hastalığına ek kronik hastalığı mevcut, SMMT puan ortalamaları 17.84±5.97, NPI puan ortalamaları 31.07±25.88, Blessed GYA1 puan ortalamaları 5.65±4.73 ve Blessed GYA2 puan ortalamaları 7.52±5.21’dir. Kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 76.93±9.34, %58.7’si kadın, %56.5’i ilköğretim mezunu, %69.6’sı Alzheimer tip demans hastalığına sahip, %47.8’i 1- 5 yıl arasında hastalık tanısına sahip, %73.9’unun demans hastalığına ek kronik hastalığı mevcut, SMMT puan ortalamaları 16.15±6.37, NPI puan ortalamaları 30.13±21.31, Blessed GYA1 puan ortalamaları 6.02±5.14 ve Blessed GYA2 puan ortalamaları 9.34±5.66’dır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süresi, demansa ek kronik hastalığının olması, SMMT puan ortalamaları, NPI puan ortalamaları, Blessed GYA1 puan ortalamaları, Blessed GYA2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 3: Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Alan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Bakım alan bireye ait özellikler	Girişim grubu (n=38)	Kontrol grubu (n=46)	Varyansların homojenliği	
			t	P
Yaş (yıl)	73.68±10.07	76.93±9.34	-1.532	.589
	Sayı (%)	Sayı (%)	χ^2	P
Cinsiyet				
Kadın	21 (%55.3)	27 (%58.7)	.100*	.752
Erkek	17 (%44.7)	19 (%41.3)		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	2 (%5.3)	2 (%4.3)	-	.165**
Okuryazar	7 (%18.4)	5 (%10.9)		
İlköğretim	17 (%44.7)	26 (%56.5)		
Lise ve dengi	2 (%5.3)	8 (%17.4)		

Lisans ve lisansüstü	10 (%26.4)	5 (%10.9)		
Demansın Tipi				
Alzheimer Tip Demans	26 (%68.4)	32 (%69.6)	.194*	.908
Vasküler Demans	7 (%18.4)	7 (%15.2)		
Frontotemporal Demans	5 (%13.2)	7 (%15.2)		
Hastalık yılı				
1 yıldan az	5 (%13.2)	5 (%10.9)	-	.864**
1-5 yıl	16 (%42.1)	22 (%47.8)		
6 yıl ve üzeri	17 (%44.7)	19 (%41.3)		
Ek kronik hastalık durumu				
Evet	30 (%78.9)	34 (%73.9)	.291*	.590
Hayır	8 (%21.1)	12 (%26.1)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	P
SMMT puan ortalamaları	17.84±5.97	16.15±6.37	1.243	.635
NPI puan ortalamaları	31.07±25.88	30.13±21.31	.184	.115
Blessed GYA1 puan ort.	5.65±4.73	6.02±5.14	-0.335	.883
Blessed GYA2 puan ort.	7.52±5.21	9.34±5.66	-1.520	.315

*n sayısı 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

**Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli χ^2 kullanılmıştır.

4.1.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Envanterinin Başlangıç (Ön test) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 4’de yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubunun bakım veren yükü alt boyut ve toplam başlangıç puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Envanterinin Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim grubu (n=38)	Kontrol grubu (n=46)	Varyansların homojenliği	
			t	p**
Zaman- bağımlılık yükü	12.57±4.78	12.60±5.62	-.026	.171
Gelişimsel yük	11.07±4.96	10.78±4.86	.275	.517
Fiziksel yük	9.86±5.14	9.31±6.35	.427	.070
Sosyal yük	6.21±5.21	4.41±4.65	1.668	.092
Duygusal yük	5.60±3.84	4.67±5.05	.933	.145
Toplam puan	45.33±15.80	41.79±19.35	.906	.250

** $p>0.05$

4.1.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Başlangıç (Ön test) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyi alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 5’de yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık düzeyi alt boyut ve toplam başlangıç puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Başlangıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim grubu (n=38)	Kontrol grubu (n=46)	Varyansların homojenliği	
			t	p*
Yapısal stil	14.52±3.05	15.69±2.86	-1.806	.940
Gelecek algısı	13.86±3.56	13.52±4.22	.401	.523
Aile uyumu	20.39±5.50	23.89±4.39	-3.235	.096
Kendilik algısı	22.94±4.76	24.67±4.42	-1.719	.472
Sosyal yeterlilik	22.52±5.32	24.21±4.66	-1.551	.111
Sosyal kaynaklar	26.86±5.35	26.80±3.01	12.038	.706
Toplam puan	121.00±18.34	127.82±14.80	-1.887	.214

* $p>0.05$

4.1.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Sonrası Bakım Veren Yükü Envanterinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin destek grup süreci öncesi ve sonrasına göre bakım veren yükü envanteri alt ve toplam boyut puan ortalamaları Tablo 6'da verilmiştir.

Zaman Bağımlılık Yükü: Girişim grubunun zaman bağımlılık yükü alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (12.57±4.78) ve post-test (11.86±4.97) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=1.785$, $p=.082$). Kontrol grubunun zaman bağımlılık yükü alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (12.60±5.62) ve post-test (13.58±5.20) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=-4.567$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, zaman bağımlılık yükü alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=-.026$, $p:.171$) ve post-test puanları arasında ($t:-1.982$, $p:.485$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Gelişimsel Yük: Girişim grubunun gelişimsel yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (11.07±4.96) ve post-test (9.57±4.26) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=4.060$, $p=.000$). Kontrol grubunun gelişimsel yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (10.78±4.86) ve post-test (13.15±4.12) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=-9.024$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, gelişimsel yük alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=.275$, $p:.517$) ve post-test puanları arasında ($t:-5.097$, $p:.996$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Fiziksel Yük: Girişim grubunun fiziksel yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (9.86±5.14) ve post-test (7.87±4.87) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=4.192$, $p=.000$). Kontrol grubunun fiziksel yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (9.31±6.35) ve post-test (10.84±5.99) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=-4.454$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, fiziksel yük alt boyut

puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=.427$, $p=.070$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında ($t=-3.511$, $p=.027$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 6).

Sosyal Yük: Girişim grubunun sosyal yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (6.21 ± 5.21) ve post-test (4.78 ± 4.74) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=2.075$, $p=.045$). Kontrol grubunun sosyal yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (4.41 ± 4.65) ve post-test (7.13 ± 3.60) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=-9.232$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, sosyal yük alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=1.668$, $p=.092$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında ($t=-2.502$, $p=.048$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 6).

Duygusal Yük: Girişim grubunun duygusal yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (5.60 ± 3.84) ve post-test (2.53 ± 1.86) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=8.165$, $p=.000$). Kontrol grubunun duygusal yük alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (4.67 ± 5.05) ve post-test (9.02 ± 3.94) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=-9.740$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, duygusal yük alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=.933$, $p=.145$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında ($t=-11.266$, $p=.031$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 6).

Toplam Yük Puanı: Girişim grubunun BVYE'den aldığı toplam puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (45.33 ± 15.80) ve post-test (36.61 ± 10.89) ortalamaları arasındaki 9 puanlık bir düşüşün istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($t=4.263$, $p=.000$). Kontrol grubunun BVYE'den aldığı toplam puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (41.79 ± 19.35) ve post-test (53.73 ± 16.09) ortalamaları arasındaki 12 puanlık bir artışın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ($t=-12.732$, $p=.000$) ve kontrol grubundaki bakım verenlerin geçen süre içerisinde bakım veren yükünün arttığı görülmüştür. Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin; BVYE toplam puan ortalamaları açısından pre-test puanları arasında ($t=.906$, $p=.250$) anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), post-test

puanları arasında ($t=-5.580$, $p=.046$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Girişim grubundaki bakım verenlerin BVEY toplam puan ortalaması destek grup süreci sonrası yaklaşık 9 puan azalırken, kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü envanteri toplam puan ortalaması yaklaşık 12 puan artmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Öncesi ve Sonrası Bakım Veren Yükü Envanteri Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar Ölçek	Girişim Grubu (n:38)		Kontrol Grubu (n:46)		Pre-test	Post-test
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	t p	t p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Zaman Bağımlılık	12.57±4.78	11.86±4.97	12.60±5.62	13.58±5.20	t=-.026 p=.171	t=-1.982 p=.485
t ve p	t=1.785, p=.082		t=-4.567, p=.000*			
Gelişimsel Yük	11.07±4.96	9.57±4.26	10.78±4.86	13.15±4.12	t=.275 p=.517	t=-5.097 p=.996
t ve p	t=4.060, p=.000*		t=-9.024, p=.000*			
Fiziksel Yük	9.86±5.14	7.87±4.87	9.31±6.35	10.84±5.99	t=.427 p=.070	t=-3.511 p=.027*
t ve p	t=4.192, p=.000*		t=-4.454, p=.000*			
Sosyal Yük	6.21±5.21	4.78±4.74	4.41±4.65	7.13±3.60	t=1.668 p=.092	t=-2.502 p=.048*
t ve p	t=2.075, p=.045*		t=-9.232, p=.000*			
Duygusal Yük	5.60±3.84	2.53±1.86	4.67±5.05	9.02±3.94	t=.933 p=.145	t=-11.266 p=.031*
t ve p	t=8.165, p=.000*		t=-9.740, p=.000*			
Toplam Puan	45.33±15.80	36.61±10.89	41.79±19.35	53.73±16.09	t=.906 p=.250	t=-5.580 p=.046*
t ve p	t=4.263, p=.000*		t=-12.732, p=.000*			

* $p<0.05$

4.1.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Sonrası Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin destek grup süreci öncesi ve sonrasına göre yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt ve toplam boyut puan ortalamaları Tablo 7’de verilmiştir.

Yapısal Stil: Girişim grubunun yapısal stil alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (14.52±3.05) ve post-test (15.78±3.13) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-2.382$, $p=.022$). Kontrol grubunun yapısal stil alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (15.69±2.86) ve post-test (13.28±4.59) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=7.221$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, yapısal stil alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=-1.806$, $p=.940$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında ($t=2.959$, $p=.012$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 7).

Gelecek Algısı: Girişim grubunun gelecek algısı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (13.86±3.56) ve post-test (14.81±3.09) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-2.139$, $p=.039$). Kontrol grubunun gelecek algısı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (13.52±4.22) ve post-test (9.43±2.75) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=10.499$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, gelecek algısı alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=.401$, $p=.523$) ve post-test puanları arasında ($t=8.431$, $p=.426$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 7).

Aile Uyumu: Girişim grubunun aile uyumu alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (20.39±5.50) ve post-test (21.92±5.39) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-2.561$, $p=.015$). Kontrol grubunun aile uyumu alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (23.89±4.39) ve post-test (16.17±2.77) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=16.985$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, aile uyumu alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=-3.235$, $p=.096$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark

yokken, post-test puanları arasında ($t=5.945$, $p=.001$) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır (Tablo 7).

Kendilik Algısı: Girişim grubunun kendilik algısı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (22.94 ± 4.76) ve post-test (24.50 ± 4.32) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-2.850$, $p=.007$). Kontrol grubunun kendilik algısı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (24.67 ± 4.42) ve post-test (23.47 ± 3.79) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=4.182$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, kendilik algısı alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=-1.719$, $p=.472$) ve post-test puanları arasında ($t=1.152$, $p=.201$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 7).

Sosyal Yeterlilik: Girişim grubunun sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (22.52 ± 5.32) ve post-test (25.07 ± 4.63) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=-3.661$, $p=.001$). Kontrol grubunun sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (24.21 ± 4.66) ve post-test (19.41 ± 3.63) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=11.195$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=-1.551$, $p=.111$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında ($t=6.139$, $p=.034$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 7).

Sosyal Kaynaklar: Girişim grubunun sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (26.86 ± 5.35) ve post-test (31.55 ± 3.42) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-8.390$, $p=.000$). Kontrol grubunun sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (26.80 ± 3.01) ve post-test (22.39 ± 3.51) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır ($t=10.654$, $p=.000$). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında ($t=12.038$, $p=.706$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında ($t=.066$, $p=.000$) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardır (Tablo 7).

Toplam Psikolojik Dayanıklılık Puanı: Girişim grubunun YPDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (121.00±18.34) ve post-test (133.73±16.16) puan ortalamaları arasındaki 13 puanlık bir artışın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür (t=-6.769, p=.000). Kontrol grubunun YPDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, pre-test (127.82±14.80) ve post-test (102.89±11.44) puan ortalamaları arasındaki 25 puanlık bir düşüşün istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür (t=21.765, p=.000). Girişim grubu ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, YPDÖ toplam puan ortalamaları açısından; pre-test puanları arasında (t=-1.887, p=.214) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, post-test puanları arasında (t=9.892, p=.046) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 7).



Tablo 7: Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Destek Grup Süreci Öncesi ve Sonrası Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar Ölçek	Girişim Grubu (n:38)		Kontrol Grubu (n:46)		Pre-test	Post-test
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	t	t
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	p	p
Yapısal Stil	14.52±3.05	15.78±3.13	15.69±2.86	13.28±4.59	t=-1.806 p=.940	t=2.959 p=.012*
t ve p	t=-2.382, p=.022*		t=7.221, p=.000*			
Gelecek Algısı	13.86±3.56	14.81±3.09	13.52±4.22	9.43±2.75	t=.401 p=.523	t=8.431 p=.426
t ve p	t=-2.139, p=.039*		t=10.499, p=.000*			
Aile Uyumu	20.39±5.50	21.92±5.39	23.89±4.39	16.17±2.77	t:-3.235 p=.096	t=5.945 p=.001*
t ve p	t=-2.561, p=.015*		t=16.985, p=.000*			
Kendilik Algısı	22.94±4.76	24.50±4.32	24.67±4.42	23.47±3.79	t=-1.719 p=.472	t=1.152 p=.201
t ve p	t=-2.850, p=.007*		t=4.182, p=.000*			
Sosyal Yeterlilik	22.52±5.32	25.07±4.63	24.21±4.66	19.41±3.63	t=-1.551 p=.111	t=6.139 p=.034*
t ve p	t=-3.661, p=.001*		t=11.195, p=.000*			
Sosyal Kaynaklar	26.86±5.35	31.55±3.42	26.80±3.01	22.39±3.51	t=12.038 p=.706	t=.066 p=.000*
t ve p	t=-8.390, p=.000*		t=10.654, p=.000*			
Toplam Puan	121.00±18.34	133.73±16.16	127.82±14.80	102.89±11.44	t=-1.887 p=.214	t=9.892 p=.046*
t ve p	t=-6.769, p=.000*		t=21.765, p=.000*			

*p<0.05

4.2. Niteliksel Bulgular

4.2.1. Ana ve Alt Temalar

Çalışmada üç ana tema ve bu temalara ait alt temalar belirlenmiştir. Üç ana tema; aile sürecinde iyileşme, bakım süreci ile baş etmeyi öğrenmek ve bakım sürecinde anlam bulmak şeklindedir (Tablo 8).

Tablo 8: Ana ve Alt Temalar

Ana Temalar	Alt Temalar
Aile Sürecinde İyileşme	<ul style="list-style-type: none">• Hastalık sürecini kabullenmek• Aile içinde bağlılığın artması• Hastayı affetmek• Bakımda destek görmek
Bakım Süreciyle Baş Etmeyi Öğrenmek	<ul style="list-style-type: none">• Hastalık ve bakım hakkında bilgi edinmek• Yaratıcı problem çözme becerilerini geliştirmek• Sabırlı olmayı öğrenmek• Yalnız olmadığını düşünmek• Kendisine zaman ayırmanın önemini anlamak• Şükretmek• Bakış açısını değiştirmek
Bakım Sürecinde Anlam Bulmak	<ul style="list-style-type: none">• Sevginin gücüne inanmak• Yaşamına dokunmak• Bakımı borç olarak görmek

Aile Sürecinde İyileşme/ Gelişme

Aile sürecinde iyileşme ana temasının dört tane alt teması vardır. Bunlar hastalık sürecini kabullenmek, aile içinde bağlılığın artması, hastayı affetmek ve bakımda destek görmektir.

Hastalık sürecini kabullenmek

Destek grup sürecinin bakım verenlerin hastalığı ve bakım sürecini kabullenmesini sağladığı bildirilmiştir.

Katılımcı 2, kızı: Ama ben en azından hastalığın gidişatı süresince kabullendim önceden neden benim annem diyorduk ama şimdi öyle demiyorum. Bundan sonra onun daha mutlu

olmasını sağlayacağız. Annemin mutluluğu, babamın mutluluğunu sağlayacağız. Bu toplantılar benim için aslında en önemli şey hastalığı kabullenmek, biz hepimiz bu süreçte öncelikle hastalığı kabullendik. Bunun sadece bizim başımıza gelmediğini, herkesin başına gelebileceğini, bunun bir hastalık olduğunu öğrendik, kabullendik. Ve bununla nasıl başa çıkabileceğimizi, hem kendimiz için hem de hastamız için nasıl başa çıkabileceğimizi öğrendik.

Katılımcı 4, kızı: İşte bu toplantılar kabullenmeyi kazandırıyor. Çünkü inadına mı yapıyor bana, beni mi sinirlendirmek için yapıyor diye çok sorguluyorduk. Artık kabullendik.

Katılımcı 6, eşi: Bu toplantılara geleli ben çok rahatladım. Yani böyle hastama nasıl davranacağımı ne yapacağımı öğrendim. Bu öneriler çok işe yaradı. Önceden bana bir şey söylediğinde kırılıyordum ama artık bu adam hasta diyorum çok rahatım. Kabullendim hastalığı.

Katılımcı 9, kızı: Bu toplantılarda öğrendiğim en önemli şey hastalığı kabullenmemdi ve hastaya nasıl davranmam gerektiği idi. Her şeyi burada öğrendim. Genellikle hastalığın başlangıcında aynı şeyleri yaşıyoruz. Aslında en güzeli ılımlı yaklaşmak.

Katılımcı 18, eşi: Biz hastalara nasıl davranırsak onlardan o şekilde geri dönüş alıyorduk. Biz sinirli bağırırsak sinirli geri dönüş oluyordu. Siz burada bize hastalığı kabullenmeyi öğrettiniz.

Katılımcı 20, eşi: İlk eşime teşhis konulduğunda dedim ki ben ne yaptım da bu hastalık beni buldu ben bunu hak ettim mi dedim. Böyle bir şey neden benim başıma geldi diye düşündüm. Ama kabulleninceye kadar bu duygu oluştu sonra bu toplantılara gelip onun hasta olduğunu kabullenince daha kolay oldu. Yani o zaman o duygu kayboluyor da siz sanki bir çocuğa bakar gibi vicdanınıza artık insanlık görevi oluyor. Tanrı ile hesaplaşmayı bitirdikten sonra yani kabullendikten sonra daha kolay.

Katılımcı 23, eşi: Toplantıların başında nasıldım dokunsalar ağlayacak gibiydim. Hastalığı kondurmak istemiyordum, kabullenmek istemiyordum. Bu hastalık neden beni buldu diyordum isyan ediyordum, bu kadar insan varken ben neden böyleyim diyordum. Ama yalnız değilmişim. Ama işte burada kabullenme sorunu vardı ama şimdi kabullendim ve çok daha

iyiyim. Sizden aldığımız telkinlerden arkadaşlardan aldığımız telkinlerden ne bileyim ben çok daha iyiyim. İyi hissediyorum kendimi.

Katılımcı 37, eşi: Eşimin rahatsızlığını kabullenmem açısından toplantılar çok yardımcı oldu. Burada paylaşımlar, deneyimler, sizin eğitimleriniz bu tür hastaların nasıl bakılacağı neler yapabileceğimiz kendimizi nasıl hissetmemiz gerektiği konusunda çok yardımcı oldu. Ben şahsen kabullenme konusunda zaman zaman sıkıntı çeksem de, artık kabul ettim. Çünkü bu süreçte her geçen gün biraz daha farklı şeylerle karşılaşıyorsunuz. Üç gün beş gün öncesini değil o anda olanı bile unutabiliyor.

Aile içinde bağlılığın artması

Bakım verenler bu süreçte diğer aile üyeleri ile daha iyi iletişim kurabildiklerini, kendilerini takdir ettiklerini ve aile içinde birbirlerine olan bağlılıklarının arttığını bildirmişlerdir.

Katılımcı 4, kızı: Şimdi abimin bana karşı olan tavırları çok değişti geçenlerde hastalandım aman sen iyileş biz anneme bakarız dediler. Daha önce hastalandığımda sen evdesin ama anneme bakmaya gelmiyorsun demişlerdi. Şimdi annemin eskiye göre bakım gereksinimleri çok arttı alt temizliği yapmak zorundayız. Bizim abimle olan bağlılığımız kat kat arttı. Çünkü bazen tek başıma kalıyordum anlatamıyorum hastalığı. Bu hastalar bilinçli yapmaz diyordum hayır çok zeki diyorlardı. Bunu bilinçli yapmıyor annem diyordum.

Katılımcı 25, kızı: Babam ezelden beri çok huysuz bir adamdı. Eskiden babamıza yaklaşamazdık şimdi onunla şakalaşyoruz, mıcıkıyoruz. Gençken yapamadıklarımızı yapıyoruz. Babamla olan ilişkilerimiz eskiye göre çok daha iyi artık daha farklı bakıyorum bu duruma.

Katılımcı 26, kızı: Birbirimize destek olmaya çalışıyoruz. Daha zor günleri düşünüp halimize şükrediyoruz. Daha kötü günlerimiz gelecek sabredelim dayanalım deyip birbirimizi rahatlatmaya çalışıyoruz ve bu toplantılar sayesinde ablamla olan bağlılığımız daha çok arttı.

Katılımcı 29, kızı: Kızımı gerçekten ihmal ediyordum. Kızım da bana üzülüyor sen bu kadar kendini feda ediyorsun hasta olacaksın diyordu. Annemin babamın olduğu kadar kızımın da bana ihtiyacı vardı. Artık kızıma daha çok zaman ayırıyorum çok daha iyi anlaşıyoruz, kızımınla birbirimize olan bağlılığımız arttı. Bu süreçte artık o da daha anlayışlı bana karşı.

Hastayı affetmek

Destek grup sürecinin başında hasta ile geçmişte olumsuz deneyim ve ilişki yaşayan bakım verenler bakımda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Affedemeyen hasta yakınları hastalığın getirdiği bazı bakım sorunlarını daha ağır hissettiklerini ve kabullenmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. Destek grubun sonunda ise bazı bakım verenler hastayı ve diğer aile üyelerini affettiklerini bildirmişlerdir.

Katılımcı 1, kızı: Annem de kız kardeşimi hep ayırdı bizden o çok zayıf diye kocası aksi diye ona daha çok ilgi gösterirdi. Benim kızım onaylamadığımız bir evlilik yaptı benim annem babam da düğününe yardım etti. Bu durum da beni ve eşimi çok kırmıştı. Ama şu son zamanlarda bakıyorum da o kadar yardıma ihtiyacı var ki. O ayırdığı kız kardeşim bakmıyor ben bakıyorum yine. Her şeyden öte o benim annem artık olan oldu diyorum affettim ben annemi.

Katılımcı 5, eşi: Geçmişte çok sıkıntılar yaşattığı için eşime çok kızgındım bir de bu hastalık ortaya çıktı. Yani inanın ben eşimle ayrılmanın eşiğine gelmişim yani neden neden böyle diyordum doktorlar bir şey yok diyordu ama ben böyle saçma sapan hareketler neden yapıyor diyordum. O hareketleri artık hastalığından dolayı yaptığımı biliyorum. Ben affettim. Bazen diyorum ki Allah bu hastalığı eşime ben onu affedeyim diye verdi. Şimdi kıyamıyorum yani. Bakıyorum konuşamıyor bile adam, karnı mı acıktı susadı mı o kadar üzülüyorum ki. Yoksa diyordum ki hiç affetmeyeceğim onu. Hatta ayrılacağım diye çıktım yola ama onu da yapamadım. Ama şimdi iyi ki ayrılmamışım diyorum, ayrılıysaydım da bu sefer vicdan azabı çekerdim. Acaba ben ayrıldım da mı bu adam hasta oldu derdim.

Katılımcı 26, kızı: Babam önceden de böyle sinirli, baskıcı, dediğim dedik bir adamdı. Tamam, iyi yönleri de vardı ama annemi hep hırpaladı. Eskiden de böyleydi ama son zamanlarda artık bu adam bunları hastalığından dolayı yapıyor diyoruz. Okadar bakıma muhtaç ki ben kendi adıma onu affettim, artık arkama değil önüme bakıyorum ve diyorum ki bu günümüzü yaşayacağız.

Bakımda destek görmek

Destek grup sürecinin başında birçok bakım veren bakım sorumluluğunu paylaşmayan diğer aile üyelerine olan kızgınlıklarından bahsetmiştir. Evlat bakım verenler kardeşlerinden, eş bakım verenler ise çocuklarından ilgi ve destek beklediklerini bildirmiştir. Destek grup

sürecinin sonunda ise aile içi etkileşimi sağlayabilen bakım verenlerin bakımda destek gördüğü gözlenmiştir.

Katılımcı 2, kızı: Biz üç kardeşiz biliyorsunuz ama biz iki kardeş sürekli bakıyorduk. Büyük ablam hiç ilgilenmiyordu. O daha mantıklı ve daha sabırsız. Onunda bize destek olmasını istedik ama bakım işinde bizim gibi sabırlı değil. Bizde bu defa anne ve babanın fatura ödeme, hastaneye götürme gibi bakım ihtiyaçlarını ona yükledik. Diğer ablamla ben gece gündüz annemle babamla ilgileniyoruz oda en azından dışarı işlerini yapıyor. Artık birbirimize karşı çok daha anlayışlıyız.

Katılımcı 14, kızı: Biz altı kardeşiz ben en büyükleriyim ama kardeşlerimin hiç birisi annemin durumunu anlamıyor kadına yardımcı olmuyordu. Sürekli benim onları uyarmam gerekiyor. Şimdi bir de erkek kardeşlerim küstüler. Bende bunları bir gün bir araya topladım, durumu anlattım. Eğer annem için ellerinizi taşın altına koymayacaksanız o zaman tüm bağlarınızı kopartın dedim. Annemi asla size muhtaç etmeyeceğim dedim. Bu konuşmadan sonra annemin hastalığını ciddiye almaya başladılar. Artık gündüz bir kardeşim gece başka bir kardeşim mutlaka uğruyor annemin yanına. Ayrıca hastane işi olunca arabası olan kardeşlerimden birisi ilgileniyor. Eskiden hep ben arar söylerdim artık biraz biraz onlarda ilgilenmeye başladılar. Bu toplantılar bana cesaret verdi.

Katılımcı 18, eşi: Geçen gün otobüs kartını unutmuşum kızım anne neden dikkat etmiyorsun dedi kızım dedim bütün hafta ben ilgileniyorum bugün de sen düşünseydin dedim. Üzülme artık çok daha duyarlı her gün arıyor soruyor bir bakmışım babasını almış gezmeye götürüyor. Artık hafta sonu çocuklarıma diyorum hafta içi benim hafta sonu sizin babanız, ne yaparsanız yapın diyorum onlarda seve seve bakıyorlar.

Bakım Süreciyle Baş Etmeyi Öğrenmek

Bakım süreciyle baş etmeyi öğrenmek temasının yedi alt teması vardır. Bunlar; hastalık ve bakım hakkında bilgi edinmek, yaratıcı problem çözme becerilerini geliştirmek, sabırlı olmayı öğrenmek, yalnız olmadığını düşünmek, kendisine zaman ayırmanın önemini anlamak, şükretmek ve bakış açısını değiştirmektir.

Hastalık ve bakım hakkında bilgi edinmek

Destek grup sürecinin bakım verenlerin bilgi eksikliğini giderdiği ve bakım ile ilgili öğrenilen bilgilerin uygulamaya yansıtılmasını sağladığı bildirilmiştir. Bakım sorunları ile eskiye göre daha iyi baş edebildiklerini de bildirmişlerdir.

Katılımcı 2, kızı: Uygulamaya ilişkin bilmediğimiz her şeyi biz bu toplantılarda sorup cevabını alabildik. Bu da çok önemliydi bizler için. Uygulamaya ilişkin ancak kitaplardan öğrenmeye çalışıyordum ama yetmiyordu, bu toplantıların çok faydası oldu. Yol haritamızı çizdiniz yani. Mesela annem her girdiği ortamda herkese merhaba diyor, insanlar tuhaf tuhaf bakınca ben çok rahatsız oluyordum ama artık bende merhaba diyorum. Diyebiliyorken desin annem.

Katılımcı 15, kızı: Babam aynı şeyleri tekrar ettiğinde daha ilk defa duyuyormuş gibi dinliyoruz bazen de cümleleri tamamlayamıyor o zamanda hadi baba devam et diyoruz. Televizyon izlerken o filmlerin gerçek olduğunu sanıyor ve bazen küfür ediyor. Bizde böyle onu rahatsız edecek şeyleri izletmiyoruz. Bunları hep buradan öğrendim.

Katılımcı 16, eşi: Ben gerçekten hastalık hakkında hiçbir şey bilmiyordum. Bu toplantılarla hastamla nasıl iletişime geçebileceğimi öğrendim. Onunla doğru şekilde tartışmadan bir şeyleri nasıl yaptırabileceğimi bunun gerçekten olabileceğini öğrendim. Çünkü ondan öncesinde çarşıda pazarda her yerde inatlaşıyorduk ve ben çok ağlayarak eve geldiğimi biliyorum. İnsanlarla görüşmek istemiyordum bir geçtiğim sokaktan tekrar geçmek istemiyordum. Ama şimdi biliyorum ki hastam onu beni kırmak için yapmıyormuş yani amacı o değilmiş. O onun farkında değilmiş. Sakin kalmayı, hastayı kabullenmeyi çevremdekilere hastalığı anlatabilmeyi öğrendim. Bunlar benim için güzel kazanımlar.

Katılımcı 17, kızı: Eğer bir şeye öfke duydu mu onunla inatlaşmıyorum hemen dikkatini başka yöne çekiyorum veya temas kuruyorum. Burada paylaştığınız bilgiler pazarda kitapçıda satılmıyor. Yaşamak daha da önemli. Anı yaşamaya çalışıyorum artık hiçbir şeyi ertelemiyorum.

Katılımcı 18, eşi: Bu toplantılara katılmadan önce başı kesik tavuk gibiydim hiçbir yakınımdaya yoktu bilmiyordum hastalığı. İnternete sarılıyorum beyinde şöyle olur böyle olur. Hasta yakınımın hastaya nasıl davranacağına dair bilgiler yok. Bende o bilimsel terimleri bilmem yani büyük bir şans eseri idi. Sizlerle tanıştıktan sonra bu toplantılarda gülüştük ağlaştık,

kabullendik. Tamam, kabul ettik hasta ama o hastaya nasıl davranılması gerektiğini bilmiyorduk davranışlarımızı sadece burada öğrenmek ile de değil evde kendimiz deneyerek de bulabiliyoruz. Ama buradaki arkadaşlarımızla paylaştığımız fikirlerle birleştirerek. Ben daha önce çoğu şeyi bilmezdim hep buradan öğrendim. Daha sonra ses tonumuzu ayarlamayı öğrendik. Hani boş bir duvara şarkı söylersen şarkı olarak dönüyor, avazın çıktığı kadar bağırırsan öyle dönüyor ha aynı boş bir duvar gibi. Ben ona nasıl davranırsam aynı şekilde tepkiyi alıyorum bunları öğrendim.

Katılımcı 21, kızı: Ben tecrübe ettim. Ben bundan sonraki hayatımda çevremdekilere yardımcı olabileceğimi düşünüyorum. İnsanları yönlendiriyorum. Ben artık herkese söylüyorum babamın hastalığını, babamla yaşadıklarımı arkadaşlarıma öğrencilerime anlatıyorum. Arkadaşlar bakın böyle böyle oluyor diyorum. Bunlara dikkat edin diyorum. Hastalığı anlatıyorum, bakım diyorum bu hastalık olduğu zaman saklamayın. Sağlık kuruluşuna gidin. Onlar diyor ki aa benim dedemde de bunlar var o zaman onlarda mı hasta diyorlar. Bu benim misyonum belki de bu, insanlara yardım etmek amaçlı diyorum. Ben bilinçleniyorum sizin sayenizde çok teşekkür ediyorum. Herkese hepinize çok teşekkür ediyorum. Gerçekten çok farklı bir ortamla tanıştım ve babama nasıl davranacağımızı anneme nasıl yardımcı olacağımızı, ailemden çok sizlerden destek gördüm çok teşekkür ediyorum yani. Hepimizin paylaşımları bizi çok aydınlattı.

Katılımcı 23, eşi: Yani bazı şeyleri hakikatten bilmiyormuşuz, ben biraz evvelde söyledim. Çok aksi yani ben onunla sürekli karpıştıyormuşum yanlış yapıyormuşum, inatlaşmamam lazımmış. Şimdi şimdi ayağım suya değdi, geldiğimiz bu toplantılardan, konuştuklarımızdan, sizin bize öğrettiklerinizden anlıyorum. Oluruna bırakacaksınız dediniz ben hep şimdi oluruna bıraktım. Yeşil derse tamam yeşil demeye gayret ediyorum. Yok, mavi derse öyle diyorum, inatlaşmıyorum.

Katılımcı 28, eşi: Bu toplantılar bana çok çok iyi geldi yani hem kendimi kontrol etmeyi hem hastamı kontrol etmeyi hem de evdekilerle baş etmeyi öğrendim. Bana çok iyi geldi bu toplantılar çok destek oldu hem nasıl davranacağımı öğrendim. Kendime de eşime de faydası oldu. Daha mutlu daha huzurluyuz şuan. Nasıl diyeyim hem eşimle hem etrafımla da daha barışık oldum. Çünkü yani nasıl davranacağını bilmediğim için rahatsızlığı seni agresif yapıyor. Onu sürekli öyle görmek ona sabretmeye katlanmaya çalışmak seni agresif yapıyor. Çok zorluyordu. Ben artık onun bir hasta olduğunu rahatsız olduğunu yani bilinçli

yapmadığını elinde olmadan yaptığını düşünerek ona nasıl davranacağımı öğrendim anladım. Ben çok daha huzurlu çok daha mutlu çok daha sakinim. Çok iyi geldi eşimde çok mutlu çok huzurlu. Her yönden çok rahatım.

Katılımcı 35, eşi: Bu toplantılar bana ne yapmam gerektiğini öğretti. Nasıl hareket etmem gerektiğini biliyordum artık bilinçlendim. Ondan önce demans ne, ne yapacağım ben bilmiyordum. Bana bu yönden çok faydası oldu evde çocuklarımla da paylaşıyorum. Onlar da benimle birlikte bilinçlendiler. İnşallah siz devam edersiniz. Çok teşekkür ederim. Rabbim bundan daha beter etmesin. Ben destek gruptan güç alıyorum ben buraya gelince olaylara daha değişik bakıyorum, daha böyle kendimi güçlü hissediyorum. Daha farklı hissediyorum kendimi buranın çok faydası oldu yoksa kitap okumakla, internete girmekle bu iş olmuyor. Gerçekler burada oralarda kırıntılar var. O kırıntıları toplayacaksın bir araya getireceksin anlayacaksın da falan filan o yüzden çok teşekkür ediyorum. Benim psikoloğumda buraya destek gruba yönlendirdi. Dokuz Eylülde ben psikoloğa da gittim ama burası kadar faydalı olmadı, bana hiçbir ipucu vermedi hastalığı anlatmadı üç ay sonra gel dediler.

Yaratıcı problem çözme becerilerini geliştirmek

Bakım verenler hastalarının davranışları karşısında yaratıcı çözümler bulduklarını, hastaların dikkatlerini başka yöne çektiklerini, rol yaptıklarını belirtmişlerdir. Böylece hastanın bakımını daha rahat sürdürebildiklerini bildirmişlerdir.

Katılımcı 12, kızı: Mesela ben annemin tuvalet davaları olsun ya da başka bir şey olsun annem hep gülerken tamam anneciğim diyorum. Komedi türünde yani cevap veriyorum. Komşularım diyorlar ki bana sen böyle davranmasan sen bu olayı atlatamazsın.

Katılımcı 18, eşi: Eşim mesela sıcak su vanasını sürekli açıyordu ben onu yeşile boyadım artık karıştırıyor. Ellerini yoluyordu ben hemen elini tutuyorum aşkım elimi tutar mısın dedim. Böylece elini yolamadı. Napayım böyle böyle çözümler buluyorum. Sadece çok yalan söylüyorum. Yalan değil tiyatro bunlar.

Katılımcı 19, kızı: Babam sürekli bizim köydeki evde tavuk çiftliği kurulduğunu anlatıyordu. Öyle bir şey yok ama gerçekte. Daha sonra günlerce hikâye anlattı ben o adamları vurduğum kovaladım şöyle böyle anlatıyor. Bende bir sabah dedim ki baba amcam köyden aradı o adamlar tutuklanmış, hapse atmışlar. Tavukları da götürmüşler dedim. Bak gördün mü senin

ahın tuttu dedim. Babam sonra çok sevindi bir daha da bu konu hakkında konuşmadı unuttu gitti.

Katılımcı 29, kızı: Bit olayı geri geldi yine başında bit olduğunu sanıp sürekli yıkıyor. Yeni şampuan aldım, buldum bir ilaç kutusu koydum içine verdim eline. Onu ilaç sanıyor. İlk başlarda onunla inatlaşıyordum şimdi çözüm bulmaya çalışıyorum. Aslında hastanın değil hasta yakınının bir şeyler öğrenmesi gerekiyor. Hastanın yolu belli..

Katılımcı 31, kızı: Mesela benim annemin altı bezli ama ben tuvalete gideceğim diyor. Biz onu alıyoruz tuvalete götürüyoruz. Altı bağlı bir şekilde orada oturuyor oturuyor kalkıyor. Sanki tuvaletini yapmış gibi. Hiç onunla inatlaşmıyoruz bu konuda. Hem yürüyüş yapmış oluyor.

Sabırlı olmayı öğrenmek

Destek grup sürecinde bakım verenler hastalarına bakım konusunda daha anlayışlı ve sabırlı olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcı 1, kızı: Hastayla daha sabırlı olmayı öğrendik daha sakin bir şekilde davranıyorum.

Katılımcı 2, kızı: Sabretmeyi öğrendik, neler yapabileceğimizi öğrendik. Benim için en önemli kazanımlar bunlardı. Birlikten gerçekten kuvvet doğuyor. Paylaşımlarımız oldu, hem sizlerle hem arkadaşlarla bilgi ve tecrübe paylaşımı oldu.

Katılımcı 8, eşi: Bu toplantılara geldiğimden beri çok daha sabırlı oldum, daha hoşgörülü oldum. Mesela eşim daha uzun aralıklarla o bağırmalarını yapıyor. Belki ben önceden ona sert cevap veriyordum ama şimdi susabiliyorum, oturup bekliyorum. O zaten bir müddet yapıyor o işi, bağıyor bağıyor. Sonra yatıyor kendi de farkında değil tabi bağırdığının. Sonra yarım saat sonra kalkıyor böyle bir durgunluk var. Sonra unutuyor. Ben artık onu bekliyorum. Mesela evvelden karşıda kardeşim oturuyor oraya kaçır giderdim korkudan ama bakıyorum onlarda sesini duyuyorlar şimdi ablam gelecek şimdi gelecek diyorlarmış ama ben gitmiyorum. Demek ki ben bu durumu daha kolay atlatabiliyorum. Bekliyorum şimdi korkmuyorum, evvelden korkuyordum. Sonra o uyuyup uyandıktan sonra günaydın Nazmi diyorum ben ona sanki hiçbir şey olmamış gibi. Sonra onun o hali geçiyor ve ben şimdi daha iyi vakit geçiriyorum. Daha güzel beraber gülebiliyoruz, takılabiliyoruz. Herkes mesela

kardeşlerimde eşimin daha iyi olduğunu benim daha iyi olduğumun farkında. Hastaya nasıl muamele edeceğimizi öğrendik.

Katılımcı 18, eşi: Biz sabrı ve kendimize vakit ayırmayı öğrendik. Biz hastalara nasıl davranırsak onlardan o şekilde geri dönüş alıyorduk. Biz sinirli bağırırsak sinirli geri dönüş oluyordu. Biz burada hastalığı kabullenmeyi öğrendik. Sabırla yaklaşmayı öğrendik.

Katılımcı 20, eşi: Daha hoşgörülü daha sabırlı olduk herkese karşı yani.

Yalnız olmadığını düşünmek

Destek grup sürecinde bakım verenler hastalık sürecinde yalnız olmadıklarını, herkesin bu hastalığa yakalanabileceğini öğrendiklerini bildirmişlerdir. Bu durumun hastalığı kabullenmeyi kolaylaştırdığını da bildirmişlerdir. Destek grup sürecinde bazı bakım verenler arkadaşlık kurmuş, oturumlar dışında da görüşmeye başlamışlardır.

Katılımcı 5, eşi: Başlarda ben çok ağlıyordum şimdi artık ağlamıyorum. Ne yapalım oldu diyorum. O yüzden ben hepimize çok çok teşekkür ediyorum. Kapısını çalabileceğimiz bir insan var. İşin içinden çıkamadığımız zaman arayabileceğimiz birisi var diyorum artık.

Katılımcı 16, eşi: Etrafımda ne kadar çok demans hastası olan kişi varmış. İnsan başına gelmeyince çevresindekinin farkına varamıyor. O yüzden çevremizdekilere kızmamak onların bizi anlamasını beklememek gerekiyor. Yaşamayınca insanlar bilemiyor. Sadece hastalığı öğrenmedik çok güzel arkadaşlıklarımız oldu dostlar edindik. Böyle yatmadan önce whatsapp bakıyorum. Bu grupta olduğumuz için bizler gerçekten çok şanslıyız. Burada yalnız olmadığımı öğrendim bu benim için çok önemliydi gerçekten. Benim gibi yaşayan çok insanın olduğunu öğrendim teşekkür ediyorum iyi ki varsınız. Umarım devam eder.

Katılımcı 17, kızı: Hayatın içinde o labirent gibi yolda ilerlerken sizler bizlere nefes oldunuz. Siz bize şurada tanı koyupta ilaç önermiyorsunuz sadece zihinsel olarak bizi yıkadınız duruladınız gerçekten ben öyle hissediyorum. Demans toplantısına gittiğinde ne yapıyorsun, demans toplantısına geldiğimde herkes zehrini akıtıyor ve dışarıya tekrar yıkanmış olarak çıkıyorum. Tekrar hayatıma devam ediyorum diyorum. Ben bu kadar labirentlerin içerisinde tek başıma ilerlerken sizler bana nefes oldunuz yalnız olmadığımı gösterdiniz. Ben sizlerle tekrar tekrar yolumu buldum ışığım oldunuz benim. O açıdan hepimize teşekkür ediyorum.

Katılımcı 18, eşi: Çok güzel arkadaşlarımız oldu böyle istediğimiz zaman gece gündüz arayıp bilgi alabileceğimiz insanlar oldu. Mesela biz Nevin ile sürekli görüşüyoruz.

Katılımcı 29, kızı: Şöyle ki ben buraya gelmeden önce ben kendimin yalnız olduğunu düşünüyordum. Buraya geldikten sonra diğer insanlar ile de tanışınca yalnız olmadığımı gördüm. Aynı sıkıntıların onlarda da olduğunu gördüm.

Kendisine zaman ayırmanın önemini anlamak

Bakım verenlerin çoğu hastanın bakımıyla ilgilenmekten, kendi hayatları ile hastanın bakımı arasında sıkışıp kalmaktan dolayı kendilerine zaman ayıramadıklarını ama destek grup süreciyle birlikte bu konuda daha farklı düşündüklerini artık kendilerine zaman ayırabildiklerini ve bunun için çabaladıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcı 6, eşi: Önceden olsa ben Sivas'a gitmeyi bile düşünemezdim ama artık ben gideceğim siz babanızla ne yaparsanız yapın diyorum çocuklarıma. Beni bir hafta idare edin diyebiliyorum çocuklarıma. Geçen günde dedim ben, birkaç gün alın götürün babanızı ben torunuma bakacağım dedim. Ay o üç gün nasıl iyi geldi bir bilseniz. Allah razı olsun hepinizden. Artık bana kötü bir şey söylese de ben o rahatsız diyorum ses etmiyorum kafama da takmıyorum.

Katılımcı 12, kızı: Ben artık kafamı dağıtmak için arkadaşşıma, yakın görüştüğüm bir arkadaşşımla 15 günde bir dışarıya çıkıyorum, öğleden sonraları. Dışarıda bir şey yiyip içip sohbet ediyoruz. 15 günde bir çıkmak yetmiyor ama mesela diyelim çok sıkıldım, bir akşam oğlumla birlikte sinemaya gidiyorum. Onunla beraber biraz dışarı çıkıyoruz. Bazen de evde film seyretmeyi çok seviyorum. Daha önceden annem rahatsız olmadan önce Türk sanat müziği korosundaydım, bilgisayar kursuna, ahşap boyama kursuna gittim. Ama annemin hastalığından sonra hepsi bitti. Ama burası bana çok iyi geldi. Sizin iyiliğiniz eşinize oğlunuza yansıyor, arada kalmıyorsunuz. Ama hepsini yavaş yavaş rayına oturttum. Eskiden çok ağlıyordum biliyorsunuz ya ama artık öğle değilim. Buna da şükür diyorum.

Katılımcı 25, kızı: Ben bazen çok sıkılıyordum bu toplantılara gelip gitmek iyi geldi. Kendimi biraz dışarı atabildim. Kendi kendime diyorum ki derin derin nefes al. Boşver kafaya takma hadi gezmeye git gez dolaş diyorum. Siz diyorsunuz ya ileride şu haline şükredersiniz bende onları düşününce şükrediyorum diyorum babam şimdi her şeyi kendisi yapabiliyor. Bu

toplantıların devamının gelmesini istiyorum. Sizin yakınlığınız arkadaşların samimiyeti, sanki akrabalarından daha yakınmışız gibi hissediyorum. Çok teşekkür ederim.

Katılımcı 29, kızı: Ben buraya geldiğimden beri şunu öğrendim. Sürekli hasta için bir şeyler yapmaya çalışıyoruz çaba gösteriyorsunuz ya aslında boşa kürek çekiyoruz. Ben bu hastalığı ilk duyduğumda bir doktor bana dedi ki, “kendin için zaman ayır” dedi, bu başta bana çok anlamsız geldi. Dedim ki ben annem Alzheimer olmuş ben bu durumda napıcam diyorum o bana dedi ki lütfen kendin için zaman ayır bu 3 saat olur ama bir gün olur. Sonra aynı şeyi bana burada da sizler söylediniz. Yine ilk bu grupta söylendiğinde önerildiğinde çok şey gelmişti bana, yanlış gelmişti. Hani orada bir hasta varken neden sağlam olarak kendini düşünmemi söylediklerini çok anlamsız bulmuştum. Ama bir süre sonra hakikaten kendime zaman ayırmanın gerekli olduğunu öğrendim. İki gün önce eşini Alzheimerden kaybeden bir yakınım oda aynı şeyi önerdi, fırsat buldukça ama yarım saat ama bir saat ne kadar olursa olsun evden dışarıya kendini at mutlaka zaman ayır. Hiçbir şey yapmasan da yürüyüş yap dedi. Hakikatten bu faydalı, çünkü orada aynı ortamda bulunduğunda aynı çemberin etrafında dolaşıyorsun. Ben uzun süredir çalışıyorum. Kendimce eğer becerebilirim emeklilik tarihi koydum kendime. Seneye temmuz ayında devlette 30 yılımı dolduruyorum. Annem babam böyle hasta olmasaydı daha da çalışırdım. Ben 53 yaşındayım. Ben bir yandan kendim için akşam şöyle yatarken sabah erken kalkmamak niyetiyle yatmak istiyorum. Hayatımı programlamak istemiyorum. Artık annemle babamla kendimi ayrı tutuyorum. Ne kadar ayrı tutuyorsun diyeceksin ama yine akşam oradayım. Kızıma eskisine göre biraz daha zaman ayırmaya başladım. Babam bana çok yapışıyor annem sen git ben hallederim diyor. O kendi dünyasında çok mutlu. Ama babam beni çok yoruyor. Artık kızımın bir dolanıp geliyoruz. Bu toplantılarla sorunlara bir şekilde çözüm bulmayı öğrendik. Ben hiç bulunamayacağını düşünüyordum. Bulmak zorundayız. Ben bunu öğrendim, hep öğrenmek hayat. Ben önceden sorunların çözülemeyeceğini düşünüyordum ama buraya gelince öğrendim. Bunun yapmamız gereken olduğunu öğreniyorsunuz. Mesela ben annemin babamın bakımına çok yönelmişim kızımı ihmal ediyordum. Bunun böyle olduğunu bu toplantılarda öğrendim. Bunun sonu yok dipsiz bir kuyu bir iş. Verdikçe veriyorsun verdikçe veriyorsun. Dur diyen yok, derdini anlayan yok. Hiç olmazsa kızım anlıyor ama. İnsan kendisini göremiyor. Öyle olduğuna inanıyorsunuz. Birde vicdanın el vermiyor ama bunun vicdanla bir ilgisi yok.

Katılımcı 31, kızı: Bu toplantı tamamen kendi hayatımı da yaşamam gerektiğini öğrendim ve bunu yavaş yavaş yapmaya başladığım zaman anneme ihanet ediyorum düşüncesinin tamamen yanlış olduğunu bu toplantılarda daha da iyi oturttum beynimde yani.

✚ Şükretmek

Destek grup sürecinde bakım verenler kendi hastaları ve bakım süreçleriyle gruptaki diğer bakım verenlerin hastalarının durumunu ve bakım süreçlerini kıyasladıklarında şükrettiklerini bildirmişlerdir.

Katılımcı 4, kızı: Biz abime hem anlatıyorduk ama kıyaslama yapıyordu sürekli. Ama bu toplantılara geldiğinden beri diğer hastaların durumunu anlayınca, şimdi daha çok şükür yoluna gidiyor. Bizim annemiz en azından anlıyor diyor. Bize cevap verebiliyor, muhabbet edebiliyor.

Katılımcı 8, eşi: Diğer hastalarla kıyaslayınca benimki daha iyi diyorum mesela benim eşim yalnız kalabiliyor, konuşabiliyor, kendisine bakabiliyor benim eşim 9. senesine girdi hastalıkta. Buna şükür diyorum çünkü kendim sağlıklıyım ben ona bakabiliyorum, çocuklarıma ağırlık vermek istemiyorum. Ama becerebiliyor olmama şükrediyorum. Benim bu yaşında sağlıklı oluşum beni mutlu ediyor. Allah'ın sevdiği kuluymuşum, sağlıklıyım ben.

Katılımcı 21, kızı: Babamın başına gelebilecek en güzel şey demans hastası olmasıydı. Çünkü başka bir hastalık olsaydı babam kesinlikle tedaviyi kabul etmezdi. Bana bir şey olursa hastalık gelirse çekin vurun beni derdi. Ben gerçekten şükrediyorum başka bir hastalığı olsaydı bize daha çok çektirirdi. İki erkek kardeşimin arasında maddi sorunlar vardı ikisi anlaşıyorlardı, babam böyle hasta olunca bir dakika ya bu dünyada ölüm de var dediler şimdi daha iyiler. Son bir iki aydır daha iyiler. Şimdi anneme yardımcı olmaya çalışıyorlar. Şükrediyorum ben farklı etkinlikler yapmak isterdim böyle derneklerde çalışmak isterdim. Allah bana yol gösterdi, bu tür hastalıklarda ilgilenmek önemli, hasta yakınlarını en azından ziyaret etmek gerektiğinin ne kadar önemli olduğunu anladım. Ben şuan halime şükrediyorum, sağlıklıyım ki bunları yapabiliyorum kotarabiliyorum. Eşim var çocuklarım var çalışma hayatım öğrencilerim var. Kendimi seviyorum eğer bir misyonu varsa bu yaşamın bir şeyler yapmak lazım.

Katılımcı 28, eşi: Senin içinde olduğun durumun daha kötülerini olduğunu haline şükretmen gerektiğini öğrendim. Hakikatten her durumda şükretmek gerekiyormuş bunu öğrendim. O

ağırlığı üzerimizde taşıyorduk, şimdi ağırlığı paylaşmayı öğrendik. Hastalığını herkese anlatıyorum çok rahatım.

Katılımcı 32, oğlu: Hastamızın hastalığının dünyanın en önemli şeyi olmadığını öğrendik, buraya gelince şükretmemiz gerektiğini öğrendik. Annemin teşhisi 2009 da konuldu ama annem hala kendi yemeğini kendisi yiyor, kendi tuvaletine gidebiliyor. Namazını bile kılabiliyor.

Bakış açısını değiştirmek

Destek grup toplantılarına katılan bakım verenler hastaya, hastalığa, aileye ve çevreye olan bakış açılarını pozitif yönde değiştirdiklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcı 12, eşi: Bu toplantıların bana iyi geldiğini, rahatladığımı fark ettim. Diğer bakım veren bireyleri dinleyince birçok şeyle hayata bakış açım değişti. Şimdi daha sakinim kendime zaman ayırmaya çalışıyorum. Çünkü ben iyi olursam hem hastamla hem de ailemle daha iyi iletişim kurabilirim diye düşünüyorum. Eskiden şu olmamış bu olmamış diye kafama taktığım şeyleri yapmıyorum. Olduğu kadar diyorum. Kısacası hayata çevremdeki herkese anneme aileme her şeye karşı bakış açım değişti. Şimdi her şeye daha güzel gözle bakıyorum annemle daha iyi sabırla ilgileniyorum. Bu toplantıları düzenlediğiniz, birçok konuda bizleri aydınlattığınız ve bildiklerimizi çevremizdekilerle paylaşmamızı sağladığınız, kısacası hayatımda bazı şeylerin değişmesinde önemli rol oynadığınız için sizlere çok teşekkür ederim.

Katılımcı 19, kızı: Benim hiç kendime güvenim yoktu. Annemle babamla ilgilenirken onlarla uğraşırken, kendimi tamamen unutmuştum, kaybetmişim. Hiçbir şey gözümde artık hiçbir şey yoktu. Ama buraya başlayınca bir parça olsun kendime güvenim geldi. Kendimi sevmeyi öğrendim. Kendimle bir parça ilgilenmeyi öğrendim.

Katılımcı 21, kızı: Kendi sağlığıma dikkat etmeye başladım. Anı yaşamamızın gerektiğini öğrendim. Mutlu olabileceğim ufak tefek şeyler bulmaya çalışıyorum. Hayata olan bakışım değişti.

Katılımcı 29, kızı: Buraya gelmek farkındalık anlamında çok güzel. Başkalarından biraz beklentiye girmiştim. O beklentiyi sıfırladım mesela onu da öğrendim. Ya şunu bekliyorum, bugün ben bakayım da sen istediğini yap teklifinin bekliyorsun o gelmiyor. Öyle bir teklifi de beklemiyorum artık. Şimdi kendi kendime çözüm bulmayı öğrendim, eskiden başkalarından

bir çözüm gelecek diye bekliyordum. Öyle bir şey yok. Bunu kendin üretirsen üretirsin kimse senin için bir şey yapamıyor. Belki bende yapmıyorumdur. İnsan başına gelince daha iyi anlıyordur. Herkes aynı şekilde hayata bakmıyor. Annem hayatı boyunca hep koşturdu ama şimdi yanında sadece ben varım. Ben elimden geldiğinde yardım ediyorum başkalarına ama ben onları bıraktım artık burada bunu öğrendim çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Katılımcı 31, kızı: buraya geldiğimden beri daha farklı bir görüşe sahip oldum yani kabullendim hayatımı da yoluna koydum. Burada birçok şeyi yeniden öğrendim, şunu şöyle yapayım dediğim çok şey oldu teşekkür ederim.

Bakım Sürecinde Anlam Bulmak

Bakım sürecinde anlam bulmak temasının üç tane alt teması vardır. Bunlar sevginin gücüne inanmak, yaşamına dokunmak ve bakımı borç olarak görmektir. Bakım verenler bakım sürecinin zorluklarını sevginin gücüyle yendiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca bu süreçte birbirlerinin yaşamlarını etkilediklerini ve bakım verdikleri bireye karşı borçlarını ödemeye çalıştıklarını içinde kendikleri mutlu hissettiklerini bildirmişlerdir.

✚ Sevginin gücüne inanmak

Bazı bakım verenler bu süreçte sevginin gücüne inandıklarını, hastalarına severek baktıklarını böylece kendilerini çok daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcı 3, eşi: Sevginin çok şeyi çözeceğini düşünüyorum. Hatta bazen düşünüyorum bu hastalığın dönüşü yok diyorlar, ben sevgi ile bu hastalığın tedavi edileceğini düşünüyorum. Sevgi ile bu işin üstesinden gelip sonra doktorumuza bildireceğim. Sevgi ile bu hastalığı yenebileceğimi ve durdurabileceğimi düşünüyorum. Eşimde hiçbir ilerleme göremiyorum altı yıl oldu kısmen olabiliyor. Eşim kendisine iyi bakıyor ve iyileşeceğim diye düşünüyor, ilaçlarını düzgün alıyor. Doktorumuza çok inanıyor, o iyi derse ben iyiyim diyorum. Bende eşime mümkün olduğu kadar ilgi gösteriyorum bende eşimin yanında olmak için işimden ayrıldım. Sevgi sevgi sevgi..

Katılımcı 4, kızı: Sevgi çok önemli. Ben annemi çok seviyorum ve ona iyi ki Allah uzun ömür vermiş diyorum. Sevgiyle paylaşılınca her şey kolaylaşıyor. Görsev hoca annenize duyduğunuz sevgi onun evresini ilerletmiyor dedi. Toplantıya ilk katıldığım için bende bir kere daha çok teşekkür ediyorum çok pozitifsiniz. Yani verdiğiniz enerji hastalıkları bizim çabalarımızı daha çok enerjik olmamızı ve hastamızı daha çok sevmemizi sağlıyor. Ben ilk

geldiğim gün birçok kişide böyle bir umutsuzluk hastaya karşı sabır eksikliği ve böyle ne yapabiliriz bu vardı ve herkesin gözünde yaş vardı herkes ağlıyordu. Hastaya falan nasıl bakacağını böyle çaresizlik vardı hepimizde her birimizde. Özellikle arkadaşımın ağladığını hiç unutmuyorum ondan çok etkilenmiştim. Ama şimdi herkesin gözleri ışıltılı, sevgiyi yeniden hatırladık.

Katılımcı 8, eşi: Eşim beni seviyor ve beni kısıtlamıyor, eşim diyor ki canım senin toplantın vardı hani sen git bak sakın benim için kalma, ben çok mutluyum, gayet iyiyim. Bunu her zaman yapmıştır hala da yapıyor. Aramızdaki sevgi her şeyi kolaylaştırıyor bende severek bakıyorum.

Katılımcı 18, eşi: 20 yıl eşimi kapıda bekledim arabası gelsin diye, 20 yıl aşk yaşadık. Şimdi hala çok seviyorum. Eşim bana yardımcı oluyordu, hiçbir kötülüğünü görmedim eşimin, hala seviyorum ve severek bakıyorum. Ama artık kendi mutluluğumu da yaşıyorum. Eşime artık çok acımıyorum, hastalığın gereği o diyorum. Ben insanları seviyorum, çiçekleri seviyorum, hayvanları, hayatı seviyorum her şeyi çok seviyorum. Açıkçası yaşamayı seviyorum.

Katılımcı 20, eşi: Siz bize diyorsunuz ya çok iyi insanlarsınız hayır gerçekte siz çok iyi kalpli insanlarsınız. Böyle bir projeye katıldığımız için çok teşekkürler çok güzel bir şey yaptınız. Gerçekten bu bizim için büyük bir mucize oldu. Böyle bir zamanda tam da önümüze çıkan hem de bu hastalıkta. Sizin sevginizde bizleri iyileştirdi.

Katılımcı 23, eşi: Eşimin beni sevdiğini hissediyorum. Bizlere düşen onları hoş tutmak ve sevmek.

Yaşamına dokunmak

Bakım verenler destek grup sürecinde araştırmacıların ve birbirlerinin duygularına dokunduklarını ve bu sayede iyileştiklerini belirtmiştir.

Katılımcı 2, kızı: Ağladık ilk günler çok ağladık. Ama işte içimizdeki o zehiri döktük, psikoloğa da gitseniz sizi o kadar iyi anlayamayabilir. Hepimiz burada birbirimizin psikoloğu olduk, çünkü hepimiz aynı şeyleri yaşadığımız için paylaşımımız çok arttı. Ben hepimize hem tüm katılımcılara hem de sizlere hepimize çok teşekkür ediyorum. Destek gruplar devam etsin. Eski ve yeniler şeklinde, biz çok fayda gördük yeni gelecek arkadaşlara da yardımcı oluruz. Hemşirelik mesleğinde özellikle sadece iş bilir olmakta değil, sizlerin özeni bize

yaklaşımı yani bunlar çok önemli şeylerdi. Bizleri düşünüyor olmanız bizlerin kendimizi değerli hissetmesine neden oldu. İyi bir eğitimci olmanızın yanı sıra insanın duygusuna dokunmak bize dokunmak. Bunlar çok farklı kılıyor bu toplantıları.

Katılımcı 18, eşi: Taşa bile dokunuşunda hayat veren insanlar var, bizlerde birbirimizin hayatlarına dokunduk. Taş bu kadar güzel olduysa düşünün bizlerin yüreğinin güzelliğini.

Katılımcı 21, kızı: Sizler benim hayatıma dokundunuz beni iyileştirdiniz sadece beni değil etrafımdaki en az 15 kişiyi iyileştirdiniz. Çok teşekkür ederim iyi ki sizinle karşılaştık.

Katılımcı 26, kızı: Birde bu toplantılardaki o duygu paylaşımı en büyük ihtiyaçtı, birbirimizin duygularına dokunduk, sarıldık ağladık sonra güldük. Çünkü başka insanların yanında yalnız hissediyorsunuz sizi kimse anlamıyor bunları yaşayanların bir araya gelip duygularını veya davranışlarını paylaşması hepimize yol gösteriyor. Ve işte duygu paylaşımı çok önemli kendimizi çok iyi hissediyoruz burada. Rahatlıyoruz, bize büyük bir terapi oluyor. Hastalarımızdan çok burası bize yaradı. Ama biz iyi olunca onlarda iyi oluyor. Yanlış düşüncelerimizi ve davranışlarımızı düzeltme şansı bulduk çok teşekkür ediyorum. İnsanla uğraşmak hayattaki en zor şey. Ve karışımızdaki insan artık duygularını düşüncelerini kontrol edemiyor söylediğini bilmiyor, ne kadar bilerseniz de zaman geliyor yıkıcı oluyor söylenen sözler.

Bakımı borç olarak görme

Birçok bakım veren bakım verdikleri bireye karşı borçlu olduğunu ve bu nedele severek baktıklarını bildirmiştir. Özellikle geçmişte iyi ilişkiler yaşan bakım verenler ve evlat bakım verenlerin bu sorumluluğu daha çok hissettiği belirlenmiştir.

Katılımcı 3, eşi: Evlenirken söylenen iyi günde kötü günde prensibini 40 yıldır aynı şekilde uyguluyorum ve düşünüyorum. Eşim rahatsızlanmaya başladı diye sırt çevirecek bir halimiz asla olamaz. Aksine eski günlerin hatrına sevgiyle bakıyorum.

Katılımcı 4, kızı: Ben küçükken annem benim için nasıl uykusuz kaldıysa benim için nasıl fedakârlıklar yaptıysa saymaya kalksam şimdi sizde dersiniz böyle annenin başında bütün gün durulur dersiniz. Annem çok fedakârlık yaptı bizim için o yüzden biz annemize çok düşkünüz. Biz göçmeniz, babam erken yaşta vefat etti. Annem sırtında kömür taşıdı bizim için yıprandı. E şimdi sıra bize geldi ben nasıl elimin tersiyle iteyim ki şimdi sıra bende. Şimdi görev bende onun bize baktığı gibi.

Katılımcı 14, kızı: Ben bunun bizim başımıza da gelebileceğini düşünüyorum nasıl zamanında annemiz babamız bize baktıysa. Bizimde onlara bakmamız gerekiyor. Bizi gerektiğinde doktora götürdüler hastalandık bize baktılar. Bizimde şimdi evlat olarak onlara karşı bir görevimiz diye düşünüyorum. Hani ben hiç gocunmadan yapıyorum.

Katılımcı 21, kızı: Tabi ki annem babam hasta olunca ben onlara bakacağım. Yani almış olduğumuz gelenek görenek, aile terbiyesi, onlar mutsuzken ben mutlu olamam.

Katılımcı 37, eşi: Eşim 44 yıllık hayat arkadaşım benim biz bununla bir hayatı paylaştık çok zor günlerimiz oldu, köyde çalıştık varlık gördük, yokluk gördük, sıkıntı gördük. Ve o bana üç tane pırıl pırıl evlat verdi, öğretmenliği yönetimi çok başarılıydı. Çevrede sevilen sayılan bir insandı şimdi bana da olabilirdi bir şeyler. O bana böyle davranırdı ben şimdi o açıdan bakıyorum evlatlarımın torunlarımın annesine iyi bakmam gerektiğini düşünüyorum. Ben o açıdan bakıyorum. Ben vicdanen, çok sıkıntılı günlerimde yanımda olduğu için 40 yıllık eşim olduğu için, beni kırmadığı için ben ona bakacağım.

5. TARTIŞMA

Demans hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine uygulanan Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup sürecinin bakım verenlerin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada tartışma bölümü aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

- Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Destek Grup Sürecinin Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi
- Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Destek Grup Sürecinin Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılıkları Üzerine Etkisi

5.1. Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Destek Grup Sürecinin Bakım Verenlerin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi

Çalışma sonunda girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım veren yükü envanterinin alt boyutlarından, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark varken ($p<0.05$), zaman bağımlılık yükü ve gelişimsel yük alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Destek grup süreci sonunda girişim grubundaki bakım verenlerin bakım veren yükü azalırken, kontrol grubunun bakım veren yükü artmıştır.

Bu sonuçlara göre **“Hipotez 1, 1c, 1d, 1e”** kabul edilmiş, **“Hipotez 1a ve 1b”** reddedilmiştir.

Çalışmada elde edilen üç ana tema (aile sürecinde iyileşme, bakım süreci ile baş etmeyi öğrenmek, bakım sürecinde anlam bulmak) niceliksel bulguları desteklemekte ve açıklamaktadır. Bakım verenler destek grup süreci sonunda aile sürecinde iyileşme yaşadıklarını, hastalık ve bakım ile baş etmeyi öğrendiklerini ve bakımda anlam bulduklarını bildirmişlerdir.

Destek grup sürecinde bakım verenlerin diğer aile üyelerinden destek gördükleri, hastalık hakkında bilgi edindikleri, hastalarındaki davranışsal sorunlar ile daha iyi baş edebildikleri ve kendilerine az da olsa zaman ayırıp kendi sağlıklarına önem verdikleri için fiziksel yüklerinin azaldığı düşünülmektedir.

Bakım verenler destek grup sürecinin başlangıcında evden hiç çıkmadıklarından, hastalarını yalnız evde bırakmadıklarından ve sosyal çevrelerinin hastalıkla birlikte azaldığından bahsetmişlerdir. Bakım verenler zaman içerisinde toplantıların kendilerini daha iyi hissettirdiğini, anlaşıldıklarını ve benzer durumda olan kişilerle birlikte oldukları için yalnız olmadıklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin aile sürecinde iyileşme sonucu bakımda destek görmeleri, kendilerine zaman ayırmanın önemini anlamaları ve sosyal kaynaklarının artması ile birlikte sosyal yüklerinin azaldığı düşünülmektedir.

Geçmişte olumsuz ilişkiler yaşayan bazı bakım verenlerin hastalığı ve hastalarını anlamaya çalışmaları ve hastalarını affetmeleri ile olumsuz duygulardan kurtuldukları gözlenmiştir. Bakım verenler artık hastaları ile inatlaşmadıklarını, onların davranışların dolayı utanmadıklarını bildirmişlerdir. Bakım verenlerin kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamın sağlanmasıyla duygu ve hislerini daha rahat ifade edebildikleri düşünülmektedir. Bakım verenler hastalığın getirdiği olumsuz durumlarla baş edebildiklerini, hastalık sürecini kabul ettiklerini, aile içinde desteğin ve bağlılığın arttığını, şükretmeyi öğrendiklerini ve daha sabırlı olabildiklerini bildirmişlerdir. Tüm bu değişikliklerin bakım verenlerin duygusal yüklerini azaltmış olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan analizlerde bakım veren yükü alt boyutlarından zaman bağımlılık yükü ve gelişimsel yük alt boyutlarında girişim ve kontrol grubunda fark bulunmamıştır. Zaman bağımlılık yükü bakım verenin bakım için harcadığı zaman ve yapmış olduğu bakım uygulamalarından kaynaklanan yükü tanımlamaktadır. Zaman bağımlılık yükünün girişim öncesi ve sonrası azaldığı halde deney ve kontrol grubu arasında fark oluşturabilecek kadar azalmamasının, yapılan girişimlerin bakım verenin bakım için harcadığı zamanı azaltmaktan çok bakım sürecine bakışı değiştirmeyi hedefleyen girişimler olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gelişimsel yük, bakım veren bireylerin yaşamlarında akranları ile olması gereken yerde olmadığı duygusundan kaynaklanmaktadır. Destek gruba katılan bakım verenler bakım verme rolünü üstlendiği için yaşamlarını istemeden değiştirmek zorunda kaldıklarından (emekli olmak, şehir değiştirmek, evlat bakım verenlerin eşlerinden ayrılması, hastanın evine taşınmak vb) bahsetmişlerdir. Yaşamda değişiklik yapmak zaman gerektiren bir durumdur. Çalışmada kullanılan ölçeğin alt boyutlarından gelişimsel yük alt boyutu kısa süreli girişimler

ile değiştirilemeyecek parametreleri içemektedir. Bu nedenle gelişimsel yük alt boyutunda anlamlı bir fark sağlanamadığı düşünölmektedir.

Destek grup girişimini güçlendirmek ve bakım verenlere holistik yaklaşmayı sağlamak için bu çalışmada Watson İnsan Bakım Teorisi kullanılmıştır. Hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyoköltürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileştiği bilimsel, etik, estetik, profesyonel bir süreç olarak tanımlayan Watson İnsan Bakım Teorisi, hemşirenin bakım verdiği bireyi sadece fiziksel değil sosyal, psikolojik, költürel ve spiritüel yönden de ele almayı sağlayan bütöncöl bir bakım modelidir (WCSI, 2010).

Teorinin ana kavramlarından birisi olan iyileştirme süreçleri bireye bütöncöl bakmakta, bütöncöl tanılmakta ve bütöncöl iyileştirmektedir (WCSI, 2010). Çalışmada destek grup oturumları iyileştirme süreçlerine temellendirilmiştir. Bakım verenlere inanç ve umut aşılanarak (İyileştirme süreci (İS) 2) onların yaşamda anlam bulması ve umut etmeleri sağlanmıştır. Kendisine ve bireylere duyarlı olması sağlanarak (İS 3) hastayı affetmesi, hastalığı kabullenmesi, aile içinde bağlılığın artması ve bakımda destek görmesi sağlanmıştır. Yardım edici güven verici ilişki (İS 4) geliştirilerek, bireysel baş etmeleri geliştirilirken, duygu ve hislerini ifade edilmesi ve kabulü (İS 5) ile yaşamdaki önceliklerin farkına varmaları, olaylara karşı bakış açılarının pozitif yönde değişmesi ve affetme sağlanmıştır. Yaratıcı bilimsel problem çözme becerileri (İS 6) ve transpersonel öğrenme- öğretme (İS 7) ilişkisi ile karşılıklı bilgi ve tecrübe paylaşımı gerçekteştirilmiştir. Destek grup oturumlarında bakım verenlerin rahatça paylaşım yapabilecekleri güvenli bir ortam yani iyileştirme çevresi (İS 8) oluşturularak sosyal etkileşimleri sağlanmış ve yalnız olmadıklarını düşünmeleri sağlanmıştır. Bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlerinin karşılanmasının (İS 9) ne gibi yararları olabileceği konusunda önerilerde bulunularak diğer aile üyelerinden bakımda destek almalarının ve kendilerine zaman ayırmalarının önemi vurgulanmıştır. İnanç sistemleri (İS 10) hakkında konuşularak bakım sürecini daha olumlu algılamaları sağlanmaya çalışılmıştır.

Literatürde Watson İnsan Bakım Teorisi'ni kullanarak bakım verenlere yönelik yapılmış herhangi bir destek grup çalışmasına rastlanmamıştır. Fakat literatürde bakım verenlere destek grup girişiminin uygulandığı ve sonuçlarının değerlendirildiği çok sayıda çalışma mevcuttur (Chien ve ark., 2011; Marim ve ark., 2013; Thompson ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda destek grup girişiminin, bakım veren yükünü ve depresyonu azalttığı,

psikolojik iyilik halini arttırdığı, sosyalleşmeyi sağladığı, yaşam kalitesini ve öz yeterliliği arttırdığı ve iletişim becerilerini geliştirdiği bildirilmiştir (Fung ve Chien, 2002; Wang ve ark., 2012; Chien ve ark., 2011; Steffen ve Mangum, 2012; Thompson ve ark., 2007; Chu ve ark., 2011; Marim ve ark., 2013; Pinna ve ark., 2012; Demir ve Platin, 2012; Stern ve ark., 2008; Yurtsever ve ark., 2013). Çalışmadan elde edilen bulgular ile bu alanda yapılmış araştırma sonuçları uyumludur.

5.3. Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Destek Grup Sürecinin Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Üzerine Etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin destek grup süreci sonrası psikolojik dayanıklılık düzeyi toplam puan ortalamaları, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir fark varken ($p < 0.05$), gelecek algısı ve kendilik algısı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 7).

Bu sonuçlara göre “*Hipotez 2, 2a, 2c, 2e, 2f*” kabul edilmiş olup, “*Hipotez 2b, 2d*” reddedilmiştir.

Kişinin kendisi hakkındaki düşüncelerini sorgulayan yapısal stil alt boyutunda girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Bireylerin baş etme becerilerinin artmasıyla birlikte kendilerine olan güvenlerinin arttırıldığı düşünülmektedir. Bakım vermenin getirdiği güçlükler, bireylerin zaman içerisinde kendilerini algılamalarını olumsuz yönde etkilemekte, kendilerini daha kırılgan, daha mutsuz hissedebilmektedirler (Çetinkaya ve Karadakovan, 2012). Watson İnsan Bakım Teori’si insana değer vermeyi onun iç gücünün ortaya çıkarılması gerektiğini desteklemektedir (Watson, 1999). Destek grup sürecinde bireylerin kendilerine güven duyması içindeki gücün ortaya çıkarılması ile kendilerini daha doğru ve yeterli algılamaları sağlandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin hastalık sürecini kabullenmelerinin, aile içinde bağlılığın ve desteğin arttırılmasının ve geçmişte olumsuz ilişki yaşadıkları bireyi affedebilmelerinin aile içi ilişkilerde iyileşme ve gelişmeyi sağlandığı ve psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından aile uyumunu arttırdığı düşünülmektedir.

Destek grup sürecinin başında bazı bakım verenlerin grup içinde kendilerini ifade etmekten çekindikleri ve sessiz kalmayı tercih ettikleri gözlemlenirken aynı bakım verenlerin

sürecin sonuna doğru kendilerini daha iyi ifade edebildikleri gözlenmiştir. Ayrıca zamanla grup içinde birbirleri ile arkadaşlıklar kurdukları ve toplantılar dışında da görüştükleri gözlenmiştir. Bakım verme sürecindeki güçlüklerden dolayı sosyal hayatı olumsuz etkilenen ve yetersiz olan bireylerin destek grup ile birlikte sosyal kaynaklarının arttığı da gözlenmiştir. Tüm bu değişikliklerin bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından olan sosyal yeterliliğini ve sosyal kaynaklarını arttırdığı düşünülmektedir.

Friborg ve arkadaşları (2005) gelecek algısı ve kendilik algısı alt boyutlarının bireyin kendi kişisel gücünü nasıl algıladığını açıkladığını bildirmişlerdir. Psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından olan gelecek algısı ve kendilik algısı alt boyutlarında iki grup arasında anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Girişim grubundaki bakım verenlerin destek grup oturumlarının başlangıcına göre gelecek algısı alt boyut puan ortalamasında yaklaşık bir puan, kendilik algısı alt boyut puan ortalamasında ise yaklaşık iki puanlık bir artış görülmektedir. İki grup arasında anlamlı bir fark elde edilemese de girişim grubundaki bu artışın bireylerin baş etme becerilerinin geliştirilmesi, duygusal ve sosyal yönden desteklenmesi ile birlikte sağlandığı, böylece bireylerin kişisel güçlerinin artırıldığı düşünülmektedir.

Psikolojik dayanıklılık bileşenlerinin incelendiği çalışmalarda, dayanıklılığı yüksek olan bireylerin sosyal destek kaynaklarının olduğu, kişiler arası ilişkilerinin iyi olduğu, hastalığı kabullendikleri ve pozitif baş etme becerilerini kullanabildikleri bildirilmiştir (Almberg 1997; Hinrichsen 1994; Deist ve Greeff, 2015; Donnellan ve ark., 2015; Wilks ve Croom, 2008; Parkinson ve ark., 2016). Çalışmamızda da benzer bir şekilde bakım verenler kendilerinin yalnız olmadıklarını anladıklarını, nereden ve kimden yardım alabileceklerini öğrendiklerini, aile içi ilişkilerinde iyileşme olduğunu, hastalığı kabullendiklerini ve baş etme becerilerini geliştirebildiklerini ifade etmişlerdir. Bu nedenle İnsan Bakım Teorisi'nin bileşenlerinden iyileştirme süreçlerinin ve destek grup sürecinin psikolojik dayanıklılık düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Literatürde bakım verenlerin dayanıklılık düzeyini arttırmaya yönelik yapılmış teori temelli her hangi bir destek grup girişimi çalışmasına rastlanılmamıştır. Psikolojik dayanıklılık ile Watson İnsan Bakım teorisi arasında doğrudan bir bağlantı vardır (Piccinato ve Rosenbaum, 1997). Dayanıklı bireylerin üç önemli özelliği vardır bunlar; a) anlam bulmak için derin hissetme yeteneğinin olması, b) stresli yaşam olaylarıyla baş edebilmek için bilişsel yeteneğinin olması ve c) bu yetenekleri kişisel gelişim için yararlı hale getirebilmektir

(Kabosa, 1979). Watson'nın (1989) teorisinde bahsettiği kendini tanıma, kendine saygı, kendi kendini iyileştirme, öz bakım kontrolü, bağlılık ve meydan okuma, dayanıklılığın bileşenleri ile doğrudan ilişkilidir.

Transpersonel bakım sayesinde, hemşireler zihinsel- bedensel ve ruhsal evrimi gerçekleştirerek iç gücün keşfedilmesini sağlamakta ve bakım verenlerin uyumunu arttırmaktadır (Watson, 1985). Bu içsel güç ve kendini kontrol etme becerisi Kabosa (1979) tarafından açıklanan, iç kontrol odağı ile de benzerdir. Anlam bulan bakım verenlerde; iç uyum (zihin- beden- ruh), kendini kontrol, sağlık ve iyileşme sağlanabilmektedir (Piccinato ve Rosenbaum, 1997). Çalışmamızda da bakım verenler bu süreçte baş etmeyi öğrendiklerini ve bakım sürecinde anlam bulduklarını belirtmişlerdir.

Watson, bakımın transpersonel etkileşim ile aktarıldığını bildirmektedir. Bu çalışmada da kişiler arası etkileşiminin sağlanması için iyileştirme süreçleri rehber olarak kullanılmıştır. Girişim grubundaki bakım verenlere iyileştirme süreçleri uygulanırken, kuramın özünde olan sevgi, ilgi, önemseme, özgün ilişki, duyguların ifade edilmesi sağlanmıştır. Watson bu deneyimlerin hemşirelik bakımının özü olduğunu ve bu deneyimlerin hemşire ve birey için iyileşme sağladığını bildirmiştir (Watson, 2012). Girişim grubundaki bakım verenler destek grup süreci sonunda verdikleri geri bildirimlerle, toplantıların sorunlarını çözdüğünü, kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu deneyimlerin, teorinin temel felsefesini yansıtan bir yaşantı olduğu düşünülmektedir.

Watson'nın iyileştirme faktörleri kullanılarak bakım verenlerin bakım sürecinde anlam bulmaları, psikolojik dayanıklılıklarının artması, kişisel gelişimlerinin ve bağlılıklarının artması, bakım verenlerin kendilerini yeniden keşfetmeleri sağlanabilir. Bakım verenin tanılanması, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde iyileştirme süreçleri rehber olarak kullanılmalıdır. İnsan Bakım Teorisi'nin tıbbi odaklı değil insan, iyileştirme ve sevgi odaklı olması hemşireye birey merkezli, saygılı, güvenli, duyarlı, dürüst, ulaşılabilir bakım vermede rehber oluşturmaktadır (Durgun Ozan, Okumuş, 2013). Watson'nın iyileştirme faktörlerinin ve destek grup sürecinin birlikte, bakım vermek gibi zorlu bir süreçte bakım verenin bakım yükünü azaltacağı, olumsuz duygularla ve sorunlarla baş etme gücünü ve psikolojik dayanıklılık düzeyini arttıracığı ve hem bakım verenin hem de bakım alan bireyin yaşam kalitesini iyileştireceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Demans hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine uygulanan Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup sürecinin bakım verenlerin bakım veren yükü ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- ❖ Bu çalışma ile ilk defa Watson İnsan Bakım Teorisi demans hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin hemşirelik bakımında kullanılmıştır.
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup süreci bakım verenlerin bakım veren yükü toplam puanını, fiziksel, sosyal ve duygusal yükü azaltmaktadır.
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup süreci bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyini arttırmaktadır. Ayrıca destek grup süreci psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından yapısal stili, aile uyumunu, sosyal yeterliliği ve sosyal kaynakları da arttırmaktadır.
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup süreci bakım verenlerin aile sürecinde iyileşme sağlamaktadır.
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup süreci bakım verenlerin baş etmesini güçlendirmektedir.
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilmiş destek grup süreci bakım verenlerin bakım sürecinde anlam bulmalarını sağlamaktadır.

Sonuç olarak, araştırmanın hemşirelik bilgisinin gelişmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda belirlenen öneriler aşağıdaki gibidir.

6.2.1. İç Hastalıkları Hemşireleri ve Geriatri Hemşireleri İçin Öneriler

- ❖ Hemşirelerin, araştırmanın sonuçları konusunda bilgilendirilmesi,
- ❖ Demans hastalığı olan bireye bakım verenlerin hemşireler tarafından tanınması, olası problemlerin erken belirlenmesi,
- ❖ Destek grup toplantılarının rutin bakım içerisine yerleştirilmesi ve daha geniş kitlelere ulaştırılması,
- ❖ Bakım veren yükünü azaltacak, psikolojik dayanıklılık düzeyini arttıracak, olumlu baş etme yöntemlerinin kullanımını arttıracak hemşirelik girişimleri ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının planlanması,
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisi'nin hemşireliğin her alanında kullanılması ve hemşirelik bakım planı içerisine yerleştirilmesi,
- ❖ Bakım verenlerin yaşadığı yerlerin iyileştirici çevreye göre düzenlenmesi önerilmektedir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisi'nin hemşireliğin her alanında bilimsel yöntemlerle test edilmesi,
- ❖ Bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyi arttırmaya yönelik yeni stratejilerin geliştirilmesi,
- ❖ Watson İnsan Bakım Teorisi'ne temelli hemşirelik bakım rehberlerini hazırlayıp, bu rehberlerin uygulanabilirliğinin, bakım verenler ve bakım alanlar üzerine etkilerinin ve hemşirelik bakım sonuçlarının değerlendirilmesi,
- ❖ Bakım veren yükü dışında bakım veren stresi, zorlanma, anksiyete, depresyon gibi diğer psikososyal parametreler üzerine etkisini inceleyen girişimsel araştırmaların yapılması,
- ❖ Destek grup girişimi ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- ❖ Destek grup girişimlerinin 6 aydan daha uzun zaman dilimlerinde ve tekrarlı olarak yapılması,
- ❖ Farklı ölçüm araçlarının kullanılması,

- ❖ Homojen gruplarda (yaş, cinsiyet, hasta ile yakınlık derecesi, bakım süresi ve hastalık evresi vb.) çalışılması,
- ❖ Girişim sonrası etkinin ne kadar süre devam ettiğinin aralıklı ölçümlerle izlenmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran. *Int J Prev Med* 2012;3(8):544–551.
2. Akça-Kalem, Öktem Ö, Emre M. Kısa blessed oryantasyon-bellek konsantrasyon testi (BOMC) ve standardize mini mental test (SMMT) betimsel istatistik değerlerinin bir normal erişkin Türk örnekleminde saptanması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002;39:95-102.
3. Akça-Kalem S, Hanagası H, Cumming JL, Gürvit H. Validation study of the Turkish translation of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). In abstract book p.58, poster no Presented at the 21 st international conference of Alzheimer's Disease international, İstanbul, Turkey, 2005, September 28 October 1.
4. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları 3. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti. 2005; 440-455.
5. Akpınar B, Küçükgülü O, Yener G. Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(3):248-54.
6. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2009;16(3):32-49.
7. Alligood MR. Philosophies, models, and theories: critical thinking structures. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Nursing theory: Utilization & application*. 3rd ed. New York: Mosby Elsevier; 2006. p. 43-61.
8. Alm AK, Hellzen O, Norbergh KG. Experiences of family relationships when a family member has dementia. *Open Journal of Nursing* 2014;4:520-527.
9. Almberg B, Grafström M, Winblad B. Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *J Adv Nurs* 1997;26(4):683-91.
10. Alzheimer Europe 2014. The prevalence of dementia in Europe for Turkey. URL:<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Turkey>. Erişim tarihi: 03.09. 2016.
11. Alzheimer's Disease International and World Health Organization. *Dementia: a public health priority*. Geneva, Switzerland; 2012. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf, accessed June 2015). Erişim tarihi: 03.07. 2016.
12. American Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016;12(4).

13. Arslantaş D, Özbabalık D, Metintaş S, Özkan S, et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience* 2009; 16: 1455-59.
14. Bank AL, Arguelles S, Rubert M, Eisdorfer C, Czaja SJ. The value of telephone support groups among ethnically diverse caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist* 2006;46(1):134–138.
15. Barlett H, Gray L, Byrne G, Travers C et al. Dementia a national health priority, dementia research mapping project final report. Commonwealth Department of Health and Ageing, Queensland, Australia 2006;11(12):82-101.
16. Basım N, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22(2):104-14.
17. Bernick L. Caring for older adults: practice guided by Watson's caring-healing model. *Nurs Sci Q* 2004;17(2):128-34.
18. Beydoun MA, Beydoun HA, Gamaldo AA, Teel A et al. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2014;14:643.
19. Blessed G, Tomlinsin B, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects. *Brit J Psychiatry* 1968;114:797-811.
20. Boots LM, de Vugt ME, van Knippenberg RJ, Kempen GI et al. A systematic review of internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psych* 2015;29(4):331-44.
21. Bourgeois MS, Schulz R, Burgio LD, Beach S. Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease: outcomes of an intervention study. *Journal of Clinical Geropsychology* 2002;8:53–73.
22. Buckwalter KC, Garad L, Maas M. Caregivers and their support. In: Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG editors. *Principles and practice of geriatric psychiatry*. 2nd ed. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2002:775-7.
23. Bulut S. Elazığ ili Abdullahpaşa bölgesinde demans prevalansı ve demans alt grupları. *Demans Dergisi* 2002;2:105-110.

24. Butcher HK, Holkup PA, Buckwalter KC. The experience of caring for a family member with Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research* 2001;23(1):33-55.
25. Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T. In: Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd Edition, Springer Publishing Company, New York, pp.127. 2008.
26. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *International Association for Human Caring* 2003;7(3):51-61.
27. Carson VB, Green H. Spiritual well-being: a predictor of hardiness in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Professional Nursing* 1992;4:209-219.
28. Cataldo JK. Hardiness and depression in the institutionalized elderly. *Applied Nursing Research* 1993;6:89-91.
29. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. nursing theory and concept development or analysis. *Journal Of Advance Nursing* 2001;33(6):820-822.
30. Cheng YC. Caregiver burnout: a critical review of the literature. San Diego. Faculty of the California School of Professional Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of Psychology, 2005.
31. Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(10):1089-98.
32. Chien WT, Lee YM. A disease management program for families of persons in Hong Kong with dementia. *Psychiatr Serv* 2008;59:433-436.
33. Chu H, Yang, CY, Liao YH, Chang L et al. The effects of a support group on dementia caregivers'burden and depression. *J Aging Health* 2011;23(2):228-41.
34. Colello KJ. Family caregiving to the older population: background, federal programs, and issues for congress, key workplace documents federal publications. *Cornell University ILR School* 2007; 1-43.
35. Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K et al. Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist* 2003;43:678-689.
36. Coteló NV, Rodríguez NF, Pérez JA, Iglesias JC et al. Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharmacy Practice* 2015;13(2):521.

37. Cowan PA, Cowan CP, Schulz MS. Thinking about risk and resilience in families. In: Hethering EM, Blechman EA, editors. Stress, coping and resilience in children and families. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1996:1-38.
38. Crane PK, Walker R, Hubbard RA, Li G et al. Glucose levels and risk of dementia. *N Engl J Med* 2013;369(6):540-8.
39. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health* 2005;9(4):325–30.
40. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg S. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
41. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND et al. Guidelines for managing Alzheimer’s disease: part II. treatment. *American Family Physician* 2002;65(12):2525-34.
42. Cummings JL, Morstorf T, Zhong K. Alzheimer’s disease drug-development pipeline: Few candidates, frequent failures. *Alzheimer Res Therapy* 2014;6:37.
43. Czaja SJ, Loewenstein D, Schulz R, Nair SN et al. A videophone psychosocial intervention for dementia caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(11):1071-81.
44. Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012;15 (2):171-178.
45. Dam AE, de Vugt ME, Klinkenberg IP, Verhey FR et al. A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: are they doing what they promise? *Maturitas* 2016;85:117-30.
46. Dassel KB, Carr DC, Vitaliano P. Does caring for a spouse with dementia accelerate cognitive decline? findings from the health and retirement study. *The Gerontologist* 2015; in press:1- 10.
47. Deist M, Greeff AP. Resilience in families caring for a family member diagnosed with dementia. *Educational Gerontology* 2015;4(2):93-105.
48. Demir G, Platin N. Demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği, Doktora Tezi, 2012, Kayseri.
49. Di Marco LY, Marzo A, Munoz-Ruiz M, Ikram MA et al. Modifiable lifestyle factors in dementia: a systematic review of longitudinal observational cohort studies. *J Alzheimers Dis* 2014;42(1):119-35.

50. Dias R, Santos RL, Sousa MF, Nogueira MM et al. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychother* 2015;37(1):12-9.
51. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(2):79-86.
52. Donnellan WJ, Bennett KM, Soulsby LK. What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 2015;19(10):932-939.
53. Droes RM, Meiland F, Schmitz M, van Tilburg W. Effect of combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behaviour and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:673-84.
54. Duffy H. The Alzheimer's Association national policy agenda. *Nc Med* 2005;66(1):26-29.
55. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout, a review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 1994;15:337-358.
56. Durgun-Ozan Y, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(3):190-198.
57. Emiroğlu ON. Niteliksel araştırma tasarımları. In: Erefe İ, editors. *Hemşirelikte araştırma, ilke, süreç ve yöntemleri*, 3. Baskı, Ankara, Odak Ofset, 2004, 103-124.
58. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005;8(3):101-106.
59. Farran CJ. Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist* 1997;37(2):250-256.
60. Farrer LA, Cupples LA, Haines JL, Hyman B et al. Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease: A meta-analysis. *JAMA* 1997;278:1349-56.

61. Fawcett J. Watson's theory of human care. In: *contemporary nursing knowledge an analysis and evaluation of nursing models and theories*, 2nd ed, Philadelphia: PA. F.A., Davis Company; 2006. p.553–599.
62. Fernando MS, Ince PG. MRC Cognitive function and ageing neuropathology study group: vascular pathologies and cognition in a population-based cohort of elderly people. *J Neurol Sci* 2004;226(1-2):13-17.
63. Figen PS, Mete S. Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramı'nın doğum öncesi eğitimde kullanımı. *DEUHYO ED* 2009;1(1):57-68.
64. Foley D, Monjan A, Masaki K, Ross W et al. Daytime sleepiness is associated with 3-year incident dementia and cognitive decline in older Japanese-American men. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(12):1628-32.
65. Fonareva I, Oken BS. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014;26(5):725-47.
66. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH et al. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res* 2005;14(1):29-42.
67. Fung WY, Chien WT. The effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16(3):134-44.
68. Gairole CC, Furegato AR, Santos JL. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm* 2012;21:150-7.
69. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(5):441-9.
70. Garces SB, Krug MR, Hansen D, Brunelli AV et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15:335-52.
71. Gaugler JE, Wall MM, Kane RL, Menk JS et al. Does caregiver burden mediate the effects of behavioral disturbances on nursing home admission? *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19(6):497-506.
72. Gitlin LN, Hodgson N. Caregivers as therapeutic agents in dementia care: The evidence-base for interventions supporting their role. In:Gaugler JE, Kane RL, editors. *Family caregiving in the new normal*. Philadelphia, Pa.: Elsevier, Inc, 2015:305-56.
73. Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K et al. Depressive symptoms among dementia caregivers: role of mediating factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22(5):481-8.

74. Gonyea JG, Silverstein NM. The role of Alzheimer's disease support groups in families' utilization of community services. *J Gerontol Soc Work* 1991;16:43-55.
75. Gottlieb BH, Johnson J. Respite programs for caregivers of persons with dementia: a review with practice implications. *Aging Ment Health* 2000;4:119-29.
76. Gouin J, Glaser R, Malarkey WB, Beversdorf D et al. Chronic stress, daily stressors, and circulating inflammatory markers. *Health Psychol* 2012;31(2):264-8.
77. Green RC, Cupples LA, Go R, Benke KS et al. Risk of dementia among white and African American relatives of patients with Alzheimer disease. *JAMA* 2002;287(3):329-36.
78. Gubrium J. Family responsibility and caregiving in the qualitative analysis of the Alzheimer's disease experience. *Journal of Marriage and Family* 2002; 50(1):197-207.
79. Gudala K, Bansal D, Schifano F, Bhansali A. Diabetes mellitus and risk of dementia: A meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Investig* 2013;4(6):640-50.
80. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R ve ark. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(4):273-279.
81. Gürvit H, Emre S, Tınaz B, Bilgiç B et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimer Dis Other Demen* 2008;23(1):67-70.
82. Haan MN, Wallace R. Can dementia be prevented? Brain aging in a population-based context. *Annu Rev Public Health* 2004;25:1-24.
83. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scand J Caring Sci* 2008;22(4):643-52.
84. Han JW, Jeong H, Park JY, Kim TH et al. Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics* 2014;26(10):1639-1648.
85. Hebert LE, Bienias JL, Aggarwal NT, Wilson RS et al. Change in risk of Alzheimer disease over time. *Neurology* 2010;75:786-91.
86. Hinrichsen GA, Niederehe G. Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *Gerontologist* 1994;34(1):95-102.
87. Hunt CK. Concepts in caregiver research. *Journal Of Nursing Scholarship* 2003;35(1):27-32.

88. Işık A, Tanrıdağ O. Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Geriatrik Sendromlar Dizisi, 4. 1. Basım Özal Matbaa, İstanbul, 2009.
89. Jennings BM, Staggers M. A critical analysis of hardiness. *Nursing Research* 1994; 43:274-281.
90. Jesse E. Watson's philosophy in nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Nursing theory utilization and application*, St. Louis: Mosby; 2006:103-29.
91. Joanna Briggs Institute. Assisting caregivers to support people with dementia. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2010;14(9):1-4.
92. Kabosa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979;37:1-11.
93. Karadakovan A. Alzheimer hastalığı. In: Karadakovan A, Eti Aslan F editors. *Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım*, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014b, 1180-1183.
94. Karadakovan A. Yaşlıda demans/ Alzheimer ve bakım. In: Karadakovan A, editor. *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014a, 328-334.
95. Kasper JD, Freedman VA, Spillman BC, Wolff JL. The disproportionate impact of dementia on family and unpaid caregiving to older adults. *Health Aff* 2015;34(10):1642-49.
96. Kasuya RT, Polgar-Bailay P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout: a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* 2000;108(7):119-123.
97. Katzman R, Brown T, Fuld P, Peck A et al. Validation of the short orientation memory-concentration test of cognitive impairment. *Am J Psyc* 1983;140:734-9.
98. Keskinoglu P, Giray H, Bıçakcıefe M, Bilgiç N et al. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006;43:93-100.
99. Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Trask OJ et al. Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosom Med* 1991;53:345-62.
100. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Mercado AM, Malarkey WB et al. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet* 1995;346(8984):1194-6.

101. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 2012;68(4):846–855.
102. Kramer B. Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist* 1997;37:218-232.
103. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev* 2015;22:39-57.
104. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. The reliability and validity of the caregiver burden inventory in Turkey. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2009;26:60-73.
105. Küçükgüçlü Ö, Akpınar B, Buckwalter KC. Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: azalmış stres eşiği modeli. *DEUHYOED* 2011;4(1):41-47.
106. Laks J, Goren A, Duenas H, Novick D et al. Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016;31:176-185.
107. Lee HJ. Analysis of a concept: Hardiness. *Nursing Oncology Forum* 1983, 19, 32-35.
108. Lewis S, Heitkemper M, Dirksen M, O'Brien P et al. Alzheimer's disease and dementia. In: *Medical Surgical Nursing*. 7rd ed. Philadelphia: Mosby; 2007. pp. 1561-1579.
109. Lilly ML, Richards BS, Buckwalter KC. Friends and social support in dementia caregiving. Assessment and intervention. *J Gerontol Nurs* 2003;29(1):29-36.
110. Loef M, Walach H. Midlife obesity and dementia: Meta-analysis and adjusted forecast of dementia prevalence in the United States and China. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(1):51-5.
111. Lök N, Günbayı İ, Buldukoğlu K. Demansı olan birey ile yaşamak: olgubilim çalışması. *Journal of Psychiatric Nursing* 2015;6(2):91-99.
112. Lukose A. Developing a practice model for Watson's theory of caring. *Nurs Sci Q* 2011;24(1):27-30.
113. Marim CM, Silva V, Taminato M, Barbosa DA. Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21:267-75.

114. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *Am Psychol* 1998;53(2):205-20.
115. Mausbach BT, Roepke SK, Ziegler MG, Milic M et al. Association between chronic caregiving stress and impaired endothelial function in the elderly. *J Am Coll Cardiol* 2010;55(23):2599-606.
116. Mausbach BT, Chattillion EA, Roepke SK, Patterson TL et al. A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(1):5-13.
117. McCurry SM, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Behavioral treatment of sleep disturbance in elderly dementia caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:122–29.
118. McDowell I, Xi G, Lindsay J, Tierney M. Mapping the connections between education and dementia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2007;29(2):127-41.
119. Meng XF, Yu JT, Wang HF, Tan MS et al. Midlife vascular risk factors and the risk of Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 2014;42(4):1295-310.
120. Nelson NW. Differential diagnosis of Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Dis Mon* 2007;53(3):148-51.
121. Nicholas PK. Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:1085-1094.
122. Ninomiya T, Ohara T, Hirakawa Y, Yoshida D et al. Midlife and late-life blood pressure and dementia in Japanese elderly: The Hisayama Study. *Hypertension* 2011;58(1):22-8.
123. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K et al. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol* 2014;13:788-94.
124. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist* 1989;29(6):798-803.
125. Novak M, Guest C. A comparison of the impact of institutionalization on spouse and nonspouse caregivers, *The Journal of Applied Gerontology* 1992;11(4):379-394.

126. O'Neil M, Freeman M, Christensen V, Telerant A et al. Non-pharmacological interventions for behavioral symptoms of dementia: a systematic review of the evidence. *Health Services Research & Development*, 2011.
127. Ostwald SK, Hepburn KW, Caron W, Burns T et al. Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist* 1999;39:299–309.
128. Öz F, Bahadır-Yılmaz E. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009;82-89.
129. Özcan M, Kapucu S. Demanslı hastalara bakım veren yakınların yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. *Akad Geriatri* 2009;1:167-172.
130. Özmen ŞY. Türk kültüründe yaşlının yeri ve medyayla yaşlılığın değişen konumu. *Milli Folklor* 2013; 25(100):110-119.
131. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008;1:39-49.
132. Öztürk GB, Karan MA. Alzheimer hastalığının fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim* 2009;22(3):36-45.
133. Parkinson M, Carr SM, Rushmer R, Abley C. Investigating what works to support family carers of people with dementia: a rapid realist review. *J Public Health* 2016; 27.
134. Peng HL, Chang YP. Sleep disturbance in family caregivers of individuals with dementia: A review of the literature. *Perspect Psychiatr C* 2012;49(2):135-46.
135. Piccinato JM, Rosenbaum JN. Caregiver hardiness explored within Watson's Theory of Human Caring in nursing. *J Gerontol Nurs* 1997;23(10):32-9.
136. Pinna S, Biagioli S, Venuti A, Bellomo A et al. Caregivers burden in nursing homes for patients with dementia: the importance of psychological support. *Prevent Res* 2012;2 (1):88-96.
137. Piquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006;18(4):577-95.
138. Plassman BL, Havlik RJ, Steffens DC, Helms MJ et al. Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology* 2000;55(8):1158-66.
139. Pollock SE. Human responses to chronic illness: physiologic and psychosocial adaptation. *Nursing Research* 1986;35:90-95.

140. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer report 2013. Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia. Alzheimer's Disease International, London UK. 2014 (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013>. pdf, accessed June 2015).
141. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. World Alzheimer report 2014. Dementia and risk reduction. An analysis of protective and modifiable risk factors. Alzheimer's Disease International, London UK, 2014 (<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>, accessed June 2015)
142. Qiu C, De Ronchi D, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20:380–385.
143. Quinn C, Clare L, Woods RT. What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27(11):1195-202.
144. Roberts J, Browne G, Milne C et al. Problem-solving counseling for caregivers of the cognitively impaired: effective for whom? *Nurs Res* 1999;48:162–72.
145. Roepke SK, Allison M, Von Kanel R, Mausbach BT et al. Relationship between chronic stress and carotid intima-media thickness (IMT) in elderly Alzheimer's disease caregivers. *Stress* 2012;15(2):121-9.
146. Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A et al. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 2005;20:634–44.
147. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G et al. Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med* 2016;374:523-32.
148. Schneider JA, Arvanitakis Z, Leurgans SE, Bennett DA. The neuropathology of probable Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Ann Neurol* 2009;66(2):200-8.
149. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995;35(6):771-91.
150. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA* 1999;282(23):2215-19.
151. Seeher K, Low LF, Reppermund S, Brodaty H. Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: A systematic literature review. *Alzheimers Dement* 2013;9(3):346-55.

152. Selekler K. Alzheimer ve diğer demanslar. In: Modern Tıp Seminerleri. 26. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 2003.
153. Shaw WS, Patterson TL, Ziegler MG, Dimsdale JE et al. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res* 1999;46(3):215-27.
154. Sheila D. A concept analysis. *Nursing Forum* 2010;45(12):129-130.
155. Spear HJ. Nursing theory and knowledge development: A descriptive review of doctoral dissertations, 2000-2004. *Advances in Nursing Science* 2007;30(1):1-14.
156. Steffen AM, Mangum KR. Predicting attendance at dementia family support groups. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2012;27(8):633-9.
157. Stern RA, D'Ambrosio LA, Mohyde M, Carruth A et al. At the crossroads: development and evaluation of a dementia caregiver group intervention to assist in driving cessation. *Gerontol Geriatr Educ* 2008;29(4):363-82.
158. Thompson EH, Futterman AM, Gallagher-Thompson D, Rose JM et al. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *J Gerontol* 1993;48(5):245-54.
159. Thompson R, Lewis S, Murphy M, Hale JM et al. Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of Alzheimer's Disease? *Biological Research for Nursing* 2004;5(4):319-330.
160. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y et al. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr* 2007;27(7):18.
161. Tuncay T. Kanserle başetmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010;21(1):59-71.
162. Türk Dil Kurumu (TDK) 2014. <http://www.tdk.gov.tr/> Erişim tarihi: 09.09.2016.
163. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Dünya Alzheimer farkındalık günü 21 Eylül 2015. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı Rapor Bülteni, 11. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4b30930a266d4833adf9223afa9926ce.pdf> Erişim Tarihi: 17.02.16
164. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle yaşlılar, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, 21520. Erişim Tarihi: 18.03.2016

165. Uçku R, Keskinoglu P, Yener G, Yaka E. Türk toplumuna göre yeniden düzenlenmiş standardize minimal testin toplumda yaşayan eğitilmiş ve eğitimsiz yaşlılarda geçerlilik güvenilirliği. Tübitak proje no: SBAG- HD-145 (106s131), İzmir, 2007.
166. Virk SA, Eslick GD. Aluminum levels in brain, serum, and cerebrospinal fluid are higher in Alzheimer's disease cases than in controls: a series of meta-analyses. *J Alzheimers Dis* 2015;47(3):629-38.
167. Vitaliano PP, Scanlan JM, Zhang J, Savage MV et al. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosom Med* 2002;64:418-35.
168. Von Kanel R, Dimsdale JE, Mills PJ, Ancoli-Israel S et al. Effect of Alzheimer caregiving stress and age on frailty markers interleukin-6, C-reactive protein, and D-dimer. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(9):963-9.
169. Von Kanel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Mills PJ et al. Effect of chronic dementia caregiving and major transitions in the caregiving situation on kidney function: A longitudinal study. *Psychosom Med* 2012;74(2):214-20.
170. Wang LQ, Chien WT, Lee IY. An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemp Nurse* 2012;40(2):210-24.
171. Watson J. Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In: J. Riehl-Sisca, editors. *Conceptual models for nursing practice*, Norwalk, CT: Appleton & Lange 1989, p. 219-236.
172. Watson J. *Postmodern nursing and beyond*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999.
173. Watson J. Holistic nursing and caring: a value based approach. *Journal of Japan Academy of Nursing Science* 2002;22(1):69-74.
174. Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. In: Parker ME, editors. *Nursing theories and nursing practice*, 2nd ed., Philadelphia: FA Davis Company, 2005. p. 295-305.
175. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: caritative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm Florianopolis* 2007;16(1):129-35.
176. Watson J. *The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado, 2008.
177. Watson J. Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo da Saude Sao Paulo* 2009;33(2):143-9.

178. Watson Caring Science Institute [WCSI]. Core concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/ Caring Science 2010. Accessed April 03, 2016.
179. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. Second edition, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012.
180. Wilks S, Croom B. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support. *Aging Ment Health* 2008;12:357-65.
181. Wilks SE, Little KG, Gough HR, Spurlock WJ. Alzheimer's aggression: influences on caregiver coping and resilience. *J Gerontol Soc Work* 2011;54(3):260-75.
182. Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia. *Alzheimer's Disease*.
183. World Health Organization (WHO). Dementia: a public health priority 2012. URL:http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/. Accessed February 03, 2016.
184. World Health Organization. Strategic approaches for prioritizing dementia research. Geneva, Switzerland; 2015a.
185. World Health Organization. Supporting informal caregivers of people living with dementia. Geneva, Switzerland; 2015c. Report No.: WHO/MSD/MER/15.6. (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_informal_care.pdf, accessed June 2015).
186. World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends. Geneva, Switzerland; 2015b. Report No.: WHO/MSD/MER/15.3. (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf, accessed June 2015).
187. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 8. Baskı, Ankara, Seçkin Basımevi, 2011.
188. Yurtsever S, Özge A, Kara A, Yandım A et al. The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients family caregivers: Cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013;3(9):1-12.
189. Zarit SH, Reever KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980;20:649-655.

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1. BÖLÜM BAKIM VERENLER

1- Adınız Soyadınız:

2- Yaşınız:

3- Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

4- Eğitim düzeyiniz:

1) Okur-yazar 2) İlkokul/İlköğretim (ortaokul) mezunu 3) Lise ve dengi okul mezunu

4) Yüksekokul/ fakülte mezunu 5) Lisanüstü eğitim

5- Hastaya yakınlık dereceniz:

- 1) Eşim 5) Kayınvalidem
2) Annem 6) Kayınpederim
3) Babam 7) Akrabam(Amca, hala, teyze... belirtiniz)
4) Kardeşim

6- Şu anda çalışıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

7- Aylık geliriniz: 1) Gelir Giderden az 2) Gelir Gidere Eşit 3) Gelir Giderden Fazla

8- Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6 yıl ve üzeri

9- Herhangi bir hastalığınız var mı? 1)Evet 2)Hayır

10- Cevabınız evet ise belirtiniz.....

11. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı? 1)Evet 2)Hayır

12- Cevabınız evet ise belirtiniz.....

13- Daha önce demans hastalığı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

1)Evet

2)Hayır

14- Cevabınız evet ise belirtiniz.....

2. BÖLÜM BAKIM ALAN HASTALAR

1- Adınız Soyadınız:

2- Yaşınız:

3- Cinsiyetiniz: 1) Kadın

2) Erkek

4- Eğitim düzeyiniz:

1) Okur-yazar

2) İlkokul/İlköğretim (ortaokul) mezunu

3) Lise ve dengi okul

mezunu

4) Yüksekokul/ fakülte mezunu

5) Lisanüstü eğitim

5- Ne kadar süredir demans tanısı var?

1) 1 yıldan az

2) 1-5 yıl

3) 6 yıl ve üzeri

6- Hasta demansın hangi evresinde bulunmaktadır?

8- Akut veya kronik bir hastalığı var mı? 1)Evet

2)Hayır

9- Cevabınız evet ise belirtiniz.....

10- Doktoru tarafından reçete edilen veya edilmeyen kullanılan ilaçları var mı? Varsa yazınız.

11- SMMT puanı:

12- NPI puanı:

13- Blessed GYA 1 ve 2 puanı:

EK 2: BAKIM VEREN YÜKÜ ENVANTERİ

BAKIM VEREN YÜKÜ ENVANTERİ					
<p>Bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Ailede bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakım verdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor.</p> <p>0 Puan: Hiç Tanımlamıyor 1 Puan: Az Tanımlıyor</p> <p>2 Puan: Orta Derecede Tanımlıyor 4 Puan: Çok Tanımlıyor</p>	Hiç Tanımlamıyor	Az Tanımlıyor	Orta Derecede Tanımlıyor	Oldukça Tanımlıyor	Çok Tanımlıyor
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.					
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.					
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım					
4. Bakım verdiğim kişi birçok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.					
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok					
Puan					
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum					
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.					
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi					
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum					

10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum					
Puan					
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.					
12. Sağlığım olumsuz etkilendi					
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.					
14. Fiziksel olarak yorgunum.					
Puan					
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.					
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor					
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum					
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum					
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.					
Puan					
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.					
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum					
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum					
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum					
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum					
Puan					
TOPLAM PUAN					

EK 3: YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin dayanıklılık durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit dayanıklılık durumunu anlatmaktadır. Her maddede durumların derecesini belirleyen 5 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Daha sonra size uygun olan o maddenin en yakınındaki kutucuğa (x) işareti koyunuz.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği						
1. Beklenmedik bir olay olduğunda...						
	1	2	3	4	5	
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...						
Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları...						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile- üleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda...						
İleriye dönük planlama yapmam,						Ayrıntılı bir plan yapmayı

derhal işe başlarım						tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimihissederim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni...						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğiminolduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir...						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler...						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma...						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım...						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar...						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak...						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir

						konudur
23. Zor zamanlarda, ailem...						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda... Eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için...						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda...						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz...						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri...						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

EK 4: ODAK GRUP GÖRÜŞME FORMU

1. Destek grup toplantılarımız biterken genel olarak süreçle ilgili geribildirimlerinizi alabilir miyim?
2. Önceki oturumlardan bu yana neler yaşadınız? Paylaşmak ister misiniz? Tüm süreci genel olarak özetleyebilir misiniz?
3. Böyle bir destek almanın sizin için önemi nedir?
4. Bu oturumlar size neler kazandırdı?
5. Bu oturumlara başlarken kendimi hissediyordum, şimdi ise hissediyorum. Bu boşlukları nasıl doldurursunuz?



EK 5: Watson İnsan Bakım Teorisi'ne Temellendirilmiş Bakım Verenler İçin Destek Grup Sürecinin İçeriği

İzlemler	Görüşme İçerikleri
1. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none">• Bakım verenler ile tanışma, çalışma ile ilgili bilgilendirme ve aydınlatılmış onamın alınması (İS 1)• Ölçüm araçlarının uygulanması (Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Bakım Veren Yükü Envanteri, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeği)• Destek grup toplantıları ile ilgili beklentilerin ve amacın paylaşılması, grup kurallarının konuşulması, eğitim kitapçıklarının paylaşılması• Bakım verenlere, demanslı bireyin bakımına yönelik hazırlanan eğitim içeriğinin karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak paylaşılması (İS 4, 6, 7, 9)• İletişim bilgilerinin paylaşılması, süreç boyunca telefon ile iletişimin sürdürülebileceği konusunda bilgilendirme (İS 1, 3,4)
2. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi• Bakım vermeye yönelik deneyimlerin ve duyguların paylaşılmasını sağlama, yaşamındaki önceliklerin konuşulması (İS 4 ve 5)• İyileştirme Süreçlerine Yönelik Hazırlanmış Soruların Sorulması (Sizi daha yakından tanımak istiyoruz. Bize biraz kendinizden bahsedebilir misiniz? Mevcut aile durumunuzdan ve sosyal ilişkilerinizden biraz bahsedebilir misiniz? Bakım verme sürecinde kimlerden ve nasıl destek alıyorsunuz, biraz anlatır mısınız?)• Bakım verenlerin süreç ile ilgili günlük tutmaları ya da oturumlarda sorulan bazı soruların cevaplarını yazmalarını isteme
3. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi• Bakım vermeye yönelik deneyimlerin ve duyguların paylaşılmasını sağlama, yaşamındaki önceliklerin konuşulması (İS 4 ve 5)• İyileştirme Süreçlerine Yönelik Hazırlanmış Soruların Sorulması (Bakım verici rolünde olmak size neler hissettiriyor? Bakım verme sırasında yaşadığınız sorunlarla nasıl baş ediyorsunuz? Sizler böyle durumlarda neler yapıyorsunuz? Üstlendiğiniz rolün gerekleri ile ilgili yeterince bilgili ve deneyimli olduğunuzu düşünüyor musunuz?)

	<ul style="list-style-type: none"> • Bakım verenlerin süreç ile ilgili günlük tutmalarını ya da istediklerini yazmalarını isteme
4. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (İS 1) • İyileştirme Faktörlerine Yönelik Hazırlanmış Soruların Sorulması (Bakım vermek yaşamınızı nasıl etkiliyor? Geçmişte hastanızla yaşadıklarınız ile ilgili affedemediğiniz durumlar var mı?) • Bakım verenlerin süreç ile ilgili günlük tutmaları ya da oturumlarda sorulan bazı soruların cevaplarını yazmalarını isteme
5. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (İS 1) • İyileştirme Faktörlerine Yönelik Hazırlanmış Soruların Sorulması (Gelecek günlerden beklentileriniz nelerdir? Size kendinizi neler daha iyi hissettirir? Yaşama dair inançlarını nasıl tanımlarsınız?) • Eğitim kitapçığında yer alan bakım verenin bakım sürecinde yapabileceği kendisini rahatlatma yöntemleri hakkında konuşulması ve önerilerde bulunulması (İS 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9). <i>Örnek</i>; stresle başa çıkma yöntemleri, problem çözme becerileri, relaksasyon yöntemleri (aromaterapi, dokunma terapisi, müzik terapi, gevşeme egzersizleri vb.)
6. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (İS 1) • Bakım vermeye yönelik olumlu duygu ve hislerinin konuşulması, bakım verme sürecinin olumlu yönleri ile inanç-umudu destekleme ve güçlendirmeye çalışma (İS 2, 3, 4, 5, 6, 7) • Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olmayı sağlama (İS 3) (Örneğin; bu durum..... şöyle şöyle bir sorun siz olsaydınız ne yapardınız?) • Yaşamı anlamlandırmak için rüya, hayal, sezgi, efsane vb. şeylerin rollerini konuşmak (İS 10) • Bakım verenler için hayatın anlamının ne olduğunun konuşulması (İS 10) • İyileştirme Faktörlerine Yönelik Hazırlanmış Olumlu Durum ve Duyguları Öğrenmeye Yönelik Sorular (Bakım verme sürecinin olumlu yanları nelerdir? Biraz da bu sürecin olumlu yönlerinden bahsedelim? Bakım verme sürecinde kazandıklarınız ya da bu sürecin

	<p>katkısı nelerdir? Hayatınızı olumlu anlamda nasıl etkiledi? Cevabınız hayır ise bir sonraki görüşmemize kadar bakım verme sürecinizi bu gözle değerlendirebilir misiniz?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakım verenlerin süreç ile ilgili günlük tutmalarını ya da istediklerini yazmalarını isteme
7. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (İS 1) • Bakım vermeye yönelik olumlu duygu ve hislerinin konuşulması, olumlu yönleri ile inanç-umudu destekleme ve güçlendirmeye çalışma (İS 2, 3, 4, 5, 6, 7) • Bakım verenlerin süreç ile ilgili günlük tutmalarını ya da istediklerini yazmalarını isteme
8. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (İS 1) • Bakım verenin kendi dayanıklılık ve gücünün farkına varmasının sağlanması ve bakımda anlam bulmasının sağlanması (İS 5, 9, 10). • Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olmasının sağlanması (İS 3) <p>- Örneğin;</p> <p>*Bakım verenlerin bir önceki görüşmede yapılan eğitim içeriğindeki onu rahatlatıcak bakım yükünü azaltacak, maneviyatını ve dayanıklılığını arttıracak girişimlerden hangisi ya da hangilerini seçtiği tartışılacak.</p> <p>*Herhangi bir yöntem seçmediyse nedeni öğrenilecek ve bir yöntem seçmesi için cesaretlendirilecektir.</p>
9. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (İS 1) • Bakım verenlerin bakım sürecinden dolayı gideremediği temel ihtiyaçları (uyku, gevşeme, iyileşme) için bakım verenlerin destek almasının öneminin vurgulanması (İS 4 ve 9). • Bilgi gereksinimlerinin giderilmesi (İS 4, 6, 7, 9) • Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olmasının sağlanması (İS 3)

10. Destek Grup Toplantısı	<ul style="list-style-type: none">❖ Ölçüm araçlarının uygulanması (Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Bakım Veren Yükü Envanteri, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeği)❖ Odak grup görüşmesinin yapılması- Bu süreç boyunca bakım verme ile ilgili yaşadığınız duygu, durum ve zorluklara karşı baş etmelerinizi güçlendirmeye, size destek olmaya, uyumunuzu arttırmaya, kendi güçlerinizi fark etmenize, bakım verme ile ilgili olumlu tepkilerinizi arttırmaya, olumsuz etkilenmelerinizi ise en aza indirmeye, sonuç olarak kendinizi iyi hissetmenize yardım etmeye çalıştım. Tüm bunlar benim hemşirelik amacımdı. Bu süreçte sizinle olmak beni çok mutlu etti ve onurlandırdı. Bende sizin sayenizde şunları şunları öğrendim. Teşekkür ederim.❖ Katılım sertifikalarının takdim edilmesi, iletişim bilgilerinin tekrar paylaşılması, bundan sonra telefon yolu ile iletişimin sürdürülebileceği konusunda bilgilendirme yapılması (İS 1, 3, 4).
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Demans (bunama) hastalığının görülme oranı giderek artmaktadır ve hastalar genellikle evlerinde bakım verenleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Yapılan pek çok çalışma demanslı bir bireyin evde bakımının zor olduğu ve aile üyelerinin bakımda zorlandığı yönündedir. Sizin gibi birçok bakım veren benzer sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunların çözümü için bu hastalık hakkında bilgi sahibi olmanız, hastanıza nasıl bakım vermeniz ve kendi sağlığınızı nasıl korumanız gerektiğini bilmelisiniz. Bu nedenle bu araştırma evde hastanıza bakarken ne gibi konuları bilmeye ihtiyacınızın olduğunu ve sizin sağlığını korumaya yönelik ne tür uygulamalar yaptığınızı ortaya koymak ve eksik olan konularda size yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır. Öncelikle sorunları saptayabilmek için size birkaç anket formu ve ölçek uygulanacaktır. Bu anket formları ve ölçekler toplamda 45 dakikanızı alacaktır. Daha sonra sizinle sorun saptadığımız konular ile ilgili ihtiyacınıza göre görüşmeler ve eğitimler yapacağım. Kişisel bilgileriniz, isminiz ve adresiniz kimse ile paylaşılmayacaktır. İstedığınız zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Ben, “Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Destek Grup Girişiminin Bakım Veren Yükü ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi” başlıklı çalışmasının kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....


İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK 7: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI UYGULAMA İZİNİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Sayı : 19794137-090,99  03
Konu : Uygulama İzni

06/01/2016

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi : 29/12/2015 tarih ve 14879 sayılı yazı.

Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Seher GÖNEN ŞENTÜRK'ün "Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Destek Grup Sürecinin Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının Ocak 2016 – Haziran 2016 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda uygulama yapması uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.


Prof. Dr. Mustafa Kürşad KUTLUK
Bölüm Başkanı

DOKUZ EYLÜL ÜNİV. HST.

06.01.2016 16.06 - 275
HASTANE GENEL EVRAK BİRİMİ

Adres:
Telefon: Fax: 2777721
E-Posta: izmir@duku.edu.tr Elektronik Ağı
E-İmza Doğrulama: <http://cbys.dcu.edu.tr/docuplus/SignCheck.aspx?FileDocID=9638b5c-b693-4e52-bac0-e030743e8506>

İlgi için izniniz:
Tarih: 03/01/2016
Mevzu:



EK 8: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI UYGULAMA İZİNİ



Sayı : 91829616/804- 60
Konu : Derslik Talebi

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



12/01/2016

Sayın, Doç.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

İlgi : 04.01.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile belirtilen Anabilim Dalımız doktora programı öğrencilerinizden danışmanlığımı yürüttüğünüz Seher GÖNEN ŞENTÜRK'ün "Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Destek Grup Sürecinin Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli doktora tez uygulamasını Fakültemiz dersliklerinin uygun olması durumunda Dekanlık Binamız 1. katında yer alan PDÖ dersliğinde ya da Dahiliye Anabilim Dalı odasından yararlanmakta olan diğer Anabilim Dalı Başkanlarından uygun olduğu görüşleri alınarak ilgili Anabilim Dalı odasında yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve bir sonraki hafta için derslik programlarının Cuma günleri yapılması nedeniyle Öğrenci İşleri Birimimiz ile görüşülerek derslik bilgisi alınması hususunda gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Samiye METE
Dekan

DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı – İZMİR (35340) Tel:(232) 412 47 50 Faks: (232) 412 47 98
Faks: (232) 412 47 98



EK 9: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 655

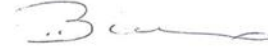
11.10.2013

Sayın Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ,

Kurulumuz tarafından 10.10.2013 tarih ve 1113-GOA protokol numaralı 2013/37-28 karar numarası ile görüşülen "İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Demanslı Bireylerin Bakım Verenleri Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan



Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1113-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Eğitimi ve Bireysel Görüşmelerin Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Depresyon, Dayanıklılık Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU	Mevcut			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/37-28	Tarih: 10.10.2013
	Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'nün sorumlusu olduğu "İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Eğitimi ve Bireysel Görüşmelerin Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Depresyon, Dayanıklılık Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyî Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 501

15.06.2015

Sayın Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ,

Kurulumuz tarafından 11.06.2015 tarih ve 1113-GOA protokol numaralı 2015/14-26 karar numarası ile görüşülen "İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Demanslı Bireylerin Bakım Verenleri Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi " konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan ✓

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1113-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Eğitimi ve Bireysel Görüşmelerin Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Depresyon, Dayanıklılık Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı dilekçesi	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/15-26	Tarih: 11.06.2015
	Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'nün sorumlusu olduğu "İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Eğitimi ve Bireysel Görüşmelerin Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Depresyon, Dayanıklılık Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen 08.06.2015 tarihli dilekçeye ilişkin olarak; -Çalışma adının "Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Alzheimerli Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi, -Çalışmada kullanılması planlanan ölçeklerden Beck Depresyon Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu WHOQOL-BREF ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin çıkarılması ve Sosyodemografik Özellikler Anket Formu ve Bakım Veren Yükü Envanteri'nin kullanılması, -Alzheimer tip demansı olan hastaların ve bakım verenlerin örnekleme dahil edilmesi, -Görüşmelerin sonunda sonuçların hem niceliksel hem de niteliksel ölçülmesi, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Ahmet Turan İŞİK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Mukaddes GUMUŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılacak

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı: 61

15.01.2016

Sayın Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ,

Kurulumuz tarafından 14.01.2016 tarih ve 1113-GOA protokol numaralı 2016/02-35 karar numarası ile görüşülen "İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Demanslı Bireylerin Bakım Verenleri Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Ek: Etik Kurul Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1113-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Eğitimi ve Bireysel Görüşmelerin Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Depresyon, Dayanıklılık Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı dilekçesi	13.01.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/02-35	Tarih: 14.01.2016
	Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'nün sorumlusu olduğu "Watson İnsan Bakım Teorisine Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Alzheimerli Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen 13.01.2016 tarihli dilekçeye ilişkin olarak:	
-Çalışma adının "Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Destek Grup Sürecinin Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi, -Çankırı il merkezinde yeterli örneklemeye ulaşamadığı için çalışmanın İznir'de Dokuz Eylül Üniversitesi Nöroloji A.D merkezinde de yürütülmesi, -Çalışmaya yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin eklenmesi, -Bireysel ev ziyaretlerinin maliyet etkilik açısından uygun olmaması nedeniyle destek grup oturumları şeklinde yürütülmesi, -Demans tanısı olan hasta ve yakınlarının çalışmaya dahil edilmesi, -Destek grup sürecinin sonunda sonuçların hem niceliksel hem de niteliksel yöntemle ölçülmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyili Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevine ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK 10: ÖZGEÇMİŞ

SEHER GÖNEN ŞENTÜRK

Doğum Yılı	10.07.1985
Yazışma Adresi	Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Merkez/ ÇANKIRI
Telefon	0376 213 17 02/ 3143
Faks	0376 212 00 75
e- posta	sehergonen@gmail.com sehergonen@karatekin.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/ Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	İç Hastalıkları Hemşireliği	Yüksek Lisans	2010
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	İç Hastalıkları Hemşireliği	Doktora	2016

AKADEMİK/ MESLEKTE DENEYİM

Kurum/ Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/ Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
SGK Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi	Türkiye	İzmir	-	Hemşire	Ekim 2008 - Ocak 2009
Dokuz Eylül	Türkiye	İzmir	Nöroloji	Hemşire	Ocak 2009 -

Üniversite Hastanesi			Kliniği		Şubat 2010
Çankırı Karatekin Üniversitesi	Türkiye	Çankırı	Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi	Şubat 2010- Eylül 2010
Çankırı Karatekin Üniversitesi	Türkiye	Çankırı	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Görevlisi	Eylül 2010- halen devam etmekte

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
İç Hastalıkları Hemşireliği
Nöroloji Hemşireliği, Yaşlı Sağlığı, Demans Hastalığı, Bakım Verenler

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

SCI, SCI-Expanded, SSCI, AHCI gibi indeksler tarafından taranan dergilerde yer alan yayınlar	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gönen S., Küçükgüçlü Ö., Yener G. Investigating The Prevalence Of Cognitive And Functional Impairment Which May Be Associated With Dementia In Hospitalized Elderly. Jns (Turkish); 2010, Volume 27, Number 4, Page(S) 446–456. ❖ Dil S., Gönen Şentürk S., Aykanat Girgin B. Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2015; 16(1): 51-59. doi: 10.5455/apd.48433
Ulusal hakemli dergilerde yer alan yayınlar	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Akpınar B., Gönen S., Küçükgüçlü Ö. Demans Sendromu İle İlgili Türkçe Web Sayfalarındaki Bilgi İçeriklerinin İncelenmesi. Deuhyo Ed 2012, 5 (4), 150-156. ❖ Gönen Şentürk S., Küçükgüçlü Ö. Aromaterapi Uygulamasının Demanslı Bireylerde Görülen Davranışsal Değişiklikler Üzerine Etkisi. Deuhyo Ed 2015, Cilt 8, Sayı

	3.
Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dil, S. Gönen, S. Aykanat, B. ‘An Investigation On Self Esteems Of Adolescents Who Have Been In Different Types Of High Schools: The Sample Of Çankırı’4th International Congress Of Educational Research, 2012 (Oral Presentation). Full Text Proceeding P. 1571- 1589. ❖ Küçükgüçlü Ö., Gönen Şentürk S., Akpınar Söylemez B. Understanding Care Process Of Individual With Dementia: Watson’s Theory Of Human Caring. The 10th Quadrennial Congress of the European Association of Neuroscience Nurses. 2015. (Oral Presentation). Abstract Proceeding. May 13-16 th 2015, Belgrade, Serbia. ❖ Gönen Şentürk S., Küçükgüçlü Ö., Watson J. Watsons Theory Of Human Caring Perspective: Caring For Caregivers Of Individuals With Dementia. The 10th Quadrennial Congress of the European Association of Neuroscience Nurses. 2015. (Oral Presentation). Abstract Proceeding. May 13-16 th 2015, Belgrade, Serbia.
Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gönen S. ‘İntörn Hemşire Gözüyle Bir Olgu Sunumu’16. Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya, 2008 (Sözel Bildiri) ❖ Bulantekin Ö., Gönen S. ‘Hemodiyaliz Hastalarında Kaşıntı Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki’12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2010 (Poster Bildiri) ❖ Gönen S., Küçükgüçlü Ö., Yener G. ‘Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerde Demans İle İlişkili Olabilecek İşlevsel Bilişsel Bozukluk Sıklığının İncelenmesi’12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2010 (Poster Bildiri) ❖ Bulantekin Ö., Gönen S., İnkaya B., Oğuz S. ‘Hemşirelik Öğrencilerinde Kardiyovasküler Risk Faktörleri Ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi’13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2011 (Poster Bildiri) ❖ Akpınar B., Gönen S., Küçükgüçlü Ö. ‘Demans Sendromu İle İlgili Türkçe Web Sayfalarındaki Bilgi İçeriklerinin

	<p>İncelenmesi'13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2011 (Poster Bildiri)</p> <p>❖ Gönen S., Küçüküçlü Ö.' Alzheimer Hastalarına Uygulanan Aromaterapinin Ajitasyon Davranışı Üzerine Etkisi '48.Ulusal Nöroloji Kongresi, Antalya, 2012 (Poster Bildiri).</p> <p>❖ Gönen S., Gönen A., "Köyde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Bilişsel Ve İşlevsel Profiline Genel Bir Bakış" Geriatrie Güncel Hemşirelik Yaklaşımları Sempozyumu, Yozgat, 2014 (Poster Bildiri).</p> <p>❖ Gönen S., Küçüküçlü Ö. "Demanslı Bireylere Özgü Geliştirilen Ağrı Değerlendirme Ölçeklerinin İncelenmesi" 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2015 (Poster Bildiri).</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tezden Üretilen Bilimsel Yayınlar Ve Bildiriler

Uluslararası Bildiriler

- 1- Küçükgüçlü Ö., Gönen Şentürk S., Akpınar Söylemez B. Understanding Care Process Of Individual With Dementia: Watson's Theory Of Human Caring. The 10th Quadrennial Congress of the European Association of Neuroscience Nurses. 2015. (Oral Presentation). Abstract Proceeding. May 13-16 th 2015, Belgrade, Serbia.
- 2- Gönen Şentürk S., Küçükgüçlü Ö., Watson J. Watsons Theory Of Human Caring Perspective: Caring For Caregivers Of Individuals With Dementia. The 10th Quadrennial Congress of the European Association of Neuroscience Nurses. 2015. (Oral Presentation). Abstract Proceeding. May 13-16 th 2015, Belgrade, Serbia.

Ulusal Yayınlar

- 3- Küçükgüçlü Ö., Gönen Şentürk S., Akpınar Söylemez B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri, Deuhyo Ed. (Kabul edildi basım aşamasında).
- 4- Gönen Şentürk S., Küçükgüçlü Ö., Watson J. Watsons Theory Of Human Caring Perspective: Caring For Caregivers Of Individuals With Dementia. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. (Kabul edildi basım aşamasında).
- 5- Gönen Şentürk S., Küçükgüçlü Ö. Aromaterapi Uygulamasının Demanslı Bireylerde Görülen Davranışsal Değişiklikler Üzerine Etkisi. Deuhyo Ed 2015, Cilt 8, Sayı 3.

