

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ İLE YALNIZLIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAMZE TOKER TEKİN

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
MART - 2018**

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ İLE YALNIZLIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAMZE TOKER TEKİN

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

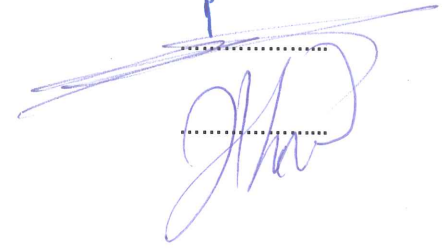
**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER**

**MERSİN
MART - 2018**

ONAY

Gamze TOKER TEKİN tarafından Prof. Dr. Sabire YURTSEVER danışmanlığında hazırlanan "Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 23 Mart 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan(Danışman)	Prof.Dr. Sabire YURTSEVER	
Üye	Prof.Dr. Mukadder MOLLAOĞLU	
Üye	Doç. Dr. Hacer ÇETİN	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun...12.04.2018...tarih ve ...2018/110...sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

23 Mart 2018 / 23 March 2018

İmza / Signature



Öğrenci Adı ve Soyadı / Student Name and Surname

Gamze TOKER TEKİN

ÖZET

ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKÜ İLE YALNIZLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma, Alzheimer tanısı almış hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Nöroloji Polikliniğine Alzheimer tanısı ile başvuran 110 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, "Kişisel Bilgi Formu", "Bakım Veren Yükü Ölçeği", "UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk normal dağılım testi, parametrik veya non-parametrik yöntemlerden; Student's t test istatistiği, One Way ANOVA test istatistiği, Post Hoc test Tukey ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Çalışmada bakım veren aile bireylerinin yaş ortalaması $52 \pm 12,60$ olup, %51,8'i 51-64 yaş aralığındadır. Bakım verenlerin %81,8'i kadın, %73,6'sının evli, %38,2'sinin ortaöğretim mezunu, %73,6'sının çalışmadığı ve %66,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Bakım veren aile bireylerinin %54,5'i bakım verirken destek aldıklarını belirtmişlerdir. Aile bireylerinin bakım verirken %75,5'inin kendine zaman ayıramadığı, %74,5'inin psikolojik güçlükler yaşadığı, %70'inin ise sosyal ilişkilerinde değişim yaşadığı ve %63,6'sının fiziksel sağlıklarının bozulduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada gelin bakım vericilerin, eğitim düzeyi düşük olanların, bekar olanların, herhangi bir işte çalışmayanların, hasta ile aynı evde yaşayanların, beş yıl ve daha uzun süredir hastalara bakım verenlerin, bakım konusunda herhangi birinden destek almayanların BİYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada bakım verenlerin bakım yükü arttıkça yaşadıkları yalnızlık düzeylerinin de fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, Bakım veren aile üyesi, Bakım verme yükü, Yalnızlık

Danışman: Prof. Dr. Sabire YURTSEVER, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN CARE BURDEN AND LONELINESS LEVELS OF FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR ALZHEIMER PATIENTS

This study was carried out, as a descriptive, with the purpose of evaluating the relationship between caregiving burden and loneliness levels of family members who care for the patients diagnosed as Alzheimer. The sample of this study was composed of family members of 110 patients who applied with Alzheimer diagnose to Neurology Policlinic of Mersin University Health Research and Application Center. The data of the study were collected using the "Personal Information Form", "Caregiver Burden Scale", and "UCLA-LS Loneliness Scale". The data were assessed using number, percentage, mean, standard deviation and Shapiro-Wilk normal distribution test in between descriptive statistics along with student's test statistic, One Way ANOVA test statistic, Post Hoc Tukey and Pearson correlation test in between parametric or non-parametric methods.

The average age of the family members who give care in the study is $52 \pm 12,60$ and 51,8% of them is in the age range of 51-64. It was determined that 81.8% of the caregivers were female, 73.6% of them were married, 38.2% of them were graduated from secondary school, 73.6% of them were unemployed, and 66.4% of them had equal income and outgoings. 54.5% of family members who gave care indicated that they were receiving support while giving care. It was determined that 75,5% of the family members were unable to have free time for themselves, 74,5% of them had psychological difficulties, 70% of them had a change in their social relations and 63,6% of them had physical health problems.

In this study, we found that caregivers had lower levels of BVE scores and UCLA-LS loneliness scores for those with low levels of education, those who were single, those who did not work, those who were living in the same household with the patient, respectively. It was determined in this study that as the patients' caregiving burden level increased, the level of loneliness they experienced was also increased ($p < 0.001$).

Key words: Alzheimer, Family member, Caregiver burden, Loneliness

Advisor: Prof. Dr. Sabire YURTSEVER, Department of Nursing, University of Mersin, Mersin.

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, hazırlanması ve sonuçlanması sürecinde bilgisiyle yoluma ışık tutan, tezimin her aşamasında bana destek olan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı minnettar kaldığım sevgili hocam ve değerli danışmanım **Sayın Prof. Dr. Sabire YURTSEVER' e,**

Çalışmanın hazırlanması sırasında beni motive eden, anlayışı ve desteği ile her daim yanımda olan, ayrıca tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen sevgili eşim **İsmail TEKİN' e,**

Hayatımın her alanında yanımda olan canım **aileme,**

Çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen **Sayın Doç. Dr. Selma ERAT'a** ve Alzheimer Derneği Mersin Şubesi'nin tüm çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gamze TOKER TEKİN
MART 2018

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	ii
ONAY	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Demans Hastalığı	4
2.2. Demans Türleri	4
2.2.1. Vasküler Demans	4
2.2.2. Lewy Cisimcikli Demans	5
2.2.3. Frontotemporal Demans	5
2.3. Alzheimer Hastalığı	5
2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi	5
2.3.2. Epidemiyoloji	6
2.3.3. Etiyolojisi	7
2.3.4. Risk Faktörleri	7
2.3.5. Tanı	8
2.3.6. Klinik Belirtiler	9
2.3.6.1. Erken evre	9
2.3.6.2. Orta evre	10
2.3.6.3. Geç evre	10
2.3.7. Alzheimer Hastalığının Tedavisi	11
2.4. Bakım Yüğü	12
2.4.1. Bakım ve Bakım Veren Tanımı	12
2.4.2. Bakım Verme	13
2.4.3. Yüğü Kavramı	13
2.4.4. Bakım Veren Yüğü	13
2.4.5. Bakım Verene Ait Güçlükler	14
2.4.5.1. Bakım verene ait fiziksel güçlükler	14
2.4.5.2. Bakım verene ait emosyonel güçlükler	15
2.4.5.3. Bakım verene ait sosyal güçlükler	16
2.4.5.4. Bakım verene ait ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler	16
2.4.6. Bakım Veren Yüğü Etkileyen Etmenler	17
2.4.6.1. Hastalara ait etmenler	17
2.4.6.2. Bakım verene ait etmenler	17
2.4.6.2.1. Yaş	17
2.4.6.2.2. Cinsiyet	18
2.4.6.2.3. Eğitim durumu	19
2.4.6.2.4. Bakım verme süresi	19
2.4.6.2.5. Bakım veren ile yakınlık durumu	19
2.4.7. Alzheimer Hastasında Bakım Verme Güçlüğü	20
2.4.8. Yalnızlık	22
2.4.9. Yalnızlık ve Bakım Verme	23
2.4.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi	24
2.5. Araştırmanın Amacı	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26

3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni	26
3.4. Araştırmanın Örneklemi	26
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	27
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu	27
3.5.1.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği	28
3.5.1.3. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği	28
3.5.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	29
3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	29
3.6. Veri Toplama Formlarının Değerlendirilmesi	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	57
EKLER	68
ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Bakım veren aile bireylerinin BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları	30
Tablo 4.2. Bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları	31
Tablo 4.3. Bakım veren bireylerin bakım verme işlevi özelliklerine göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları	34
Tablo 4.4. Hastaya ilişkin özelliklere göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının dağılımı	37
Tablo 4.5. Bakım veren bireylerin bakım verme nedeniyle yaşadıkları güçlükler	40
Tablo 4.6. BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinin birbiri ile korelasyonu	41

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
AH	Alzheimer Hastalığı
VaD	Vasküler Demans
FTD	Frontotemporal Demans
LCD	Lewy Cisimcikli Demans
APP	Amiloid Prekürsör Protein
PS1	Presenilin 1
PS2	Presenilin 2
NINCDS-ADRA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
BT	Bilgisayarlı Tomografi
MR	Manyetik Rezonans
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
TDK	Türk Dil Kurumu
BVYÖ	Bakım Veren Yüğü Ölçeğı
UCLA-LS	Yalnızlık Ölçeğı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde hemen hemen dünyanın her yerinde doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus giderek artmaktadır [1]. Yaşlılık yaşam sürecinin çocukluk, yetişkinlik gibi doğal ve yaşanması gereken bir çağdır. İnsanoğlunun doğumu ile başlayan yaşam sürecindeki bu dönem, bireyin fiziksel ve zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş yaptığı, organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanla oluşan, geriye dönüşsüz yapısal ve fonksiyonel değişimlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır [2].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri kişileri yaşlı, 85 yaş ve üzerindeki kişileri ise çok yaşlı olarak tanımlamaktadır. Gerontolojistlerce yaşlılığı 65-74 yaşları genç yaşlılık, 75-84 yaşları orta yaşlılık ve 85 yaş ve üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) devri olarak sınıflamışlardır [3]. Dünyada yaşlı nüfusun artmakta olduğu ve 2015 yılında dünyanın her yerinde 60 yaş ve üzeri grubun toplam nüfusun %13'ünü oluşturduğu belirtilmektedir [4].

Türkiye'de de dünyada olduğu gibi yaşam süresinin artmasına bağlı olarak nüfus içinde yaşlı oranı da günden güne artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) yaşlı nüfusun (65 ve üzeri yaş) 2012'de 5 milyon 682 bin kişi civarında iken bu sayının son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılı içinde 6 milyon 651 bin 503 kişiye yükseldiğini belirtmektedir. Toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, bu sayının 2016 yılı içinde %8,3'e yükseldiği görülmüştür [5].

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte sıklıkla yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan demans gibi hastalıkların görülme oranı da artmaktadır [6,7]. Alzheimer hastalığı (AH) ise, demans tipleri arasında en çok görülen (%60- %80) ve görülme sıklığı gittikçe artan bir hastalıktır [8]. AH, 65 yaş ve üzerinde olan her 10 bireyden bir tanesini etkilemektedir. Prevalansı 60'lı yaşlardan sonra her beş yılda bir, iki katına çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda AH riski kadınlarda erkeklere oranla daha fazla bulunmuştur [9-12]. Yapılan bir araştırmada 65-75 yaş grubundaki tüm yaşlıların %3'ü, 75-84 yaş grubundaki yaşlıların %17'si ve 85 yaş ve üzerindeki yaşlıların ise %32'sinin AH olduğu belirtilmektedir [13].

Dünyada 2015 yılında yaklaşık olarak 47 milyon 470 bin demans hastası olduğu, bu sayının 2030 yılında 75 milyon 630 bin ve 2050 yılında ise 135 milyon 46 bin olacağı tahmin edilmektedir [14]. Türkiye'de ise yaklaşık 400 bin civarında Alzheimer hastası olduğu ve henüz tanı konulamayan çok sayıda gizli hasta olduğu da bildirilmektedir [15]. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında kayıtlara geçen 18.158 kişi yeni Alzheimer tanısı almıştır [16]. Dünyada AH görülme sıklığı ile ilgili kesin bir veri bulunmamakla birlikte, Amerika'da 2017

yılında 5 milyon Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun artmasıyla bu sayının, önümüzdeki yıllarda hızla tırmanacağı belirtilmektedir [13].

Alzheimer hastalığı, beynin bazı bölgelerinde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile kendini gösteren ve bununla beraber hatırlama, konuşma ve duygular gibi işlevleri etkileyen ilerleyici dejeneratif bir hastalıktır [17,18]. Hastalığın ilerleyişi, bulguların başlamasıyla beraber yaklaşık olarak 2-20 yıllık bir süreç izlemektedir. Ancak hastaların büyük bir çoğunluğu 8-10 yıl içerisinde hayatını kaybetmektedir. Hastalık, erken evre, orta evre ve ileri (son) evre olarak üç aşamada incelenmektedir [19].

Alzheimer hastası olan bireyler, hastalığın ilerleyen sürecinde günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkları, zihinsel ve davranışsal bozukluklarının belirginleşmesi ile birlikte, fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal ihtiyaçları için başkalarına ihtiyaç duymaktadırlar [18]. Belleğin bozulması ile başlayan AH, zihinsel işlevlerin yerine getirilememesi ve kişilik değişiklikleri ile devam etmektedir. Hastalığın ilerleyen evresinde ise hastalar sözel ve motor becerilerini kaybederek tam bağımlı bireyler haline gelmektedirler [20].

Ülkemizde birçok ülkede olduğu gibi, Alzheimer hastalarının büyük bir çoğunluğuna, aile bireyleri tarafından bakım verilmektedir. Ülkemizde alternatif bakım imkânları, örneğin yataklı kurumlar, ziyaretçi bakım evleri mevcut olmadığından ya da yeteri kadar sağlanamadığından bu hastaların bakımı ev ortamında gerçekleştirilmektedir [21]. Alzheimer hastalarına bakım verenler, öncelikli olarak aile bireyleri (genellikle eşler ve yetişkin çocuklar) ya da Alzheimer hastalarının akrabalarından oluşmaktadır [22-24].

Alzheimer hastalığı neden olduğu belirti ve bulgularıyla hastanın yaşam kalitesini azaltan kronik bir hastalıktır [25]. AH'da hastalık süreci, hastalığın ilerleyici özelliğine bağlı olarak hastaların sürekli olarak değişimler yaşamasına; aile üyelerinin ve bakım veren bireylerin yaşantılarının farklı şekillerde etkilenmesine ve zorlanmasına neden olabilmektedir [26]. Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler zamanlarının büyük bir kısmını hastaya ayırmaları nedeniyle fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayabilmektedirler [27,28]. Bakım verenler bakım verme nedeniyle yorgunluk, iştahsızlık, sindirim güçlüğü, konstipasyon, bağışıklık sisteminde azalma, uyku problemleri, hipertansiyon, ağrı, kilo alma veya kaybetme gibi fiziksel problemlerin yanında [29-31] stres düzeyinin artması, bakım vermede zorlanma, anksiyete, depresyon, korku, sıkıntı, mutsuzluk, sosyal izolasyon ve yalnızlık gibi birçok psikolojik sorunlar da yaşayabilmektedirler. Yaşanan tüm bu sorunların bakım veren bireylerin fiziksel sağlığında bozulmalara neden olduğu da belirtilmektedir [32,33]. Alzheimer hastası bireylere bakım vermek sadece fiziksel ve psikolojik sağlığa, aile, sosyal ve iş ilişkilerine zarar vermekle sınırlı değildir. Hastalığın ilerleyen süreci bakım veren ailelerde ciddi maddi sıkıntılara da neden olabilmektedir [21]. Yapılan bir araştırma sonucunda düşük gelirli bakım verenlerin hasta aile üyeleri ile

ilgilenmelerinin daha zor olduğu ve ayrıca sınırlı finansal kaynaklara sahip bakım verenlerin de daha sık depresyona maruz kaldıkları saptanmıştır [34].

Gelecekte endişelenme, maddi gelirin azalması, desteklerin ve arkadaşlıkların yok olması, aynı zamanda fiziksel yorgunlukla birleşince bakım verenler için bu sorumluluk baş etmesi güç bir durum haline gelmektedir [35]. Bu gibi deneyimlenen sıkıntılar nedeniyle bakım verenler çoğunlukla yalnızlık yaşayabilmektedirler.

Yalnızlık, bakıcıların karşılaştığı önemli bir zorluktur ve bu psikolojik durum morbidite ve erken mortaliteye neden olabilmektedir. Bakım verenlerin yalnızlık yaşantıları bakıcılık rolünden kaynaklanan sosyal etkileşimin azalması ve yine bakım verme rolünün dayattığı kısıtlanmış yaşam biçimiyle açıklanmaktadır. Bununla birlikte yalnızlığın oluşumunda, bakım verenlerdeki sorumluluk hissi, çaresizlik, güçsüzlük duyguları, kayıplar ve ilişkisel yoksunluk gibi durumlar da etkili olabilmektedir [36]. İngiltere'de yapılan bir araştırma sonucunda 10 bakıcıdan 8'inin bakım vermenin bir sonucu olarak yalnızlık yaşadığı veya sosyal olarak izole edilmiş olduğu tahmin edilmektedir. Yine aynı araştırma sonucuna göre bakım verenlerin %57'sinde bakım verme sonucunda aile ve arkadaş ilişkilerinde azalma, %49'unun ise bakım verme işlevleri nedeniyle eşiyle olan ilişkilerinde zorluk yaşadıkları görülmüştür. Tam zamanlı çalışan bakıcıların ise %38'inin bakım sorumluluklarından dolayı işteki diğer insanlardan izole oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Uzun dönem bakım verme sonucunda kırılma noktasına gelen bakım verenler evden ayrılamadıkları için iki kat daha fazla sosyal izolasyon yaşadıkları ve aynı zamanda bakım vermenin sonucu olarak daha yüksek depresyon riski ile karşı karşıya oldukları görülmüştür [37].

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü belirlemeye yönelik çalışmalar literatürde yer almasına karşın yalnızlık düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmalara ulaşılamamıştır. Alzheimer hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım yükünün fazla olması hem bakım verenin sağlığını olumsuz etkilemekte hem de verilen bakımın kalitesini etkilemektedir. Ayrıca Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yeterli sosyal destek ve profesyonel yardım almalarını sağlamak yalnızlık duygusuyla baş etmelerinde önemli olabilmektedir. Asıl amacı bakım verme olan hemşireler bakım veren bireylere yönelik bütüncül yaklaşım doğrultusunda gerekli hemşirelik girişimlerinde bulunarak bu yükün azaltılmasında önemli katkı sağlayacaktır. Çalışmamız Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu konuda yapılacak diğer çalışmalara ışık tutmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demans Hastalığı

Demans hastalığı; bellek bozukluğunun yanı sıra dil, motor beceriler, agnozi ve yürütücü işlev bozukluğundan en az bir tanesini içeren çoklu zihinsel bozukluğun yarattığı; aynı zamanda gündelik yaşamda bozulmaya yol açan veya alışılmış aktivitelerin sürdürülemediği doğal seyri açısından kalıcı ve sıklıkla da ilerleyici özellik gösteren bir hastalıktır [38,39]. Demans tanısı konulabilmesi için oryantasyon, dikkat, bellek, görsel mekansal işlevler, dil, praksi ve yürütücü işlevlerden en az iki tanesinin etkilenmesi gereklidir [40].

Demans hastalığı yaşlılarda bilişsel fonksiyon kaybı ile seyreden hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. 80 yaş ve üzerindeki bireylerde demans hastalığı görülme sıklığı yaşı artması ile birlikte %20'lerden %60'lara ulaşmaktadır [6].

Demans etiyolojik, klinik ve nöropatolojik özelliklerine göre farklı kategorilerde sınıflandırılmaktadır. Demansı olan olguların % 72'inde AH, % 16'sında Vasküler Demans (VaD), %10'unda Frontotemporal Demans (FTD) ve % 6'sında da Lewy Cisimcikli Demans (LCD) olduğu belirtilmektedir [41].

2.2. Demans Türleri

2.2.1. Vasküler Demans

Vasküler demans, AH'dan sonra ikinci en yaygın demans çeşididir [42,43]. VD, beyinde stratejik bir alanda oluşmuş büyük bir infarkt sonucu oluşan, subkortikal küçük damar hastalığı ya da hemorajiye bağlı meydana gelen bilişsel bir bozukluktur. Tüm demans çeşitlerinin yaklaşık %20-30'unu vasküler demanslar oluşturmakta ve sıklıkla diğer nörodegeneratif patolojilerle birlikte seyretmektedir. Hastalığın seyri enfarkt alanı ve entellektüel yıkımın derecesi ile doğru orantılı olarak değişmektedir. VD'si olan hastalarda hangi alanda enfarkt oluşmuşsa, o alana ait fonksiyon bozukluğu meydana gelmektedir [44,45]. VD'da nöropsikiyatrik bozukluklar da sıklıkla görülmektedir. Majör depresyon ve psikoz hastaların yaklaşık olarak yarısında gözlenmektedir. Apati ve irritabilite de sık olarak görülen bulgular arasında yer almaktadır [46].

2.2.2. Lewy Cisimcikli Demans

Lewy Cisimcikli Demans alfa-sinüklein içeren Lewy cisimciklerinin subkortikal yapılar, limbik sistem ve neokortikal bölgelerde yerleşmesi sonucu görülen demans hastalığının bir çeşididir. Tegmental dopaminerjik hücre yıkımı ve bazal kolinerjik gibi kayıplara sebebiyet vermektedir [47].

Klinik görünümünde dalgalı bilişsel seyir, ekstrapiramidal işaretler ve görsel halisünasyonlar önemli bazı belirtileridir. Yaşlı nüfustaki prevalansı %5'tir ve toplam demans vakalarının yaklaşık olarak %30'unu oluşturmaktadır [48,49]. LCD'de AH'a oranla daha az şiddette bellek yıkımı olmaktadır. Fakat yönetsel işlev kaybı AH'a oranla daha belirgindir. En önemli klinik özelliği kognisyondaki dalgalanma olarak bilinmektedir. Ayrıca iyi forme olmuş tekrar eden halüsinasyonlar da bir başka önemli klinik özelliğidir. Rijidite, bradikinezi ve tremor görülmesi LCD'ı, erken başlangıçlı AH'dan ayırmaktadır [49].

2.2.3. Frontotemporal Demans

Frontotemporal demans, prefrontal korteksin fokal dejenerasyonu ile seyreden bir hastalıktır. Birçok nedene bağlı olabilen bu hastalık, yavaş ilerleme göstermektedir. FTD, genellikle 50 – 60 yaşlarında ortaya çıksa da, 30 yaşından 90 yaşına kadar rapor edilen hastalar da bulunmaktadır [50]. Hastalık, frontal ve temporal yapılardaki nöronal dejenerasyon ile karakterize olup, kişilik, davranış ve dil bozuklukları ile devam eden belirtiler gösterebilmektedir. Hastaların apatik görünimleri vardır. Davranışlarında disinhibisyon, karar verme yetisinde ve iç görüde kayıp sık olarak ortaya çıkmaktadır. Anti-sosyal davranışlar sıklıkla görülmektedir. Kognitif semptomlar başladığında sözel stereotipiler de sık görülmektedir. Sık olarak sözcük tekrarları mevcuttur. Fiziksel bulgular arasında ise erken dönemde primitif veya "frontal" refleksler, inkontinans görülmektedir. Hastada geç dönemde akinezi, rijidite, tremor gözlenmektedir. Hastalığın farklı klinik formları da tanımlanmaktadır [51].

2.3. Alzheimer Hastalığı

2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi

Alzheimer hastalığı; serebral korteks, hipokampus ve subkortikal bölgelerinde nöron kaybı ve metabolik aktivitelerde azalma ile beraber öncelikli olarak hatırlama olmak üzere bilişsel fonksiyonların bozulmasına sebep olan, duygulanımı etkileyen ilerleyici dejeneratif bir hastalıktır [26]. Hastalığın en erken bulgusu bellek bozukluğudur. Hastalığın ilerleyen

evrelerinde ise mental işlevlerin yerine getirilememesi ve kişilik değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Son evresinde ise kişi günlük yaşam aktivitelerinde bir başka birey ya da bireylere bağımlı hale gelmektedir [7,10,52,53] .

Alzheimer hastalığı ilk defa, Alois Alzheimer tarafından 1901 ila 1906 yılları arasında Frau Auguste isimli bir hastada tanımlanmış, sekiz hastanın otopsisinde tanıda bugün de kullanılan histopatolojik değişiklikler (amiloid plak, nörofibriler yumak gibi) saptanmıştır [52]. AH en sık rastlanan demans nedeni olup, tüm demans vakalarının yaklaşık %50-70'ini oluşturmaktadır [8,52]. Semptomlar tanı konmadan yıllar önce gizlice başlamakta ve tanı konulduktan sonra yaşam süresi ortalama 6-8 yıl olarak belirtilmektedir [17].

2.3.2. Epidemiyoloji

Alzheimer hastalığının yıllık insidans ve prevalansı yaş ile doğru orantılı olarak hızla artmaktadır. Beyinde nörodejeneratif birikim orta yaşlarda başlamaktadır ve hastalığın ilk bulguları 65 yaşından sonra görülmektedir [8,54]. İnsidansı 65-69 yaşta %0,4 iken, 90 yaşında %10'lara kadar ulaşmakta, prevalansı 65-69 yaş aralığında %2 iken, 90 yaş üstünde ise %25'lere kadar çıkmaktadır. Prevalans 65 yaş ve üzerindeki hastalarda her beş yılda bir, iki katına yükselmektedir. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri 10 bireyden birinde, 85 yaş ve üzerindeki bireylerde ise 1/3 oranda demansiyel bulguların ortaya çıktığı belirtilmektedir [52,55]. AH sadece 65 yaş ve üzeri değil daha erken yaşlarda da görülmektedir. Hastalığın yaklaşık %5'ini ise 40-50 yaş arası hastalar oluşturmaktadır [56].

Dünya genelinde AH görülme sıklığı ile ilgili kesin bir veri bulunmazken, dünyada yaklaşık 46 milyon kişiyi etkileyen bir hastalık olduğu düşünülmektedir. İlerleyen süreçte bu sayının daha da artacağı öngörülmektedir [57]. Amerika'da 5,3 milyon civarında Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir. Yüzyılın ortalarına kadar, Amerika Birleşik Devletleri'nde AH olan kişi sayısının, doğum oranının da günden güne artması ile birlikte 13,8 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bugün, Amerika Birleşik Devletleri'nde her 66 saniyede bir AH tanısı konulmaktadır. 2050 yılında ise her 33 saniyede bir yeni AH tanısı konulacağı ve yılda yaklaşık 1 milyon yeni vaka belirleneceği tahmin edilmektedir [58]. DSÖ verilerine göre 2050 yılına kadar özellikle yaşlı popülasyonda AH görülme oranının yaklaşık olarak üç kat artacağı beklenmektedir [59].

Ülkemizde ise 400 bin civarında Alzheimer hastası olduğu bilinmekte ve henüz tanı konulamamış birçok gizli hasta olduğu da tahmin edilmektedir [15]. Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılı içerisinde ülkemiz genelinde 18.158 kişi yeni AH tanısı almıştır [16]. Hastalığın farklı yaşlara göre dağılımı incelenirse hastalığın en fazla görüldüğü yaş aralığının 70-84 yaşları aralığında olduğu ve kadınlarda bu hastalığın erkeklere oranla daha fazla görüldüğü

saptanmıştır. Ülkemizde AH tanısı alanların çoğunlukla ülkemizin doğu illerine oranla batısında ve büyük şehirlerinde olduğu görülmektedir [9].

2.3.3. Etiyolojisi

Alzheimer hastalığının yaşlanmayla kesin ilişkisi olduğu bilinmekle beraber kişinin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik seviyesi ve genel sağlık durumu gibi etkenlerle ilişkisi olup olmadığına yönelik tartışmalar mevcuttur [6]. İlerleyici, geri dönüşümü mümkün olmayan ve kognitif ve/veya motor bozukluğa yol açan bu hastalığın etiopatogenezinde genetik ve çevresel faktörler de önemli bir rol oynamaktadır [60]. Hastalığın nöropatolojisinde nörofibriler yumaklar ve senil plaklardan da söz edilmektedir [61].

Nörofibriler yumaklar ve senil plaklar AH'da nörodejenerasyon ya da nöron ve sinaps kayıplarının temelini oluşturmaktadır [62]. Hastalıkta makroskopik olarak beyin ağırlığı 900-1200 gr arasında saptanmaktadır. Serebral giruslarda düzleşme ve sulkuslarda genişleme gözlenmektedir. AH'de genel olarak temporal lob (özellikle hipokampus) daha az olarak frontal ve parietal loblar da etkilenmektedir. Bu atrofi AH için spesifik değildir. Amiloid birikimi oksidatif gerilim ve serbest radikallerin oluşumuna neden olmaktadır. AH tanısı almış bireylerdeki bilişsel kötüleşmenin ciddiyeti nörofibriler yumak miktarı ile ilişkilidir [62,63].

2.3.4. Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığında yaş, risk faktörlerinin en güçlüsüdür. AH'ın hem prevalansı hem de insidansı 60-65 yaşlarından sonra düzenli olarak beş yılda iki katına çıkmaktadır [64]. Bu risk 85 yaş üzerinde %30-40 oranına kadar ulaşabilmektedir. AH, 60 yaş altı bireylerde de %5 oranında görülürken, genellikle hastaların büyük çoğunluğu 65 yaş üstündedir [17].

Cinsiyet ayrımı dikkate alınarak incelendiğinde kadınlar genelde erkeklere oranla daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu sebeple de AH için riskli yaşlara kadar gelebildiklerinden dolayı hastalığın görülme riski kadınlarda daha fazla olmaktadır. Genellikle çevresel etkiler, menopoza bağlı hormonların değişmesi, genetik faktörler bu sonucun alınmasında etkili olabilmektedir [64]. Kadınlarda erkeklere göre yaşam süresinin daha uzun olmasının yanı sıra düşük eğitim düzeyi, hormonal nedenler, genetik ve sosyal faktörler de etkin rol oynamaktadır [47].

Alzheimer hastalığının gelişmesinde bir diğer ana faktör genetikdir. Ailesinde, birinci derecede yakınlarında AH olan bireylerde, ailesinde AH olmayanlara göre hastalığın görülme oranı iki ile dört kat daha fazladır. ApoE epsilon 4 (e4) alelinin ise AH riskini artırdığı belirlenmiştir. Erken yaşta başlayan ailesel AH'ın yaklaşık olarak % 2-3'ünün APP geni

mutasyonuna, % 20 civarının PS2 geni mutasyonuna ve ortalama % 70-80'inin PS1 geni mutasyonuna bağlı olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir [10].

Alzheimer hastalığında diğer risk faktörleri arasında Down sendromu, eğitim seviyesinin düşük olması, bilinç kaybı yaşamasına neden olabilecek kafa travmaları, aterosklerotik karotid arter hastalığı, miyokard infarktüsü bulunmaktadır. Geç yaşta çocuk sahibi olmanın, alkol kullanımının yüksek olması ve depresyon öyküsünün AH için önemli risk faktörü olabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır [52,65]. Akdeniz diyeti (balık, yeşil sebzeler, meyve çeşitleri, vb.) ile beslenmenin, egzersiz yapmanın ve ayrıca yapılan bilişsel aktivitelerin AH riskini azalttığı ve bu faktörlerin AH oluşumunu önlemekte etkili faktörler olabilecekleri de ileri sürülmektedir [66].

Özgeçmişinde depresyon öyküsü bulunan bireylerde AH gelişme riskinin depresyon öyküsü olmayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. AH olan bireylerde depresyon, hastalığın bütün evrelerinde görülmesine rağmen erken evrelerde hastalık daha belirgindir. Depresyon ilk olarak dikkati, ikincil olarak da belleği bozucu etkileri bulunmaktadır. Erken evrede görülen AH'da ise bellek, dikkatten bağımsız bir şekilde bozulmaktadır [67].

2.3.5. Tanı

Alzheimer hastalığının tanısında hasta öyküsü, fizik muayene, nörolojik muayene, mini mental durum muayenesi ve diğer yardımcı muayene yöntemlerinin de önemli olduğu belirtilmektedir. Hastadan alınan öykü AH'ın tanısı için en önemli kaynaktır. Tanı sürecinde kişinin AH'a yakalanmadan önceki hayatı hastalığın tanısına yön vermektedir. Hastanın yakın çevresinden ve özellikle aile bireylerinden hastanın evdeki yaşamı, iş hayatı, sosyal ve ekonomik durumu ile ilgili ayrıntılı bir şekilde bilgi alınması gerekmektedir [68].

Alzheimer hastalığının tanısı için yayımlanan ve yaygın olarak kullanılan National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRA) başlığı altında standart tanı kriterleri oluşturulmuştur [18].

Bu tanı kriterlerindeki ölçütlerden faydalanılarak bireyde öğrenme ve bellekte bozukluğun bulunup bulunmadığı, afazi, apraksi, agnozi, yönetsel işlevlerde örneğin planlama yapma, organizasyon işlevleri, sıralama, soyutlama gibi becerilerde bozukluk olup olmadığı ve merkezi sinir sisteminde başka bir patolojinin olup olmadığı gibi değerlendirmeler yapılmaktadır. Yapılan bu değerlendirmeler dikkate alınarak bireye AH tanısı konulabilmektedir. AH'ın ayırıcı tanısında sıkça kullanılan görüntüleme yöntemlerinden birisi de Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR)'dır [69].

Alzheimer hastalığında MR görüntüleri hastalığın insan beyinde oluşturduğu hasarın yol açtığı doku kayıplarını gösteren ve tanı koymaya yardımcı olan yüksek çözünürlüğü olan bir görüntüleme yöntemidir. Hastalığın belirtilerinden ilki yakın geçmişte başlayan unutkanlık olduğundan görüntülerde öncelikle hafıza ile ilgili bölgelerde doku kayıpları aranmaktadır. Özellikle doku kayıpları daha sıklıkla hafıza ile ilgili hipokampus ve amigdala bölgelerinde görülmektedir [70]. İç bölümlerde oluşan doku kayıpları ile beraber tüm beyin ve beyin omurilik sıvısı (BOS) bölgelerinde de anlamlı değişiklikler görülmektedir [71].

Alzheimer hastalığının kesin tanısı, hastada klinik olarak muhtemel AH tanı bulgularının olması ve bu bulguların biyopsi ile histopatolojik olarak desteklenmesini gerektirmektedir [72].

2.3.6. Klinik Belirtiler

Alzheimer hastalığının en önemli klinik özelliği hastalığın sinsi bir şekilde başlayıp yavaş seyretmesidir [73]. AH'da dejeneratif süreç, klinik bulgulardan 20-30 yıl daha önce başlamaktadır. İlk olarak, bellek işlevlerinin altyapısının olduğu hipokampus ve entorinal korteks tutulmaktadır. Bu nedenle de bozulan işlevlerin en başında bellek gelmektedir. Ardından hastalığın daha da ilerlemesi ile birlikte dejenerasyon ön ve arka multimodal asosiyasyon korteksine doğru yayılmaktadır. Bu alanlarda hastalıkta meydana gelen ilerleme ile beraber bu becerilerde ve işlevlerde giderek fazlalaşan bozulmalar görülmektedir [74].

Alzheimer hastalığında süreç yaşa, cinsiyete, kişilik özelliklerine, yaşantı öyküsüne ve fiziksel sağlık gibi faktörlerin etkisine bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. AH'ın belirtileri yaştan ilerlemesiyle birlikte daha belirgin bir hale gelmektedir.

Alzheimer hastalığı üç evrede incelenmektedir. Bu evreler hafif, orta ve şiddetli evredir. Bu evrelerin ayrımı biliş, davranış ve işlev (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme) gibi değişkenlere göre belirlenmiştir [52].

2.3.6.1. Erken evre

Erken tanı için çok önemli olan bu evre birçok Alzheimer hastasında çoğunlukla gözden kaçırılmaktadır [75]. Bu evrede asıl ön planda olan yakın bellek bozukluğudur. Geçmiş iyi hatırlanırken erken evrede unutkanlık ve zaman kavramında silikleşmeler başlamaktadır. Hasta sık sık aynı soruları tekrarlayıp aynı olayları daha önce anlatmamış gibi anlatabilmektedir. Dışarı çıkarken yanına alması gereken alışveriş listesini ya da anahtarını evde unutmakta, yemek yaparken ocağı açık unutarak ev kazalarına sebep olabilmektedir. Yeni bilgileri öğrenmede sorun yaşayan Alzheimer hastalarının bu erken evrede davranışsal problemler ve sosyal yaşantılarında belirgin bir etkilenmeleri bulunmamaktadır. Dolayısıyla hasta bir başkasının yardımı olmadan da

yaşantısını sürdürebilmektedir [76]. Birey ev işlerini yaparken eskiden gösterdiği özeni gösterememekte, yakınlarındaki kişilerin isimlerini unutmakta, onların sözlerini tekrarlamakta, kelimeleri bulmakta zorluk çekmekte ve akıcı bir şekilde konuşamamakta duraklayarak konuşmaktadır. Banka işleri gibi karmaşık işlerde hatalar yapmakta ve zorluk yaşamaktadır. Ayrıca bu evrede içe kapanma, duygusal cevapsızlık, inkar gibi istenmeyen davranışsal değişiklikler gözlenebilmektedir [77].

Kişinin meslek yaşantısındaki işlevselliği belirgin olarak bozulmaktadır. Performans düşüklüğü iş arkadaşları tarafından açık bir şekilde gözlenebilmektedir. Araba kullanırken sinyalizasyona karşı dikkatsizlik, tepkilerde yavaşlama, yönleri karıştırma gibi farklı güçlükler başlayabilmektedir. Kişi daha önce gittiği yerlere seyahat edebilmekte fakat yabancı yerlerde kaybolabilmektedir. Cinsel ilgide azalmalar ve iştahta bozulmalar meydana gelebilmektedir. Muayenede yakın bellek başta olmak üzere, vizyo-spasiyal bozukluk, uzak bellekte bozulma, kişi ve nesne isimlerini hatırlamada güçlükler, dikkat ve soyutlama gibi yürütücü işlevlerde bozulmalar meydana gelebilmektedir [78].

2.3.6.2. Orta evre

Bu evrede, hastalığın belirtileri daha net olmakla birlikte bireyi kısıtlamaya başlamaktadır. Uzak bellekte de bozulma ortaya çıkmaktadır. Hastalar, ev dışında tek başlarına dolaşamaz hale gelmektedir. Zaman oryantasyonunun bozulması, hava kararınca uyumak istemeye başlaması semptomatiktir. Kişilerarası sosyal ilişkileri bozulabilmektedir. Yapılandırma, yargılama, muhakeme yeteneği, planlama gibi yürütücü işlevlerde belirgin bir şekilde bozulmalar görülmektedir. Olaylara kayıtsızlık ve kimi zaman huzursuzluk şeklinde kişilik değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Agresyon ve paranoid düşünceler başlamaktadır. Bu evrede, mekan oryantasyonunda da belirgin bozulmalar görülmektedir. Amaçsızca yürüme, tekrarlayıcı hareketler şeklinde motor semptomlar vardır. Kişi artık yaşamında bağımsız değildir, çoğu kez günlük yaşam aktivitelerini yaparken bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Banyo yapma, yemeklerini hazırlama ve yeme, tıraş olma gibi günlük işlerde uyarılmaya ve yardıma ihtiyaçları olabilmektedir. Para yönetimi artık tamamen bozulmaya başlamıştır. Bu evrenin son dönemlerinde sfinkter bozuklukları da tabloya eklenmektedir [18,25,79].

2.3.6.3. Geç evre

Orta dönemde görülen tüm bulgular bu evrede çok daha ağırlaşmış şekilde ortaya çıkmaktadır. Yer ve zaman oryantasyonu tamamıyla kaybolmuştur. Hastada kişilik değişikliği iyice belirginleşmektedir. Bellek de ileri derecede bozulmuştur [74].

Bu evrede, hastalar öz bakımlarını tek başlarına yapamayıp bakıcıya ihtiyaç duymaktadırlar. Günlük aktivitelerinde (beslenme, banyo, giyinme vb.) tamamen başkasına bağımlı hale gelmektedirler. Hastalar, çocuklarını hatta aynada kendisini dahi tanıyamamaktadır. Sfinkter kusurları belirgindir. Nörolojik muayenede miyokloni, hiperaktif refleksler gibi patolojik bulgular saptanabilmektedir. İleri evre AH olan hastaların ölüm nedenlerinin çoğunluğunu, bası yarası enfeksiyonları, akciğer embolisi/enfeksiyonu ve beslenme bozuklukları oluşturmaktadır [17].

2.3.7. Alzheimer Hastalığının Tedavisi

Alzheimer hastalığının kesin nedeni bilinmemekle birlikte günümüzde dejeneratif ilerlemeyi durduracak ya da yavaşlatacak kesin bir tedavi henüz mevcut değildir [52,80-82]. Bununla birlikte son zamanlarda ortaya çıkan birtakım etkili maddelerle hastalığın semptomlarını iyileştirecek, seyrini yavaşlatacak ve hastanın günlük aktivitelerini düzeltecek semptomatik tedavi yöntemleri geliştirilmektedir [80]. Beklenen ve istenilen tedavi, hastalığa neden olabilecek patolojinin tedavisi ile AH'ın ilerleyişinin tamamen durdurulması ve hasta bireyin eski hayatına döndürülmesidir [52].

Alzheimer hastalığının tedavisi bilişsel fonksiyonlara yönelik tedavi ve psikolojik semptomlarına yönelik tedavi olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir [80]. Bilişsel işlev bozukluğunun tedavisi için kullanılan etkin maddeler zayıflamış olan kolinerjik nörotransmisyonu güçlendirmek ve artan glutaminerjik nörotransmisyonu zayıflatmak olmak üzere iki temel mekanizma ile etki göstermektedir. Bu amaçla tedavide en çok rivastigmin, donepezil ve memantin kullanılmaktadır. Ayrıca AH olan hastalarda görülen davranış değişiklikleri ve psikiyatrik belirtileri kontrol altına almak için antidepresan, antipsikotik ve sedatif/hipnotik ilaç tedavilerinden de yararlanılmaktadır [10].

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin, AH olan hastalarda hem bilişsel durum hem de yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır [83,84]. Günümüzde grup şeklinde ya da bireysel olarak evde veya diğer birtakım özel kurumlarda uygulanan tedavi yöntemleri; bilişsel, psikososyal ve duyuşsal uygulamaların yanı sıra hareket davranışları adı altında dört başlık altında gruplandırılmaktadır. İçerik olarak bilişsel uygulamalar hastalara bilişsel eğitim, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel uyaran verme ve gerçeğe oryantasyon terapisini içermektedir. Psikososyal uygulamalar içeriğinde ise anımsama terapisi, geçerileştirme ve onaylama terapisi; fiziksel uygulamalar arasında egzersiz terapisi; duyuşsal uygulamalar içeriğinde ise aromaterapi, masaj teknikleri, terapotik dokunma, müzik dinleme, ışık tedavisi ve hastalara snoezelen yani çoklu duyuşsal uyaranlar verme terapilerini içermektedir [84-86].

Yukarıda ifade edildiği gibi AH'ın seyri gereği hastalarda görülen bu değişimler geri dönüşü olmayan ve giderek bağımlı olmaya dönüş şeklinde olmaktadır. AH olan hastaların çoğu günlük yaşamlarında artık bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedirler. Bu yardım çoğunlukla hastanın en yakınında olan ve hayatını hastasına göre belirlemek zorunda kalan aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır. AH olan bireylerin karşılaştığı tüm bu problemler ve hastalığa bağlı sorunlarla baş etme konusunda yeterince bilgilendirilmeyen aile bireyleri için bakım yükü konusunun önemi ortaya çıkmaktadır.

2.4. Bakım Yükü

2.4.1. Bakım ve Bakım Veren Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK)'ya göre bakım kelimesinin anlamı bakma işi, bir şeyin iyi bir şekilde geliştirilmesi, iyi bir durumda olması için verilen emek, birisine beslenme, giyinme gibi bireysel gereksinimlerinde yardımcı olma ve ona hizmet sağlama işi olarak tanımlanmaktadır [87].

Joan Tronto ise bakımı, dünyamızı ve çevremizi iyi yaşayabilmek amacıyla korumak ve düzenlemek için yaptığımız hemen hemen her şeyi kapsayan özel bir davranış şekli olarak tanımlamaktadır [88].

Watson ise bakımı, hemşireliğin ana esası olarak ve hemşirelik mesleğinin merkezinde ve birleştirici odak noktası olarak görmektedir. Bakım vermenin hemşire ile hasta birey arasında karşılıklı yarar sağlama ve büyüme süreci olduğunu belirtmektedir [89]. Swanson ise bakımı, “bakım işinden dolayı sorumluluğu alınan bireyin beslenmesi, bakılması” olarak tanımlamaktadır. Bu teoriye göre hemşirelik müdahaleleri ile verilen bakım süreci üzerinde önemle durulmaktadır [90].

Hastanın fiziksel veya zihinsel bir problemten dolayı günlük yaşam aktivitelerini tek başına gerçekleştirmede kendine yetemeyen bir bireyin bakım işlerini üstlenen kişi ‘bakım veren’ olarak adlandırılmaktadır [91].

Birinci derecede bakım verenler, hastanın günlük hayatının merkezinde olduğu için çoğunlukla hastanın sosyal ağıyla sürekli temas halindedir [92,93]. Hastaya sekonder bakım hizmeti sağlayan kişiler genellikle bireyin akrabaları, arkadaşları veya dışarıdan bir başkası da olabileceği gibi genellikle aile üyelerinden birisi olup, primer olarak bakım veren kişiyi desteklemektedir [94].

2.4.2. Bakım Verme

Bakım verme işi, bakım veren bireylerin çok boyutlu olarak algıladığı bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Bakım vermenin, karşılıklı samimiyetin ve sevginin çoğalması, kişisel gelişim, yakınlık ilişkilerinin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal ve manevi destek alma, kişisel doyuma ulaşma gibi olumlu özelliklerinin bulunmasının yanında birçok zorluğun da yaşanmasına yol açabildiğinden olumsuz özellikleri de bulunmaktadır [95-97].

Bakım verme hizmeti birçok farklı yardım çeşitlerini içermektedir. Bunlar, kişisel bakım (beslenmek, yıkanmak, tuvalet ihtiyacını gidermek, giyinmek vb.) ve sağlık bakımının (ilaç almak, tedavi süreci, izlemek vb.), yanında hastaların aldığı sosyal hizmetleri koordine etmek, gündelik yapılması gereken ev işlerini yapmak, para idaresi ve maddi yardımlara ek olarak çoğu zaman aynı evde beraber yaşamayı da kapsamaktadır [98].

Bakım verme işi, formal ve informal olmak üzere iki ana başlıkta incelenebilmektedir. Formal olarak bakım işi, hasta bireylere evde veya bir sağlık kurumunda bakım hizmetleri sunan meslek sahibi gruplar tarafından verilmektedir [99,100]. İnfomal bakım işi ise; bakım veren bireyin bir yakınına yardım etmesidir. İnfomal bakım hizmeti sunanlar herhangi bir ücret talebi olmayan, evde bakım sağlayan aile bireyleri, arkadaşlar, bakım sorumluluklarını paylaşan kardeşler vb. kişilerdir [94,100].

2.4.3. Yük Kavramı

Yük, bakım veren bireylerin üstlendiği, bakım verme ile meydana gelen, psikolojik bir problem, fiziksel sağlık problemleri, sosyal ve ekonomik problemler, aile ilişkilerinde bozulmalar olması ve kontrolün kendisinde olmaması gibi olumsuz olan objektif ve subjektif durumlar olarak belirtilmektedir [101].

2.4.4. Bakım Veren Yükü

Bakım veren bireyler hastalarının bakımları ile ilgilenirken bakım yükünü oluşturan biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar ile karşılaşmaktadır. Bakım verme yükü, 1963'te Grad ve Saisbury tarafından tanımlanmıştır [102]. Bakım yükü; yaşlı, kronik bir hastalığı bulunan, aileden bir kişi veya başka bireye bakım veren bir kişinin zor bir durumla karşılaşması, gerilmesi, kendisini baskı altındaymış gibi hissedebilmesi olarak tanımlanmaktadır [103]. Çoğunlukla, ailede bakım hizmeti vermenin kronik, yoğun ve yorucu yapısı bakım veren bireylerin yaşamlarındaki (aile, iş, ve sosyal yaşam) diğer problemlerle birleşirse "bakıcı yükü" olarak tanımlanan bir dengesizlik durumuna neden olmaktadır [104]. Ayrıca, bakım yükü kavramı kişiye

bakım verirken yaşanabilecek fiziksel, psikososyal veya ekonomik problemleri ifade etmede de kullanılmaktadır [105,106].

Montgomery ve arkadaşları (1985)'nin çalışmasında bakım veren yükünü nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki boyutunun olduğunu ileri sürmüştür. Nesnel bakım yükü, bakım verenin bakım verdiği bireye bakarken harcadığı zaman, bakım verirken yerine getirdiği görevler ve bu süreç içerisinde karşılaştığı ekonomik problemlerle ilişkilidir. Öznel bakım yükü ise, nesnel bakım yükünün getirdiği sonuçların bakım veren kişide yarattığı etkilerden dolayı bakım verenin algıladığı yüküdür. Öznel bakım yükü, bakım verenin kendi rolüne ilişkin duyguları ve emosyonel tepkileri olarak da tanımlanabilmektedir [107].

Bakım verme süreci, bakım veren kişinin hayatında yaygın ve zorlayıcı değişikliklere yol açmaktadır. Bakım verme işinin gereksinimleri, bakım veren kişinin eski rolleriyle, yeni bakıcı rolünün çatışmasına neden olmaktadır. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak tanımlanmaktadır [108].

Bakım verme işinin getirdiği sorumluluk, hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal sağlığında bozulma, bakım veren bireylerin kendine zaman ayıramaması, özgürlüğünün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma saatlerini veya şeklini değiştirme, evlilik ve aile ilişkilerinde çatışma yaşama, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve sosyal rollerinde problemlere neden olabilmektedir [93,109,110].

Bakım verme düzeyinin gittikçe artmasının, bakım verme etkinliğinde azalma ve bakım veren bireyin kendi sağlık ihtiyaçlarını daha çok erteleme gibi olumsuz etkileri de bulunmaktadır [111]. Bundan dolayı bakım yükünün azaltılmasına yönelik yaklaşımlar hem hasta birey, hem de bakım veren bireyin iyilik halinin sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir [96].

Yukarıda da belirtildiği gibi AH olan bireylerin ilerleyen hastalık süreci bakım verenlerin hayatlarında zorlayıcı değişikliklere yol açmaktadır. AH olan hastalara bakım veren bireyler zamanının büyük bir çoğunluğunu hastasına ayırması nedeniyle birçok güçlük de karşı karşıya kalmaktadırlar.

2.4.5. Bakım Verene Ait Güçlükler

2.4.5.1. Bakım verene ait fiziksel güçlükler

Bakım verme işi, bakım veren bireyin sağlığını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir [95]. İyilik hali kişinin doğası ve onun çevresi değiştikçe sürekli değişen bir amaçtır [112]. Bakım veren bireyin iyilik halini sosyal destek ve başa çıkma gibi pozitif faktörler olumlu yönde etkilerken depresyon ve bakım verme rolü gibi negatif faktörler olumsuz yönde etkilemektedir [113].

Bakım hizmeti sunan kişilerde hazımsızlık sorunları, iştahta değişme, yemek alışkanlıklarında düzensizlik, vücut ağırlığında değişme, kas ağrısı gibi fiziksel belirtiler sıklıkla görülmektedir [114]. Fizyolojik durum göstergeleri arasında bakım veren bireylerin çoğunda ciddi bir şekilde uyku problemleri ve yorgunluk da deneyimlenebilmektedir [30,115].

McCurry ve arkadaşları (2009)'nın yaptığı bir çalışmada bakım veren bireylerin uyku kaliteleri çoğu zaman yeterli olmamakla birlikte, bakıcıların genellikle hastalar tarafından gece sık sık uyandırıldığı görülmüştür. Bakım veren bireyler ise ancak bakım verdikleri kişilerden bir süre uzaklaşıp bakım işine ara verdiklerinde dinlenebildiklerini ifade etmişlerdir [116]. Bununla birlikte yapılan çalışmalar, hastalardaki gece davranış bozukluklarının, bakım veren bireylerin uyku kalitelerinin zayıf olmasına sebep olduğunu ortaya koymuştur. Hatta bakım veren bireylerin bakım verme işini bıraktıktan sonra dahi uyku sorunlarının devam ettiği saptanmıştır [117,118].

2.4.5.2. Bakım verene ait emosyonel güçlükler

Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin depresyon, yalnızlık, korku, öfke, şaşkınlık, anksiyete, aşırı yorgunluk, üzüntü, suçluluk, baş etmede yetersizlik gibi birçok duygusal güçlük yaşadıkları belirtilmektedir [119,120]. Aile bireylerinin bu ve buna benzer duygular içinde bulunmalarının sebebi çaresizlik duygusunu hissetmiş olmalarıdır. İsyan etme durumuna gelme, hastaya karşı beslenen duygularda çelişkiye düşme, hastalığın ciddiyetini kabullenmeme, hastalığa odaklanıp hastalık dışında bir şey düşünememe, sosyal aktivitelerden uzaklaşma gibi durumlar da sık bir şekilde görülmektedir [121].

Yapılan bir çalışmada bakım veren bireylerde görülen emosyonel güçlüklerin yanı sıra giyim ve düzeninde dağınıklık, konsantrasyon problemleri, huzursuzluk hissetme, benlik saygısında azalma, iğneleyici bir takım davranışlar, madde ve ilaç kullanımında da artış görülmektedir. İnformal bakıcıların anksiyete ve depresyon gibi birçok fiziksel ve duygusal problem riskini arttırıcı etki yapan stresli durumlara maruz kaldıkları belirlenmiştir [122]. Bununla beraber stresli durumlara maruz kalan bakım veren bireylerin kardiyovasküler hastalığa yakalanma oranlarının da yükseldiği görülmüştür [123]. Yine yapılan başka bir çalışmada, Alzheimer hastası bireylere bakım veren kişilerdeki kronik stresin kan basıncı yüksekliği riskinde artışa neden olduğu belirlenmiştir [124].

Bütün bu duygusal güçlüklerin bakım yükünü artırdığı ve bakım veren bireyin yaşam kalitesini azalttığı da çalışmalar sonucunda kanıtlanmıştır [122,125].

2.4.5.3. Bakım verene ait sosyal güçlükler

Yaşlı bir bireye bakım verme aynı zamanda sosyal ve kişilerarası problemlere neden olabilmektedir [126]. Bakım veren bireylerin bakım nedeni ile aile ve arkadaşları ile birlikte geçirdiği zaman oldukça azalmakta ve bundan aile yaşantısı da etkilenmektedir. Bakım veren bireyler ve diğer hasta yakınları öncelikle hastanın ihtiyaçlarına odaklandıkları için; sosyal destek eksikliği yaşadıklarını, aile ve yakın arkadaşlarından ihtiyaçları olan desteği göremediklerinde gerginlik gibi olumsuz duygular hissettikleri belirtilmektedir [106,127].

Bakım veren bireyler sürekli hastaları ile ilgilendikleri için aile, arkadaşlık, komşuluk ilişkilerinden ve diğer sosyal aktivitelerinden fedakarlık etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu fedakarlık sonucunda sosyal izolasyon, yalnızlık gibi birçok sorun yaşanmakta, mevcut sosyal destek sistemi bozulmakta ve günlük yaşam faaliyetleri de bu durumdan etkilenebilmektedir [104].

Alzheimer hastası bireyler akrabaları ve sosyal çevresindeki kişiler tarafından daha fazla ziyaret edildiğinde bakım verenin yükünün daha düşük olduğu saptanmıştır [128]. Yapılan bir çalışmada da bakıcıların yükünü azaltmak için bakım veren bireylerin aile bireylerinden yardım ve destek almalarının ve onlar tarafından takdir edilmelerinin bakım yükünü azalttığı belirlenmiştir [129].

Ferrara ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada bakıcıların %53'ünün bakım vermeleri ile hayatlarının değiştiği, kendileri için vakit ayıramadıkları ve sosyal hayatlarının da bu durumdan etkilendiği saptanmıştır [130].

Varone ve arkadaşları (2007)'nin çalışmasında yeteri kadar sosyal destekleri olmayan bakım verenlerin daha yoğun stres yaşadıkları ve algıladıkları bakım yükünün daha fazla olduğu saptanmıştır [131].

2.4.5.4. Bakım verene ait ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler

Ekonomik giderler bakım veren bireyler için en büyük yük olarak algılanmaktadır [132]. Hastalığın tedavisinin uzun süre devam etmesi, kesin olarak tedavi edilememesi, uzun süreli ve tekrarlı hastaneye yatmalar özellikle aile bütçesine ve ülke ekonomisine önemli ölçüde yükler getirmektedir [104].

Bakım verme, bakım verenlerin istihdam durumunu ve iş verimliliğini olumsuz etkileyerek birçok ekonomik sorunlara da yol açmaktadır [28]. Bu ekonomik problemler içinde sıklıkla karşılaşılan bir durum olan sağlık güvencesinin karşılamadığı masrafların ek yük oluşturması, bakım verenlerin ve hastanın iş saatlerinin azaltılması ya da işinin sonlandırılmasıdır [133].

Yapılan bir araştırmada, kısmen ya da tam zamanlı olarak çalışan bakım görevlilerinin % 65'inin işe geç saatlerde gittiği ya da işten erken ayrıldığı, % 20'sinin ise işine son verildiği belirlenmiştir [28].

2.4.6. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Etmenler

Bakım veren yüküne etki eden etmenler hastalara ve bakım veren bireylere ait etmenler olmak üzere iki bölümde incelenmektedir.

2.4.6.1. Hastalara ait etmenler

Bakım yükünü etkileyen hastalara ait etmenler bilişsel yetersizlikler, işlevsel yetersizlikler, davranışsal ve psikiyatrik problemler olmak üzere gruplara ayrılabilir. Hastalarda en sık karşılaşılan bilişsel yetersizlikler; unutkanlığın farklı boyutları ve fonksiyonel yetersizlikler; enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve normal günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersiz kalma, davranışsal ve psikiyatrik yetersizlikler ise ajite davranışlar, delüsyon, halüsinasyon olarak karşımıza çıkmaktadır [134].

Robinson ve arkadaşları hastalardaki sorunlu davranışlar ve bakım veren bireylerin verdikleri yanıtları incelediği araştırma sonunda hastalardaki davranış sorunlarının bakım veren bireylerin kişisel ve sosyal hayatlarını büyük bir ölçüde kısıtladığını ve bakım veren bireylerin yükleri ile davranış sorunlarının arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır [134].

2.4.6.2. Bakım verene ait etmenler

Alzheimer hastalarında bakım veren bireye ait özellikler arasında bakım verenin yaşı, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verirken ne derece gönüllü olduğu, motivasyon durumu, eğitim seviyesi, başka bir hastalığının bulunup bulunmadığı, baş etme becerileri, inançları, hastalık hakkında bilgi düzeyi, maddi durumu, yaşadığı toplumdaki kültürel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlığı yer alabilmektedir [93].

2.4.6.2.1. Yaş

Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yaşları genellikle orta yaş ve üstüdür [135] ve yapılan araştırmada Alzheimer hastasına bakım veren her üç kişiden birinin (%34'ü) 65 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır [13].

Yapılan bir araştırmada AH olan hastalara bakım veren yaşlıların genç bakım verenlere göre daha az duygusal stres, daha az fiziksel zorlanma ve finansal zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca ücret talep etmeden bakıcılık yapma eğiliminin de daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlılar profesyonel sağlık bakım elemanlarıyla iletişim yeteneklerinin daha iyi olduğunu ve bakım verdikleri kişileri bakım ekibinin önemli bir parçası şeklinde gördüklerini bildirmişlerdir. Yaşlı bakıcıların genellikle çalışmayan kişiler olduklarından kendi eşlerine de bakma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir [136].

2.4.6.2.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alzheimer hastasına bakım veren kadın grubunun çoğunlukla AH olan hastanın eşi veya yetişkin kızları olduğu saptanmıştır [11,12,137]. Kadınların bakım verme işine daha uygun görülmesinin en önemli sebeplerinden biri ise çoğunlukla toplum tarafından ev işleri ve aileyi ilgilendiren özel alanların, kadının normal işleri olarak görülmesidir [12,138,139]. Yurtsever ve arkadaşları (2013)' nın yaptıkları bir çalışma sonucunda da bakım verenlerin çoğunun kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birçok kültürde olduğu gibi bizim kültürümüzde de bakım işi kadınlara atfedilmekte ve bakım işi kadınların ev içi sorumluluklarının bir devamı olarak görülmektedir [21].

Kadınların yapısı gereği kişilik özelliklerinin daha şefkatli, olayları daha duyarlı karşıladıkları, kişilerle daha yakın, güçlü ve yapıcı ilişkiler kurabilme yeteneğine sahip oldukları ve erkeklere oranla bakım verme işinin zorlukları ile daha iyi baş edebilecekleri düşüncesi, kadınların bakım verme işine daha uygun olduklarının başlıca nedenleri olarak belirtilmektedir [140].

Yapılan çalışmalarda özellikle kadın bakım vericilerin sağlıklarının fiziksel, ruhsal, psikolojik ve sosyal olarak etkilendiği görülmüştür [141-143]. Alzheimer hastalarına haftada 40 saatten daha fazla bakım verenlerin yüzde %69'unun kadın olduğu saptanmıştır. Yine demansı olan bir kişiye beş yıldan daha fazla süre bakım verenlerin % 63'ünün kadın olduğu belirlenmiştir [13].

Yapılan bir araştırmada AH olan hastalara bakım veren bireylerde bakım yükünün AH'nın şiddeti ile arttığı ve ayrıca bakım yükünün kadınlarda ve yaşlılarda daha yüksek olduğu da saptanmıştır [138,144]. Benzer şekilde, erkek bakıcılarla karşılaştırıldığında kadın bakıcıların stres ve depresyon düzeylerinin daha yüksek, refah düzeyi ve fiziksel sağlık seviyelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [145]. Yapılan diğer bir araştırmada AH olan hastalara bakım veren kadınların, hastaların kişisel bakımıyla daha fazla ilgilendikleri ve bakım için daha fazla vakit harcadıkları belirlenmiştir [146].

Yurtsever ve arkadaşları (2013)'nın yaptıkları çalışmada, AH olan bireylere bakım veren kadın eşlerin erkek eşlere göre uykusuzluk, depresyon ve enerji düşüklüğü problemlerini daha fazla yaşadıkları saptanmıştır [21].

2.4.6.2.3. Eğitim durumu

Bakım veren yükünü etkileyen faktörlerden biri de bakım veren bireyin eğitim durumudur. Genel olarak daha iyi eğitim almış kişilerin iletişim yetenekleri, stres ile baş etme becerileri ve ek olarak sağlık tarama uygulamaları gibi birçok yaşam deneyimlerine sahip olma olasılıkları eğitim seviyesi düşük bakım veren bireylere göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi daha düşük bakım verenlerin stres semptomları geliştirme riski daha yüksek olabilmektedir [147].

2.4.6.2.4. Bakım verme süresi

Bakım veren yükünü etkileyen özelliklerden biri de, bakım verme süresi olduğu belirtilmektedir. Bakım verme süresinin, Alzheimer hastalarına bakım verenlerde, diğer yaşlı kişilere bakım verenler ile kıyaslandığında daha uzun olduğu görülmüştür [13]. Alzheimer ya da diğer demans hastalarına bakım veren aile bireylerinin yarısından fazlasının (% 57), en az dört ya da daha fazla yıl süre ile bakım hizmeti sağladıkları saptanmıştır. Bu oran bakımı ev ortamında yapan aile bireyleri için % 74'e, diğer koşullardaki aile bakıcıları için % 53'e yükselmektedir [11]. Yapılan bir çalışmada, Alzheimer hastalarına bakım verenler arasında, haftada 40 saatten fazla bakım verenlerin oranı %23 iken, bu oran diğer yaşlı hastalara bakım verenlerde %16 olarak saptanmıştır [148].

İnformel bakım saatlerinin, bakım veren yükü üzerinde doğrudan olumsuz etkisi olduğu gözlenmiştir. Şüphesiz, bu informal bakım saatlerindeki artış doğrudan bakım vericilerde daha fazla bir yük oluşturmaktadır [129]. Alzheimer hastalarına bakım veren her 10 kişiden 6'sının (%63) Alzheimer dışı diğer bakım vericilere göre önümüzdeki beş yıl içinde daha fazla bakım yükü taşıyacağı öngörülmektedir [24].

2.4.6.2.5. Hastanın bakım veren ile yakınlık durumu

Yapılan araştırmalara göre, ücretli bakıcılar genellikle bakım verme işini, belirli bir zaman ve emek harcadıkları bir iş olarak değerlendirirken, aile bakıcıları ise bakım verme işini ciddi bir sorumluluk olarak değerlendirmekte ve duygularını katarak yapmaktadırlar [149,150].

Evlü Alzheimer hastası olan bireyler çoğunlukla eşlerinden bakım almaktadır. Evliliklerinin sağlam bir geçmişi olduğunu ifade eden bakım verenler, daha az güçlükle

karşılaşmaktadır. Araştırmalara göre, bakım verme tecrübesi olmayan hasta eşleri olumsuz sonuçlara karşı da daha savunmasız olduklarını ifade etmişlerdir [151,152].

2.4.7. Alzheimer Hastasında Bakım Verme Güçlüğü

Bakım, tanımı gereği çok stresli bir görevdir. AH' da ise çeşitli zorlukları ortaya koyan, kronik, dejeneratif bir hastalıkla karşı karşıya kalındığında bu durum daha da zorlaşmaktadır [153]. Hafızanın kaybedilmesi ile başlayan süreç karar verme, oryantasyon ve son olarak iletişim kaybı hasta üzerinde giderek artan düzeyde denetim ve kişisel bakım gerektirmektedir. Hastalığın son aşamalarında ise hastalar artık tam bağımlı bireyler haline gelmektedirler [22].

Alzheimer hastası olan bireylerin ihtiyaç ve sorunlarının fark edilmesi, bakım verenler için temel gerekliliktir [154]. Alzheimer hastasına bakım verenler eşlerden, aile üyelerinden, dostlardan, hatta doktorlar ve hemşireler gibi sağlık personelinde de oluşabilmektedir [33]. Bununla birlikte, daha sıklıkla Alzheimer hastalarına bakım verenler, öncelikli olarak aile üyeleri (genellikle eşler ve yetişkin çocuklar) ya da akrabalar olup bakım herhangi bir ücret beklentisi olmadan sağlanmaktadır [22-24].

Hastanın bilişsel gerileme seviyesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme güçlüğü'nün derecesi, kişilik değişiklikleri ve psikiyatrik semptomların bakım verenin yükünü arttırdığı belirlenmiştir [155]. Alzheimer hastalarına bakım verenler bakım verirken arkadaş ilişkileri, çocuk yetiştirme, kariyer ve diğer birçok ihtiyaçları dengelemeye çalışırken birçok engelle de karşı karşıya kalmaktadırlar [156].

Hastalığın erken evrelerinde bakım veren bireyler, hastanın evi dışında yürüttüğü aktiviteleri, tedavi ve mali konularla ilgili işlerini yürütürken, hastalığın ileri seviyelere ulaşmasıyla birlikte hasta bireyin öz bakımına yardımcı olarak banyo yapma, tuvalete gitme, beslenme, giyinme gibi günlük aktiviteleri de üstlenebilmektedirler [157].

Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan bir araştırmada, bakıcıların sıkıntılarının nedenleri arasında ilk sırada bakım verenlerin AH'ın yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları gelmektedir. Örneğin, bakım verenler genellikle sözlü komutları takip edemeyen Alzheimer hastaları ile işlevsel bir iletişim kaybından şikayetçi olmaktadır. AH olan hastalarla iletişim halindeyken yavaş konuşma yerine basit cümlelerin kullanılmasının daha etkili olduğu bilgisinin, bakım verenlerin stresini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir [158]. Bakıcılar tarafından belirtilen bir başka önemli sorun, AH'ın yönetimi için etkin tıbbi destek ve toplum kaynakları gibi yeterli kaynakları bulmakta yaşanan güçlüklerdir [154].

Ferrara ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışma sonucuna göre, bakıcıların %53'ünün bakım verme ile yaşamlarının değiştiği, kendilerine vakit ayıramadıkları gibi sosyal hayatlarının da önemli ölçüde etkilendiği belirlenmiştir [130]. Bakım verenlerin yaşadıkları

güçlülere odaklanan başka bir çalışmada, Alzheimer hastası olan bireye bakım verilmesinin azalmış bağışıklık fonksiyonu, geciken yara iyileşmesi, nöroendokrin regülasyonda bozulma gibi kişinin fizyolojisi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve stres artışı ile birlikte daha da kötüleştiği belirtilmiştir [159].

Alzheimer hastalığının ileri evresi, hasta öz bakımını yapamadığından bakım veren kişi/kişilerin sorumluluğu açısından en önemli evredir [25]. Hastalık ilerledikçe hastanın bağımlılığının artmasıyla, bakım verenlerde mortalite ve morbidite oranları da artmaktadır [160]. Bakım verme sorumluluğunu üstlenenlerin, bağışıklık sistemlerinin baskılanmasına bağlı olarak daha sık hekime başvurduğu, daha fazla ilaç kullandığı ve hafıza bozukluklarına karşı daha savunmasız kaldığı saptanmıştır [161].

Alzheimer hastası bir bireye bakmak son derece zahmetli bir görevdir. Hastalığın ilerleyici olması yetenek ve davranış düzeylerindeki değişiklikler çok stresli olabilmekte, bu nedenle bakım verenler diğer aile üyelerinden, arkadaşlarından veya topluluktan destek almazlarsa, depresyon ve strese maruz kalabilmektedirler. Bakım verenler için stresin ana nedeni, hastanın rahatsız edici davranışlarından kaynaklanan güçlükler olduğu belirlenmiştir [130].

Sherman (2012)'in çalışmasında demanslı bireye bakım verenlerin %68'inin kendi aile bireylerinden duygusal destek aldığı fakat alınan destek ve yardımın yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım verenlerin çoğunluğu aileden alınan duygusal destekten çok araçsal desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir [162].

Akyar ve Akdemir (2009)'in çalışmasında ise Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım verirken ailelerinden destek alamadığı, psikolojik, ekonomik ve aile içi ilişkilerde problemler yaşadığı, ekonomik durumlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir [26].

Covinsky ve arkadaşları (2003)'nın yaptıkları bir çalışmada, AH olan bireylere bakım verenlerin diğer bakım veren gruplarla kıyaslandığında fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğu, bağışıklık sisteminde sık değişiklikler olduğu, daha fazla ilaç kullandıkları ve tıbbi desteklere daha fazla başvurdukları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada AH'ın ilerleyen sürecinde bakım veren ailelerin maddi problemler de yaşadıkları saptanmıştır. Sınırlı finansal kaynaklara sahip bakım verenlerin ise daha sık depresyona maruz kaldıkları saptanmıştır [34].

Bakım verenler için hastanın unutkanlığının giderek artması, beklenen ve olası bir durum iken, davranışsal problemlere karşı hazırlıklı olunamayabilmektedir. Bakım veren bireylere hastaların hangi durumlarının daha sıkıntı verdiği sorulduğunda; halüsinasyonlar, yaşadıkları ağır depresyon ve fiziksel agresyon davranışların en zorlu durumlar olduğu ifade edilmiştir [93].

Alzheimer hastası olan hastalara bakım veren bireyler zamanlarının çoğunluğunu hastalarına ayırdıklarından desteklerin ve arkadaşlıkların yok olması gibi sıkıntılarla karşı

karşıya kalmaktadırlar. Bu gibi deneyimlenen sıkıntılar nedeniyle bakım verenler çoğunlukla yalnızlık duygusu yaşayabilmektedirler.

2.4.8. Yalnızlık

Yalnızlık yaygın olarak görülen, duygusal sıkıntı veren, zihinsel ve fiziksel sağlık için olumsuzluk teşkil eden ve sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkilendirilen ciddi bir halk sağlığı problemidir [163,164]. Yalnızlık kavramı çeşitli şekillerde açıklanmaya çalışılmış, sonuç olarak ortaya nesnel olmayan birden fazla tanım çıkmıştır [165].

Yalnızlık "bir kişinin sosyal ilişkiler ağı, ya niceliksel veya nitel olarak önemli bir şekilde eksik olduğunda ortaya çıkan tatsız deneyim" olarak da tanımlanmaktadır [36]. Yalnızlık, diğer bir yandan sosyal ilişkilerin yetersiz ya da eksik olduğu zaman ortaya çıkan subjektif bir duygudur [166]. Yalnızlık evrensel ve normatif bir olgu olmasına rağmen, yalnızlık deneyimi çok farklı şekillerde karşımıza çıkabilmektedir [167].

Sullivan'a göre yalnızlık; kişilerarası yakınlık gereksiniminin karşılanmaması sonucu ortaya çıkan oldukça rahatsızlık veren ve hoş gitmeyen bir deneyim olarak tanımlanırken; Sadler ise bu kavramı; bireyin kendisi için önemli birini yitirdiğinde yaşadığı ve buna eşlik eden diğerlerinden de uzaklaşma duygusunu içeren rahatsız edici durum olarak tanımlanmaktadır [112,168].

Peplau ise yalnızlık kavramını üç ana başlık altında; yapayalnızlık, yalnızlık ve tek başlılık olarak incelemiştir. Bireyin başkaları ile beraber olmayı istemesine rağmen onlardan uzak durmasını ifade eden "Yapayalnızlık (Lonesomeness)" kavramı kişinin başkaları ile ilişkisini kopardığı zaman hissettiği bir duygudur. Örneğin bireyin ailesi ve arkadaşları ile etkileşimde olduğu dönemde dahi kendini yalnız hissedebilmesidir. "Tek başlılık (Aloneness)" ise bireyin hayatının önemli dönemlerinde kararlarını verdiği süreçte yalnız olması ya da birlikteliğinin olmaması şeklinde ifade edilebilmektedir. Ayrıca tek başlılık çoğunlukla tercih edilebilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Tek başlılık durumuna hasta bireyin kendisi ile ilgili kararlar alması örnek olarak verilebilir. " Yalnızlık (Loneliness)" hiçbir şey hissetmeme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi olarak tanımlanabilmektedir. Bu durum bireyin kişilerarası iletişiminin niteliksel ve niceliksel bozulması durumlarında yaşanmaktadır. Ayrıca yalnızlık tek başlılık gibi tercih edilememekte spontan olarak gelişmektedir [112,168,169].

Karşılaşılan sosyal açığın niteliğine bağlı olarak, iki tür yalnızlık önerilmiştir: Duygusal yalnızlık, samimi ve yakın ilişkilerden yoksun olduğunda ortaya çıkmaktadır. Sosyal yalnızlık ise, sosyal ağlarla yetersiz bütünleşmenin sonucunda (örn., komşuluk, akrabalık, iş ilişkileri) veya daha geniş topluluk tarafından reddedilme (örn., kabul edilmeyen bir toplulukta ikamet etmek) sonucunda ortaya çıkmaktadır [36].

Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin deneyimlediği yalnızlık duygusu hastalarına bakım verirken birçok sorunları da beraberinde getirebilmektedir.

2.4.9. Yalnızlık ve Bakım Verme

Yalnızlık, durumsal ya da geçici bir duygu olabilmektedir [170]. İngiltere'de yaşayan 16-79 yaşlarındaki yetişkinlerin yaklaşık % 15'i, günlük yaşantılarında yüksek seviyede yalnızlık yaşadığını bildirmekte ve bu oranın 80 yaş üstü kişilerde ise iki katına çıktığı belirtilmektedir [171].

Kişinin var olan ya da arzulanan sosyal ilişkilerinde ve etkileşimlerinde değişikliğe yol açan önemli yaşam geçişleri, yalnızlığın başlangıcını hızlandırabilmektedir. Bakım rolünü üstlenmek, kişinin sosyal statüsünü bozacak büyük yaşam olayı olduğundan bakım verenlerde böyle bir geçiş oluşturmaktadır [36].

Yalnızlık dikkat, hafıza, duysal düzenleme, mantıksal akıl yürütme gibi üst düzey bilişsel süreçleri olumsuz etkilemekte ve sonucunda çaresizlik, depresyon, sıkıntı ve kendini beğenmeme gibi duygusal belirtiler görülebilmektedir [172].

Yapılan çalışmalarda sürekli yalnızlık durumunun yaşanmasının mortalite oranlarında artışa, [173-175] koroner kalp hastalığı, inme, [176] yüksek kan basıncı riskinde [164] ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında (sigara içme, alkol tüketme vb.) da artışa neden olduğu belirlenmiştir [177]. Yalnızlık aynı zamanda mental durumun zayıflaması sonucunda görülen depresyon, kendine zarar verme davranışı, demans ve AH riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur [178-180].

İngiltere'de yapılan bir araştırma sonucunda 10 bakıcıdan 8'inin bakım vermenin bir sonucu olarak yalnızlık yaşadığı veya sosyal olarak izole edilmiş olduğu tahmin edilmektedir. Yine aynı araştırma sonucuna göre bakım verenlerin %57'sinde bakım verme sonucunda aile ve arkadaş ilişkilerinde azalma, %49'unda ise bakım sorumlulukları nedeniyle eşiyile olan ilişkilerinde zorluk yaşadıkları görülmüştür. Tam zamanlı çalışan bakıcıların ise %38'inin bakım sorumluluklarından dolayı işteki diğer insanlardan izole oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Uzun dönem bakım verme sonucunda kırılma noktasına gelen bakım vericiler evden ayrılamadıkları için iki kat daha fazla sosyal izolasyon yaşadıkları ve aynı zamanda bakım vermenin sonucu olarak daha yüksek depresyon riski ile karşı karşıya oldukları görülmüştür [37].

Bakım verenler kendilerini izole ya da yalnız hissedebilmektedirler. Çünkü bakım verdikleri kişiler birinci öncelikleri olduğundan ailenin diğer üyelerine ya da diğer arkadaşlarına yeteri kadar zaman ayıramamaktadırlar. Bu yüzden çoğu bakım verenler bakım sorumluluğunu başkalarıyla paylaşamamakta ve hatta birçoğu çalıştıkları işi bırakmak zorunda kalabilmektedirler. Bakımın ekstra masrafları yüzünden birçok bakım vericinin gelir seviyesi

azalmakta ve sosyal aktivitelere katılmak için ekonomik gücü yetmemektedir. Bunun sonucunda sosyal etkileşimleri azalmakta ve kendilerini yalnız hissetmektedirler [37].

Beeson ve arkadaşları (2000)'nın yaptığı bir çalışmada, bakım veren kişilerin bakıcı olmayan kişilere göre daha yüksek yalnızlık düzeylerinin olduğu görülmüştür [181]. Bakım verenlerde eğitim seviyesinin yetersiz olması, düşük özyeterlilik, fiziksel sağlığın zayıf olması ve kadın cinsiyeti gibi özellikler yalnızlık düzeyinin öngördürücüleridir [182,183]. Bakım verenlerde yalnızlık ayrıca psikolojik sıkıntı ve düşük yaşam kalitesi ile de ilişkili bulunmuştur [184].

McRae ve arkadaşları (2009)'nın Parkinson hastalarına bakım verenlerin yalnızlık düzeylerini belirlemeye yönelik yaptıkları bir çalışmada, Parkinson hastalarına bakım veren bireylerde özellikle eşe bakım verenlerde yalnızlık geliştiği ve bu durumun zihinsel ve fiziksel sağlık için ek bir risk oluşturduğu saptanmıştır [182].

Avustralya'da AH olan hastalar ve bakım vericileri ile genel halkın yalnızlık deneyimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin halka kıyasla daha çok yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır. Bu durumun bakım vericilerin Alzheimer hastalarıyla daha az sosyal ilişki kurması ve diğer sosyal ağların kaybedilmesi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [185].

2.4.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Alzheimer hastası olan bir bireyin bakımındaki ilk adım, hastalığın ciddiyetinin ve hangi aşamada olduğunun fark edilip hemşirelik bakımının bu doğrultuda planlanmasının yapılmasıdır. AH olan kişilerin bakımlarının planlanmasına ve karar verme sürecine dahil edilmesi esastır [33].

Hasta bireylerin bakımındaki temel amaçlar destekleyici bir çevre oluşturulması ile hastanın öz bakımını sağlamak, günlük aktivitelerini desteklemek ya da sağlamak, motor aktivitelerini artırmak, benlik saygısını korumak, algılama, bellek ve öğrenme yetilerini en iyi seviyede tutmak ve hastada oluşabilecek gerilemeleri en aza indirmektir. Hemşireler, bu amaçlara ulaşabilmek için hasta ve ailesine gerekli bakımı sağlamalıdır. Bu hemşirelik hizmetleri; aileye toplumsal kaynakları kullanmada rehber olma, bakım verenin eğitimi, danışmanlık, hasta ve ailesine bütüncül bakım hizmeti sunma olabilmektedir [186]. Hemşireler ihtiyaç duyulan bakımın devamlılığını sağlarken, bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehlikeye atmamaları ve bakım yükünün zorluğunu daha az yaşamaları için gereken desteği sağlamalı, uygun destek gruplarını işleve sokmalıdır [187].

Asıl amacı bakım verme olan ve ayrıca sağlık çalışanı bireyler arasında önemli bir role sahip olan hemşireler bu rollerinin gereği olarak AH olan bireyleri değerlendirirken, bakım veren

bireyler ile durum saptama çalışmaları yapmalı ve yaptıkları bu saptamalarla sürekli ve kaliteli bakıma yönelik yapıcı müdahaleler geliştirmelidir [188].

Sonuç olarak Alzheimer hastalığının kronik, ilerleyici süreci bakım veren aile bireylerinin birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bu sorunlar bakım veren bireylerde bakım yükünün artmasına ve yalnızlık duygusu yaşamalarına sebep olmaktadır. Hemşireler, bakım veren bireylere yönelik bütüncül yaklaşım doğrultusunda gerekli hemşirelik girişimlerinde bulunarak bu yükün azaltılmasına önemli bir katkı sağlayacaktır. Bakım veren aile bireylerine danışmanlık etmek, destek sistemlerine ulaşılabilirliği artırmak, duygusal olarak rahatlayabilecekleri ortamlar oluşturmak ve gereksinimlerini karşılamak ile aile bireylerinin yaşadığı bakım yükünü azaltabilecek ve yaşanan yalnızlık duygusunu da en aza indirmiş olacaklardır.

2.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğinde yapılmıştır. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğinde bir profesör doktor, iki doçent doktor ve iki asistan doktor görev yapmaktadır. Poliklinikte beş tane doktor odası, iki tane elektromyografi odası ve bir tane elektroensefalografi odası bulunmaktadır. Nöroloji polikliniği randevu sistemi ile çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğine 01 Eylül 2017-01 Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran Alzheimer tanısı almış 290 hastanın primer bakım verenleri oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğine 01 Eylül 2017- 01 Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran Alzheimer tanısı almış bireylerin araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan primer bakım vericileri oluşturmuştur. Alzheimer hastalarına bakım veren ailelerin bakım yükü ile yalnızlık düzeyleri arasında en az % 30 korelasyon tespit edildiğinde; en çok %5 I. tip hata payı, en az %80 güç ile istatistik anlamlılık tespit edebilmek için, minimum örneklem genişliği 85, en çok %1 I. tip hata payı, en az %90 güç ile maksimum örneklem genişliği 158 olarak belirlenmiştir. % 20 katılmama oranı dikkate alındığında; minimum 102 hasta, maksimum 190 hasta ile çalışılması gerektiği uygun görülmüştür [189]. Araştırma kapsamına 01 Eylül 2017- 01 Ocak 2018 tarihleri aralığında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 110 hasta yakını alınmıştır. Sekiz hasta yakını ise yeteri kadar zamanı olmadığı için araştırmaya katılmayı reddetmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşın üstünde olma
- Bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarının araştırmada kullanılacak, veri toplama formlarını yanıtlamayı engellemeyecek düzeyde olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- Bakımdan birinci derecede sorumlu kişi olma
- Hastanın en az altı ay önce Alzheimer tanısı almış olması
- Türkçe anlayıp konuşabilme

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18 yaşın altında olma
- Bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarının araştırmada kullanılacak, veri toplama formlarını yanıtlamayı engelleyecek düzeyde olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama
- Hastanın altı aydan daha kısa bir süre içerisinde Alzheimer tanısı almış olması
- Türkçe konuşamama olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, Alzheimer tanısı almış hastalara bakım veren aile bireylerinin tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (EK I), bakım veren aile bireylerinin bakım yüklerini değerlendirmek amacıyla uygulanan “Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği” (“Caregiver Burden Inventory”) (EK II), bakım veren aile bireylerinin yalnızlık düzeyini değerlendirmek amacıyla uygulanan “UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği” (EK III) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK I)

Kişisel Bilgi Formu, bakım veren bireyleri tanıtıcı özellikler, bakım vermeye ilişkin özellikler ve hastaya ilişkin özellikler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Bakım vereni tanıtıcı özellikleri (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, nerede yaşadığı, kimlerle yaşadığı vb.) belirlemeye yönelik 12 soru, bakım vermeye ilişkin özellikleri (hasta ile yakınlık derecesi, hastaya ne kadar süre ve günde kaç saat bakım verdiği, daha önce bakım verme

deneyimi vb.) belirlemeye yönelik 11 soru ve hastayı tanıtıcı bilgileri (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sayısı, sosyal güvencesi vb.) belirlemeye yönelik 13 soru olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

3.5.1.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (“Caregiver burden inventory”) (EK II)

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVYÖ) Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980’de geliştirilmiştir. Bakım verenler tarafından ya da araştırmacı eşliğinde sorularak doldurulabilen ölçek, bakım verme işinin bireyin hayatına olan etkisini belirleyen 22 adet ifadeden meydana gelmektedir. Ölçekte “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, veya “hemen her zaman” şeklinde 0’ dan 4’ e kadar rakamlardan oluşan Likert tipi değerlendirmeler de mevcuttur. Çalışmalarda ölçek iç tutarlılık katsayısının 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliğinin ise 0,71 olduğu bulunmuştur. Ölçekten minimum 0, maksimum 88 puan alınmaktadır. Elde edilen puanlara göre; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması anlamına gelmektedir. Ölçeğin birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş olup Cronbach Alpha Değeri 0,87 -0,99 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci (2006) tarafından yapılmıştır [190]. Bu araştırma için Cronbach Alpha Değeri 0,88’dir.

3.5.1.3. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğı EK (III)

Ölçek Russel, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilmiştir. 10 maddesi düz, 10 maddesi ise ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Yalnızlık ölçeğinin her maddesinde sosyal ilişkileri içeren duygu veya düşünce belirten bir durum yer almakta ve bu durumu bireylerin hangi sıklıkta yaşadıklarını dörtlü ölçek üzerinde göstermeleri istenmektedir. Ölçek olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere, “hiç yaşamam” 4, “nadiren yaşarım” 3, “bazen yaşarım” 2, “sık sık yaşarım” 1 puan; olumsuz ifadeleri içeren maddelere ise bunun tam tersi yönde, “hiç yaşamam” 1, “nadiren yaşarım” 2, “bazen yaşarım” 3, “sık sık yaşarım” 4 puan verilerek puanlaması yapılmaktadır. 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 15, 16, 19, 20. sorularda birey işaretlediğinin tersi puan almaktadır. Ölçekten alınan puan ile yalnızlık düzeyi doğru orantılıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin bulgular ölçeğin iç tutarlılık katsayısının yeterli (0,96) düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeğin tekrar test katsayısının (0,94) diğer çalışmalarda elde edilen katsayılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin yeterli düzeye gelmiş olduğu ve ölçeğin amaca hizmet edebileceği bildirilmiştir [191,192].

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının işlerliğini ve uygulama süresini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğine Alzheimer tanısıyla başvuran hastaların aile bireylerinden 10 kişiye 15 Ağustos 2017- 1 Eylül 2017 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmada veri toplama formlarının uygulanmasından önce Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliğinden resmi izin alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra 01 Eylül 2017-01 Ocak 2018 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

Araştırma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak, araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı kişi tarafından birebir görüşme ile toplanmıştır. Bireylerin formları cevaplama süresi “Kişisel Bilgi Formu”nda yaklaşık 10 dakika, “Bakım Veren Yüğü Ölçeğı”nde 10 dakika ve “UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğı”nde ise ortalama 10 dakika olmak üzere toplamda 30 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Formlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS for Windows 22.0 programı yardımıyla analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden kategorik olan sosyo-demografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak sayı (N) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Sürekli olan sosyo-demografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun test edilmesi için Shapiro-Wilk normal dağılım testi kullanılmıştır. İki bağımsız grubun ölçek puanları ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için Student's t test istatistiğı, ikiden fazla bağımsız grubun ölçek puanları açısından karşılaştırılmasında, normal dağılım gösterenlerde One Way ANOVA test istatistiğı, ANOVA testinde farklılık tespiti halinde, Post Hoc test Tukey testi kullanılmıştır. İki sürekli yapıdaki değişken arasındaki ilişkinin doğrusallık derecesi açısından değerlendirmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel önem seviyesi $p < 0,05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

- Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum-maksimum değerlerini içeren bulgular,
- Bakım veren aile bireylerinin sosyo-demografik özelliklerine, bakım vermeye ilişkin özelliklerine ve hastaya ait özelliklere göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık ölçeği puan ortalamalarını içeren bulgular,
- Bakım veren aile bireylerinin yaşadığı sorunlara ilişkin bulgular,
- Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bakım veren aile bireylerinin BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları

	n	$\bar{x} \pm SS$	Max	Min
Bakım Veren Yüğü Ölçeği	110	55,13±16,77	85	8
UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği	110	49,82±10,47	70	21

Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin BVYÖ genel puan ortalamaları 55,13±16,77 ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları ise 49,82±10,47 olarak bulunmuştur. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan maksimum puan 85, minimum puan 8; UCLA-LS Yalnızlık ölçeğinden alınan maksimum puan 70, minimum puan ise 21 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalamaları $\bar{x} \pm ss$	P	UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları $\bar{x} \pm ss$	P
Yaş						
30-50 yaş	35	31,8	54,97±19,10	0,248	51,28±12,77	0,319
51-64 yaş	58	51,8	57,03±13,49		48,36±8,61	
65-78 yaş	17	16,4	49,44±20,67		51,61±10,87	
Cinsiyet						
Kadın	90	81,8	55,52±16,03	0,973	49,81±10,45	0,611
Erkek	20	18,2	53,40±20,12		49,90±10,83	
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar	3	2,7	61,00±11,26	0,154	57,00±11,26	0,007
İlköğretim	31	28,2	55,32±16,90		52,83±9,84	
Orta Öğretim	42	38,2	58,64±15,23		51,02±10,49	
Yüksek Öğretim	34	30,9	50,11±18,12		44,97±9,52	
Medeni Durumu						
Evli	81	73,6	49,70±17,67	0,051	49,70±10,15	0,837
Bekar	29	26,4	49,93±12,83		50,17±11,51	
Çocuk Sayısı						
Yok	25	23,1	53,28±15,03	0,811	50,20±9,45	0,893
1 - 2 çocuk	59	54,6	55,98±17,40		49,44±11,77	
3 - 4 çocuk	24	22,2	54,91±17,94		50,58±8,64	
Çocukların Yaşları						
Çocuk	16	18,8	58,31±18,80	0,511	53,37±15,02	0,421
Yetişkin	69	81,2	55,07±17,01		49,10±9,61	
Gelir Düzeyi						
Gelir giderden az	18	16,4	52,33±15,45	0,203	49,38±10,65	0,222
Gelir gidere eşit	73	66,4	57,12±16,72		50,87±10,51	
Gelir giderden fazla	19	17,3	50,15±17,56		46,21±9,86	
Sosyal Güvence Durumu						
Var	101	91,8	54,45±16,95	0,161	49,20±10,48	0,004
Yok	9	8,2	62,77±12,97		56,77±7,91	
İkamet Edilen Yer						
Köy	9	8,2	53,55±17,50	0,535	59,22±7,08	0,005
İlçe	25	22,7	58,44±19,94		51,84±12,01	
İl	76	69,1	54,23±15,62		48,05±9,63	
Birlikte Yaşanılan Bireyler						
Eş	37	33,6	58,10±15,20	0,147	48,00±9,87	0,525
Eş ve Çocuklar	39	35,5	57,07±19,42		51,61±10,21	
Çocuklar	3	2,7	52,00±14,10		49,66±12,50	
Diğer*	31	28,2	49,45±10,47		49,77±11,44	
Çalışma Durumu						
Çalışan	29	26,4	51,96±17,56	0,497	49,34±12,13	0,094
Çalışmayan	81	73,6	56,27±16,44		50,00±9,89	

*Yalnız, akraba ve anne-baba ile birlikte yaşayanlar

Çalışma kapsamına alınan aile bireylerinin sosyo-demografik özellikleri ile bu özelliklerin BİYÖ puan ortalaması ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Çalışma kapsamındaki bakım veren aile bireylerinin yaş ortalaması $52 \pm 12,60$ olup, %31,8'i 30-50 yaş, %51,8'i 51-64 yaş aralığında, %16,4'ü ise 65-78 yaş aralığındadır. 51-64 yaş aralığında olan aile bireylerinin BİYÖ puan ortalamaları, 30-50 yaş ya da 65-78 yaş aralığında olan bireylerin puanından daha yüksek, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının ise 65-78 yaş aralığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin %81,8'i kadın, %18,2'si erkektir. Kadınların BİYÖ puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Erkeklerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının kadınların puanından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Bakım veren aile bireylerinin, %38,2'si ortaöğretim, %30,9'u yükseköğretim, %28,2'si ilköğretim mezunu idi. BİYÖ puan ortalamaları açısından ele alındığında; okuyazar olanların puanı diğer gruplardan, ortaöğretim mezunu olanların puanı yükseköğretim ya da ilköğretim mezunlarından yüksek bulunmuş ancak arada istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları açısından bakıldığında; okuyazar olanların puan ortalamaları yükseköğretim ya da ortaöğretim mezunlarından yüksek, yükseköğretim mezunlarının puan ortalaması ise diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu yükseköğretim olanların ortaöğretim mezunu ve ilköğretim mezunu olanlarla UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin %73,6'sının evli olduğu belirlenmiştir. Bekar olanların BİYÖ ortalama puanları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının evli olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli ve bekar olanların BİYÖ puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları açısından ise evli ve bekar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Bakım veren aile bireylerinin %54,6'sının 1-2 çocuğu, %22,2'sinin üç ve üzerinde çocuğu, %23,1'inin ise çocuğu bulunmamaktadır. Bir ya da iki çocuğu olanların BİYÖ puan ortalamaları, diğer gruplardan yüksek, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Çocuğu olan aile bireyleri çocuklarının yaşlarına göre gruplandırıldığında,

%81,2'sinin çocuklarının yaşları 19 yaş ve üzerinde olduğu, %18,8'inin ise 18 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Çocukların yaşlarına göre BİYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile bireylerinin %66,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. BİYÖ puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, geliri giderinden fazla olanların BİYÖ puan ortalamaları, geliri giderine eşit olanlara ya da geliri giderden az olanlara göre daha düşük bulunmuş, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının ise geliri giderine eşit olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir durumuna göre istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan aile bireylerinin %91,8'inin sağlık güvencesinin olduğu, %8,2'sinin sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olmayanların BİYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İki grup arasında BİYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; $p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan aile bireylerinin %69,1'inin ilde, %22,7'sinin ilçede, %8,2'sinin köyde yaşadığı belirlenmiştir. Aile bireylerinin yaşadıkları yere göre BİYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, köyde ve ilde yaşayanlar arasında UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p>0,05$; $p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan aile bireylerinin %33,6'sının eşi ile birlikte yaşadığı, %35,5'inin eş ve çocukları ile birlikte, %2,7'sinin ise yalnızca çocukları ile birlikte yaşadığı ve %28,2'sinin ise yalnız, akraba ya da anne-baba yanında yaşadığı saptanmıştır. Eş ile birlikte yaşayanların BİYÖ puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre BİYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin %73,6'sı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmayan aile bireylerinin BİYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının, çalışan bireylerin BİYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak her iki ölçeğin puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Bakım veren bireylerin bakım verme işlevi özelliklerine göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları

Bakım Vermeye İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm ss$	P	UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm ss$	P
Bakım Veren Kişiye Yakınlık Derecesi						
Eş	15	13,6	58,26±17,04	0,081	50,26±8,89	0,328
Kız	51	46,4	56,74±14,10		47,90±10,51	
Oğul	14	12,7	50,71±20,20		49,71±11,19	
Gelin	13	11,8	62,23±18,47		54,61±8,98	
Kardeş	7	6,4	47,00±12,51		54,42±12,20	
Akraba	10	9,1	44,90±19,94		49,70±11,55	
Bakım Verme Süresi						
0 - 1 yıl	13	11,8	51,30±15,18	0,521	43,15±7,34	0,104
1 - 3 yıl	22	20,0	53,00±18,41		50,45±10,83	
3 - 5 yıl	22	20,0	53,72±15,31		51,50±9,31	
5 yıl ve üzeri	53	48,2	57,54±17,09		50,50±11,05	
Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumu						
Evet	68	61,8	59,67±13,86	0,001	51,10±10,27	0,124
Hayır	42	38,2	47,78±18,55		47,76±10,60	
Günde Ortalama Bakım Verilen Saat						
1 saatten az	7	6,4	36,57±18,70	<0,001	41,57±6,82	0,176
1 - 3 saat	16	14,5	45,31±16,51		49,68±10,48	
3 - 6 saat	24	21,8	52,33±17,01		51,37±12,55	
6 saat ve üzeri	63	57,3	60,76±13,71		50,19±9,73	
Bakım Verme Deneyimi						
Evet	22	20	52,63±14,24	0,276	51,95±9,52	0,439
Hayır	88	80	55,76±17,36		49,29±10,68	
Bakım Konusunda Destek Alma Durumu						
Evet	60	54,5	53,91±16,90	0,413	49,38±10,58	0,636
Hayır	50	45,5	56,60±16,66		50,36±10,42	
Alınan Desteğin Türü						
Fiziksel bakım	33	55	53,78±17,37	0,525	50,42±11,10	0,241
Maddi yardım	4	6,7	46,50±5,44		53,75±7,41	
Psikolojik destek	19	31,7	57,26±18,26		48,63±10,45	
Diğer*	4	6,7	46,50±12,12		40,00±4,54	

* Alzheimer Derneği, eş desteği, aile desteği

Bakım verenlerin bakım verme işlevine ilişkin özelliklere göre BİYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin bakım verdikleri kişiyle yakınlık derecesine bakıldığında %46,4'ünün kız çocukları, %13,6'sının ise eşi olduğu belirlenmiştir. BİYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının gelin bakım verenlerde diğer bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında BİYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin Alzheimer hastasına bakım verme süresi beş yıl ve daha uzun süre olanlar %48,2 olarak belirlenmiştir. Beş yıldan fazla bakım verenlerin BİYÖ puan ortalamaları, 3-5 yıl arasında bakım verenlerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile bireylerinin bakım verme süresine göre BİYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile bireylerinin Alzheimer hastası birey ile %61,8'i aynı evde yaşamaktadır. BİYÖ puan ortalamaları hasta ile aynı evde yaşayanlarda daha yüksek bulunurken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının ayrı evlerde yaşayanlarda daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bakım veren aile bireylerinin hasta ile aynı evde yaşayıp yaşamama durumlarına göre gruplar arasında BİYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanırken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$; $p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin %57,3'ünün hastaya günde altı saat ve daha uzun süre bakım verdiği, %21,8'inin 3-6 saat arası bakım verdiği, %14,5'inin 1-3 saat arası bakım verdiği ve %6,4'ünün ise günde bir saatten az bakım verdiği belirlenmiştir. Bakım süresi altı saat ve daha uzun süre olanlar ile bir saatten az ve 1-3 saat olanlar arasında BİYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile bireylerinin %20'sinin daha önce başka bir hastaya bakım verdikleri belirlenmiştir. Daha önce başka bir hastaya bakım vermeyen bireylerin BİYÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Daha önce başka bir hastaya bakım verme durumuna göre, BİYÖ puan ortalamaları ile UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile bireylerinin %54,5'inin hasta bakımında başka bireylerden destek aldığı, destek alanların %55'inin fiziksel bakım, %31,7'sinin psikolojik destek, %6,7'sinin maddi yardım, %6,7'sinin ise Alzheimer derneği, eş desteği ve aileden destek aldıkları belirlenmiştir.

Bakım konusunda destek almayan bireylerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta bakımında alınan destek ile BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.4. Hastaya ilişkin özelliklere göre BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık Puan ortalamalarının dağılımı

Alzheimer Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm ss$	P	UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm ss$	P
Yaş						
61- 75 yaş	27	24,8	52,70±17,23	0,392	51,66±10,13	0,313
76 ve üzeri yaş	82	75,2	55,92±16,75		49,28±10,63	
Cinsiyet						
Kadın	73	66,4	56,83±16,30	0,147	51,16±10,20	0,061
Erkek	37	33,6	51,78±17,38		47,18±10,64	
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Değil	9	8,2	63,44±12,75	0,021	55,00±10,16	0,001
Okur-Yazar	24	21,8	62,62±14,90		56,16±9,29	
İlköğretim	44	40,0	53,13±16,19		47,65±11,09	
Orta Öğretim	19	17,3	52,26±19,69		48,63±8,13	
Yüksek Öğretim	14	12,7	47,14±14,64		44,07±7,66	
Çocuk Sayısı						
Yok	6	5,5	53,50±20,71	0,394	55,00±11,04	0,177
1 - 2 çocuk	26	23,6	51,38±16,15		52,00±9,78	
3 - 4 çocuk	78	70,9	56,51±16,69		48,70±10,55	
Sosyal Güvence Durumu						
Var	82	74,5	52,79±16,14	0,011	47,60±9,84	<0,001
Yok	28	25,5	62,00±16,97		56,32±9,68	
Hastalık süresi						
0 - 1 yıl	6	5,5	42,33±15,05	<0,001	40,00±8,31	0,021
2 - 5 yıl	46	41,8	49,04±16,83		48,84±10,29	
5 yıl ve üzeri	58	52,7	61,29±14,44		51,62±10,29	
Hastalığın Evresi						
Başlangıç evresi	13	11,8	40,30±13,88	<0,001	43,30±9,45	0,061
Orta evre	41	37,3	53,56±17,03		50,90±9,27	
İleri evre	56	50,9	59,73±15,13		50,55±11,13	
Hasta ile Birlikte Yaşayan Bireyler						
Eş	28	25,5	52,14±15,40	0,050	47,82±9,46	0,134
Kız Çocuğu	38	34,5	57,47±14,72		48,68±11,23	
Erkek Çocuğu	16	14,5	61,56±13,35		51,37±9,54	
Gelin	3	2,7	67,33±27,20		62,33±9,29	
Bakıcı	17	15,5	44,82±20,53		49,29±9,86	
Akraba	5	4,5	58,40±17,92		52,60±12,58	
Torun	3	2,7	60,00±16,52		60,66±6,42	
Hastanın Yaşadığı Yer						
Kendi evi	56	50,9	52,66±16,81	0,141	48,39±10,65	0,454
Bakım veren yakını ile	38	34,5	60,13±15,60		50,94±10,72	
Huzurevi-bakımevi	4	3,6	55,75±10,81		49,50±12,76	
Diğer*	12	10,9	50,66±19,60		53,08±7,90	
Kronik Hastalık Varlığı						
Var	54	49,1	56,22±15,10	0,514	50,59±10,47	0,451
Yok	56	50,9	54,08±18,31		49,08±10,52	
Sürekli Kullanılan İlaç						
Var	70	63,6	55,82±16,34	0,576	48,92±10,44	0,241
Yok	40	36,4	53,92±17,64		51,40±10,48	

* Akrobalarının yanında ve yalnız yaşayanlar

Alzheimer tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Alzheimer tanısı almış bireylerin yaş ortalaması $79,81 \pm 10,13$ olup, %75,2'si 76 ve üzeri yaşta, %24,8'i 61-75 yaş aralığındadır. 76 ve üzeri yaş grubunda olan hastaya bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, 61-75 yaş aralığında olan hastalara bakım verenlerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bakım verilen Alzheimer tanısı almış bireyin yaşlarına göre bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ile UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Alzheimer tanısı almış bireylerin %66,4'ü kadın idi. Bakım verilen Alzheimer tanısı almış bireylerin cinsiyetlerine göre, bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ile UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Alzheimer tanısı almış bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında %40'ının ilköğretim mezunu, %21,8'inin okur-yazar olduğu, %17,3'ünün ortaöğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu okur-yazar olanlara bakım verenler ile yükseköğretim mezunu olanlara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Eğitim durumu, okur-yazar olanlara bakım verenlerin ilköğretim mezunu olanlara bakım verenler ve yükseköğretim mezunu olanlara bakım verenler ile UCLA-LS Yalnızlık ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Alzheimer tanısı almış bireylerin %70,9'unun üç ve üzerinde çocuğunun olduğu, %74,5'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısı açısından bakıldığında bakım verenlerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Sosyal güvencesi olma durumu açısından bakıldığında bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$; $p < 0,05$).

Hastaların %52,7'si beş ve üzeri yıldır Alzheimer hastası olduğu, %50,9'unun ise hastalığın son evresinde olduğu belirlenmiştir. Beş yıl ve daha uzun süre önce Alzheimer tanısı alan bireylere bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tanı üzerinden beş yıl ve daha uzun süre geçen hastalara bakım verenler ile tanı üzerinden 0-1 yıl geçen hastalara bakım verenlerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Tanı üzerinden beş yıl ve daha uzun süre geçen hastalara bakım verenler ile tanı üzerinden 1-3 yıl geçen hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Alzheimer hastalarının hastalık evresi başlangıç seviyesinde olanlara bakım verenlerle, hastalığın orta ve ileri evresinde olan hasta bireylere bakım verenlerin, BVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanırken, UCLA-LS

Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p < 0,05$; $p > 0,05$).

Alzheimer tanısı almış bireylerin %34,5'i kız çocukları ve %25,5'i eşi ile birlikte yaşamaktadır. Gelini ile birlikte yaşayan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelini ve ücretli bakıcısı ile yaşayan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p < 0,05$; $p > 0,05$).

Alzheimer tanısı alan bireylerin %50,9'unun kendi evinde, %34,5'inin bakım veren yakınının yanında, %3,6'sının huzurevi ya da bakımevinde, %10,9'unun ise akrabalarının yanında ya da yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların birlikte yaşadığı bireylere göre bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Alzheimer hastalarının %49,1'inin Alzheimer hastalığı dışında tanı almış başka hastalığının da olduğu belirlenmiştir. Alzheimer hastalığı dışında tanı almış başka hastalığı olan hastaların hastalıkları hasta yakınlarının ifade ettiğine göre hipertansiyon (%24), depresyon (%15), diyabetes mellitus (%14), prostat bezi hastalığı (%13), inme (%13), kalp hastalığı (%11), osteoporoz (%8) ve meme kanseri (%2) olduğu belirlenmiştir. Alzheimer hastası bireylerin başka bir kronik hastalıklarının olma durumuna göre bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Alzheimer tanısı alan hastaların %63,6'sının sürekli kullandığı bir ilacının olduğu belirlenmiştir. Hastaların ilaç kullanma durumlarına göre bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.5. Bakım veren bireylerin bakım verme nedeniyle yaşadıkları güçlükler

Yaşanan Güçlükler	n	%
Kendine Zaman Ayıramama		
Var	83	75,5
Yok	27	24,5
Eş ve Çocuklarına Zaman Ayıramama		
Var	57	51,8
Yok	53	48,2
İşini Bırakmak Zorunda Kalma		
Var	11	10,0
Yok	99	90,0
Maddi Güçlükler Yaşama		
Var	37	33,6
Yok	73	66,4
Sosyal Etkileşimde Azalma		
Var	77	70,0
Yok	33	30,0
Psikolojik Güçlükler Yaşama		
Var	82	74,5
Yok	28	25,5
Fiziksel Sağlıkta Bozulma		
Var	70	63,6
Yok	40	36,4

Bakım veren aile bireylerinin Tablo 4.5.'de bakım verme nedeniyle yaşadığı güçlükler yer almaktadır.

Bakım veren bireylerin bakım verme sorumluluğu nedeniyle %75,5'inin kendine zaman ayıramadığı, %51,8'inin eş ve çocuklarına zaman ayıramadığı, %10'unun işini bırakmak zorunda kaldığı, %33,6'sının maddi güçlükler yaşadığı, %74,5'inin psikolojik güçlükler yaşadığı, %63,6'sının ise fiziksel sağlıklarında bozulmalar olduğu saptanmıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte psikolojik güçlük yaşayanların %30,4'ünün depresyon, %23,1'inin uykusuzluk, %21,9'unun stres, %15,8'inin yalnızlık yaşadığı ve %8,5'inin de anksiyete bozukluğu tanısı aldığı belirlenmiştir.

Bakım verme nedeniyle fiziksel sağlığında bozulma olan bireylerin tabloda belirtilmemekle birlikte disk hernisi, kas yırtılmaları, fibromiyalji, hipertansiyon, mide ülseri, koroner kalp hastalığı, göz tansiyonu ve baş ağrısı gibi problemler yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.6. BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık ölçeğinin birbiri ile korelasyonu

	Min-Max	$\bar{x} \pm SS$	BVYÖ	UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği
			r	r
BVYÖ	8-85	55,13±16,77		0,45
UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği	21-70	49,82±10,47	0,45	

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin BVYÖ puanlarının ve UCLA-LS Yalnızlık ölçeği puanlarının birbirleri ile korelasyonları Tablo 4.6' da verilmiştir

Bakım Veren Yüğü Ölçeği'nin toplam puanları ile UCLA-LS Yalnızlık ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). İlişkinin yönü pozitif olup, aralarındaki ilişkinin derecesi 0,45'dir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın bu bölümünde çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile karşılaştırılmış ve bu doğrultuda tartışılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin BVYÖ puan ortalamaları $55,13 \pm 16,77$, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları ise $49,82 \pm 10,47$ olarak belirlenmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan maksimum puan 85, minimum puan 8; UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği'nden alınan maksimum puan 70, minimum puan ise 21'dir.

Bakım Veren Yüğü Ölçeği'nden en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. UCLA-LS Yalnızlık ölçeğinden alınacak puan ise en düşük 20, en yüksek 80'dir. Çalışmamızda BVYÖ puan ortalaması ve UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması da yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada çalışma bulgumuza paralel olarak UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir [182]. Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan bazı çalışmalarda çalışma bulgularımızla paralel olarak BVYÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir [97,193]. Literatürde Alzheimer hasta yakınlarının toplumda damgalanmaya maruz kaldığı ve damgalanmanın bakım veren yükünü daha çok arttırdığı bildirilmiştir [194].

Çalışmamızda Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin yüksek bakım yükü ve yoğun bir yalnızlık duygusu yaşadığı ifade edilebilir. Alzheimer hastalığının ilerleyici süreci hastaların uygunsuz davranışları, konuşmaları ve hastaların zamanla da tam bağımlı bireyler haline gelmeleri bakım verenleri zor durumda bırakabilmektedir. Bakım verenler bakım işinden dolayı zamanla etrafındaki bireylerden izole olmakta ve beraberinde yoğun bir yalnızlık duygusu yaşayabilmektedirler.

Çalışmamızda Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin yaş ortalaması $52 \pm 12,60$ olarak belirlenmiştir. 51-64 yaş aralığında olanların BVYÖ puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. UCLA-LS Yalnızlık ölçek puan ortalamaları ise 65-78 yaş aralığında yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızdaki bulgulara paralel olarak Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin yaş ortalamalarının 51-58 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir [33,130,138,195]. Çalışmamızdan farklı olarak Sugiura ve arkadaşları (2009)'nın Japonya'da yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması $73,6 \pm 8,7$ yıl olarak saptanmıştır [145].

Çalışmamızda bakım verenlerin yaşları arttıkça BVYÖ puan ortalamaları azalma göstermiştir. Yapılan bir çalışmada, çalışma bulgumuza paralel olarak, bakım veren bireylerin yaşı arttıkça bakım verme yükü puanının azaldığı saptanmış [181], bazı çalışmalarda ise bakım verme yükü ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [197]. Germain ve arkadaşları (2009)'nın prospektif dizaynli ve 12 Avrupa ülkesinden 29 farklı poliklinikte takip edilmekte

olan, 1091 Alzheimer hastası ve onların bakım verenlerini dahil ettikleri bir çalışmada, bakım verenin yaşça genç olmasının, daha fazla bakım veren yüküyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [198]. Çalışmamızda yaş arttıkça UCLA-LS Yalnızlık ölçeği puan ortalamalarında bir artış olmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak bakım verenin yaşının artması ile UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir [182].

Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin yaşı ne olursa olsun bakım yükü ve yalnızlık yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Yaşın artmasıyla iş hayatının bitmiş olması, manevi olarak bakım vermenin rahatlatıcı etkisinin olması ve bakım verilen kişiye minnet duygusunun daha ağır basmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin %81,8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Verilerimiz Alzheimer hastasının ana bakıcısının çoğunlukla hastanın karısı ya da kız çocukları olduğunu göstermektedir. Yapılan birçok araştırmada da primer bakım vericilerin kadınlar olduğu görülmüştür [11,12,137,138,199,200]. Ülkemizde yapılan bir araştırma sonucunda da bakım verenlerin % 83,6'sının kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır [201]. Etters ve arkadaşları (2008)'nin demans hastalarına bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada, kadın bakım vericilerin bakım verirken daha fazla sorumluluk aldıkları saptanmıştır [202]. Kadınların BVYÖ puan ortalamalarının erkeklerle göre daha yüksek bulunmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgumuza benzer olarak bakım verme yükü ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [196,197,203]. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla paralel olarak erkeklerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [204]. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak cinsiyetler arasında UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır [183]. Yine kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre bakım verme işinden dolayı daha fazla depresyon ve anksiyete bildirdikleri saptanmıştır [205]. Yapılan çalışmalarda kadınların bakım işine daha uygun görülmesinin en önemli nedeninin çoğunlukla toplum tarafından ev ile ilgili işlerin ve ailedeki özel ilgi alanlarının, kadınların doğal işleri olarak görülmesi ile açıklanmaktadır [12,138,139].

Çoğu toplumlarda ev işlerinin, aile ile ilgili konuların kadınların sorumluluğu olduğu, kadınların bu konuda daha duyarlı olması ve iş hayatının içinde erkekler kadar fazla yer almamalarının kadınların bakım işlevine uygun görülme sebepleri arasında yer aldığı düşünülebilir. Başka bir açıdan bakılacak olursa kadınların bakım konusunda daha istekli ve girişken yapıda oldukları da ifade edilebilir. Erkeklerin sorunlarla baş etme yöntemleri, iletişim yetenekleri kadınlar kadar gelişmiş olmadığından yalnızlık duygusunu kadınlardan daha fazla yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışma kapsamında Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin öğrenim durumlarına bakıldığında bakım veren aile bireylerinin %69,1'inin lise ve üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Bizim bulgumuza paralel olarak Papastavrou ve arkadaşları (2012)'nin yaptıkları bir çalışmada da bakım verenlerin yarısından fazlasının (%63,9) lise ve üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir [206]. Eğilli ve Sunal (2017)'in demans hastalarına bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya katılanların %58,6'sının ortaöğretim ve üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir [207]. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile BVYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yurtsever ve arkadaşları (2013)'nin yaptığı çalışmada da BVYÖ puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [21]. Salama ve arkadaşları (2012)'nin yaptığı çalışmada ise bakım vericinin eğitim düzeyi azaldıkça bakım yükünün arttığı sonucuna ulaşılmıştır [208]. Çalışmamızda eğitim durumu düşük olan bakım verenlerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda çalışma bulgularımıza paralel olarak eğitim düzeyi düşük bakım verenlerin UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının yüksek olduğu ve eğitim düzeyleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır [182,183].

Bu sonuçlar doğrultusunda daha eğitilmiş bakıcıların bakıcılıkla ilgili zorlukları ve talepleri ele almak için daha fazla kaynağa sahip oldukları, destek sistemlerinin farkında olarak, bakım yükünün zorluklarıyla başetme yöntemlerini bilerek bu yöntemlere daha sık başvurdukları ve daha az yalnızlık duygusu yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım veren aile bireylerinin çoğunluğu evli olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza paralel olarak bakım verenlerin çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır [101,207,209]. Çalışmamızda bekar olanların BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Evli ve bekar olanlar arasında BVYÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak bekar bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları evli olanlara göre daha düşük bulunmuştur [21]. Malak ve Dicle (2008)'nin çalışmasında ise bakım verenlerin medeni durumu ile BVYÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [197]. Yapılan bir başka çalışmada ise evli olanların bakım yükü bekar bakım vericilerin bakım yükünden daha yüksek bulunmuştur [107]. Bizim çalışmamızda medeni durumla UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

Evli olan bakım verenlerin bakım verme yüklerinin daha az olmasının nedenleri arasında aile içindeki bireylerin bakım işinde yardımcı olmaları, daha az yalnızlık duyguları yaşamalarında ise eş ve çocuk desteği faktörünün etkili olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızda aile bireylerinin %60,9'unun iki ve daha fazla çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak aile bireylerinin

çoğunluğunun iki ve daha fazla çocuğunun olduğu saptanmıştır [203]. Çalışmamızda çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin daha az bakım yükü yaşadığı ancak çocuk sahibi olmanın BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Bakım veren aile bireylerinin %18,8'inin bakıma ihtiyacı olan çocuklarının oldukları saptanmıştır. Bakıma ihtiyacı olan çocukları olan bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak çocuğu olmayanların, iki ya da daha fazla çocuk sahibi olanlara göre BVYÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir [196].

Bakım veren bireylerin bakım verme işlevine ek olarak aynı zamanda çocuklarının sorumluluklarının olduğu, bakım işinden arta kalan zaman diliminde ise dinlenme yerine çocuklarla ilgilenmelerinin daha fazla bakım yükü yaşamalarına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım veren aile bireylerinin çoğunluğunun (%69,0) ilde yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da aile bireylerinin çoğunluğunun ilde yaşadığı belirlenmiştir [210]. Köyde yaşayan bakım veren aile bireylerinin yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları yere göre BVYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, köy ve ilde yaşayanlar arasında UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Pamuk ve arkadaşları (2015)'nin yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak yalnızlığın kır ve kent yaşamından etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır [211].

Alzheimer hastalarına bakım verme işi zorlu ve yıpratıcı bir süreç olduğundan bireyin ikamet ettiği yer neresi olursa olsun bakım yükünün değişmeyeceği düşünülmektedir. Köyde yaşayan bakım verenlerin sosyal aktivitelere ulaşılabilirliğinin daha az olması, köy hayatının getirdiği yoğun işler ve köyde ikamet eden insan sayısının eskiye nazaran daha az olması yaşanan yalnızlık duygusunu artıracakı düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım veren aile bireylerinin çoğunluğunun (%73,6) çalışmadığı, %91,8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %66,4'ünün gelir durumunun gider durumuna eşit olduğu belirlenmiştir. Taşdelen ve arkadaşları (2012)'nin yaptığı bir çalışmada ülkemizde bakım verenlerin %81,9'unun sağlık güvencesinin olduğu, %60'ının gelirinin giderine denk olduğu ve %63,3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir [201]. Bakım veren bireylerden herhangi bir işte çalışmayanların, gelir durumu gider durumuna eşit olanların BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gelir durumu ile BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Malak ve Dicle (2008)'nin çalışmasında da ekonomik durum ile BVYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [197]. Yapılan çalışmalarda bakım vermenin bir sonucu olarak bakım verenlerin istihdam durumunun etkilendiği, bakıcıların sosyal

ağlarından koparak soyutlandığı ve bunun sonucunda depresyon ve stresin daha fazla görüldüğü saptanmıştır [33,212].

Çalışmamızda bakım veren bireylerin büyük çoğunluğunun çalışmıyor olmasının nedeni bakım vericilerin yaşı itibari ile emekliliğe ayrılmış olmaları düşünülebilir. Herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin, hasta bakımı için daha fazla vakit ayırdıkları ve bunun sonucunda daha fazla bakım yükü yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin %46,4'ünün hastanın kızı, %13,6'sının hastanın eşi olduğu belirlenmiştir. Altın ve Aydın (2016) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %37,9'unun hastanın gelini, %33,9'unun çocuğu, %10,7'sinin ise hastanın eşi olduğu belirtilmektedir [209]. Wajnberg ve arkadaşları (2016)'nın çalışmasında bakıcıların neredeyse dörtte biri (%74) bakımı yapılan hastaların çocukları, %14'ü eş, geri kalan %12'si arkadaş ya da diğer aile bireylerinden oluştuğu belirlenmiştir [195]. Yapılan birçok araştırmada da primer bakım vericilerin çalışmamız ile paralellik gösterdiği belirlenmiştir [11,12,137,138].

Küçükgüçlü ve arkadaşları (2017)'nin yaptıkları bir çalışmada evlat bakım verenler, hasta anne ve babalarına bakım vererek evlat olarak sorumluluklarını yerine getirdiklerine inandıklarını ifade etmişlerdir [213]. Faslı ailelerde, özellikle kadın (kızlar ve gelinler) bakım verenlerin bakım görevini üstlenmeleriyle takdir gördükleri ve bakımı sağlayan kişinin aile içinde daha çok tanınmasını ve saygı duyulmasını sağladığı bildirilmiştir [214].

Alzheimer hastası olan bireylere bakım verenlerin çoğunluğunun kız çocukları ya da eşleri olması toplumumuzda bakım rolünün daha çok kadınlara atfedilmesi, ayrıca kadınların bakım konusunda daha duyarlı ve istekli olmasıyla da açıklanabilir.

Çalışmamızda gelin bakım vericilerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları diğer bakım verenlere göre daha yüksek bulunmasına rağmen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Beeson ve arkadaşları (2000)'nin yaptığı bir çalışmada erkek eşe bakım verenlerde yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada özellikle kadın eşe bakım verenlerde depresyonun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir [181]. Yurtsever ve arkadaşları (2013)'nin yaptıkları bir çalışmada eşine bakım veren bakıcıların arkadaşlarına ya da yakınlarına bakan bakıcılara göre bakım yükü puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada eşe bakım verenlerin diğer bakıcılara kıyasla daha fazla sağlık sorunu ve iş yükü olduğu belirtilmiştir [21]. Shim ve arkadaşları (2012)'nin eşe bakım verenlerle yaptığı niteliksel bir çalışmada, bakım verenlerin hasta ile olan geçmiş deneyimleri incelendiğinde geçmiş ilişkileri olumsuz olan bireylerin daha çok bakım yükü ve negatif duygular yaşadıkları bildirilmiştir [215].

Gelin bakıcıların çoğunun herhangi bir işte çalışmıyor olması nedeniyle bakım işinin zorunlu olarak kendilerine kalması, eskisi gibi sosyal ilişkilerinin, komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin olmaması ve bu yüzden yalnızlık duygusunu yoğun bir şekilde yaşadıkları ifade edilebilir.

Literatürde bulunan çalışmalarda bakım yükünü etkileyen değişkenlerden birinin de bakım verme süresi olduğu belirtilmektedir [216,217]. Çalışmamızda beş yıl ve daha uzun süre bakım veren aile bireyleri çoğunluğu (%48,2) oluşturmuştur. Yine Alzheimer hastalarına günde ortalama bir saatten az bakım verenlerin oranı %6,4 iken altı saat ve üzerinde bakım verenler çoğunluğu (%57,3) oluşturmuştur. Beş yıl ve daha uzun süre bakım verenlerin BVYÖ puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken; 3-5 yıl arasında bakım verenlerin yalnızlık puan ortalamaları en yüksek, 0-1 yıl arasında bakım verenlerin ise yalnızlık puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Günde altı saat ve üzeri bakım verenlerin BVYÖ puanı anlamlı derecede yüksek bulunurken; 3-6 saat bakım verenlerin yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda BVYÖ puan ortalaması, günde ortalama altı saat ve üzerinde bakım veren bireylerle, bir saatten az ve 1-3 saat arası bakım veren bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Kasper ve arkadaşları (2015)'nin demans hastalarına bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerin %47'sinin en az altı yıl ya da daha fazla süre için bakım verdikleri saptanmıştır. Yine aynı çalışmada demans hastalarına ayda ortalama 57 saat bakım verme ile diğer yaşlı yetişkin bireylere verilen bakım saatinin çok üzerinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmada çalışmamıza paralel olarak verilen bakımın saati arttıkça BVYÖ puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır [11]. Yu ve arkadaşları (2015)'nin yaptıkları bir çalışmada Alzheimer hastalarına ayda ortalama 62,8 saat bakım verildiği belirlenmiştir. Yine bu çalışmada Alzheimer hastası olan bireylere bakım verme saatlerinin artması ile BVYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır [129]. McRae ve arkadaşları (2009)'nin Parkinson hastalarına bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada bakım verme süresinin uzaması ile UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır [182]. Başka bir çalışmada da Alzheimer hastası olan birey ile birlikte altı aydan daha fazla sürede yaşamının sosyal ve duygusal bakım veren yükünü arttırdığı bildirilmiştir [218]. Yurtsever ve arkadaşları (2013)'nin yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerde bakım verme süresinin uzaması ile bakım yükünün de arttığı belirtilmiştir [21].

Alzheimer hastalığının kronik ve ilerleyici süreci bakım veren bireylerin uzun dönem bakım vermesine ve sonucunda çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmasına ve artan bakım yüküne neden olmaktadır. Bakım verenlerin uzun süre ve saatler bakım verme işiyle uğraşması kendilerine yeteri kadar vakit ayıramamalarına, zamanla çevresindeki kişilerden izole olmalarına ve artan yalnızlık duygusu yaşamalarına neden olacağı düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinin %54,5'i bakım verirken başka bireylerden destek almakta idi. Alınan destek türüne bakıldığında zaman %55'i fiziksel bakım, %31,7'si psikolojik destek, %6,7'si maddi yardım, %6,7'si Alzheimer derneğinden, aile bireylerinden ve eşinden destek aldığı saptanmıştır. Bakım verirken destek alan bireylerin BVIYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bakım veren bireylerin destek alma durumuna göre BVIYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Akyar (2011)'in çalışmasında bakım veren bireylerin %78'inin hastaya bakım verirken destek aldığı, destek alanların yarısından fazlasının (%53,8) aile üyelerinden destek aldığı fakat alınan desteğe rağmen bakım verenlerin güçlük yaşadığı belirtilmiştir [85].

Yapılan bir araştırmada bizim çalışma sonuçlarımıza paralel olarak aileden destek göremeyen bakım verenlerde bakım veren yükünün yüksek olduğu ve psikolojik iyilik halinin düşük olduğu belirlenmiştir [219]. Bakım veren bireylerle yapılan başka bir çalışmada ise destek gruplarına katılan bakım verenlerin katılmayanlara göre daha az yalnızlık yaşadıkları ve aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır [182]. Sherman (2012)'in çalışmasında demansı olan bireye bakım verenlerin %68'inin kendi aile bireylerinden duygusal destek aldığı, fakat alınan destek ve yardımın yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle bakım verenlerin çoğunluğu aile desteğinden çok araçsal desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir [162]. Wackerbarth ve Johnson (2002)'in Alzheimer hastalığı olan hastalarına bakım veren bireylerin bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada AH hakkında bilgi ve bakım konusunda destek almak için bakım veren bireylerin %50,8'i Alzheimer derneğini ve %35,8'i sağlık personelinden yararlandığını ifade etmiştir [220]. Yapılan çalışmalarda derneklerin, sosyal aktivitelere ve destek gruplara katılmanın, boş zaman aktiviteleri yapmanın ve sağlık eğitimlerinin bakım verenlerin yükünü ve stresini azalttığı bildirilmiştir [221,222]. İran'da Alzheimer hastaları ve bakım verenler ile yapılan bir niteliksel araştırmada da bakım verenlerin profesyonel desteğe ve multidisipliner bakıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır [223].

Bakım veren bireylerin destek aldığı halde bakım yükünün fazla olması alınan desteklerin yeterli olmadığına ya da daha profesyonel desteğe ihtiyaç duyulduğunun göstergesi olabilir.

Bakım veren bireylerin büyük bir çoğunluğunun bakım vermenin getirdiği birçok güçlük karşı karşıya kalmaktadırlar. Bakım verenlerin yaşadığı sorunlar; kendine zaman ayıramama, eş ve çocuklarına zaman ayıramama, maddi güçlükler, sosyal etkileşimde azalma, psikolojik güçlükler ve fiziksel sağlıkta bozulma durumları yer almaktadır. Bakım veren bireylerin %74,5'inin psikolojik güçlük yaşadığı en çok depresyon tanısı aldıkları, uykusuzluk ve stres yaşadıkları, %75,5'inin kendine zaman ayıramadığı, %70'inin sosyal etkileşiminde azalma olduğu, %63,6'sının fiziksel sağlığında bozulma olduğu ve en çok da hipertansiyon ve kas problemlerinin olduğu saptanmıştır.

Akyar ve Akdemir (2009) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %64'ünün ailede güçlük yaşadığı, güçlük yaşayanların %40,6'sının ailesinden aldıkları destekte sorun yaşadıkları, %34,4'ünün psikolojik, %18,8'inin mali, %6,2'sinin aile içi ilişkilerde sorun yaşadıkları belirtilmektedir [26]. Aşiret ve Kapucu (2012)'nin çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde bakım verme nedeniyle günlük yaşamlarının etkilendiği belirlenmiştir. Bakım verenlerin sosyal izolasyon, diğer tüm işlerini aksatarak hayatını hastaya göre planlama, kendine zaman ayıramama ve öz bakım sorunları yaşadığı belirlenmiştir [187]. Eğilli ve Sunal (2017)'in yaptıkları çalışmada ise; bakım verenler aile içinde bakım işinde çok fazla zorlandıklarını, psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını ve aynı zamanda maddi zorluklar çektiklerini de bildirmişlerdir [207]. Covinsky ve arkadaşları (2003)'nin yaptıkları çalışmada, AH olan bireylere bakım verenlerin diğer bakım veren gruplarla kıyaslandığında fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğu, bağışıklık sisteminde sık değişiklikler olduğu, daha fazla ilaç kullandıkları ve tıbbi desteklere daha fazla başvurdukları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada AH'ın ilerleyen sürecinde bakım veren ailelerin maddi problemler de yaşadıkları saptanmıştır. Sınırlı finansal kaynaklara sahip bakım verenlerin ise daha sık depresyona maruz kaldıkları saptanmıştır [34].

Ferrara ve arkadaşları (2008)'nin Alzheimer olan hastalar ve bakım verenlerle yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, bakım verenlerin çoğunluğunun; kendilerine az zaman ayırdıkları, sağlıklarının kötüleştiği, yorgunluk yaşadıkları, yeteri kadar uyuyamadıkları, kendi ailesi, hasta ailesi ve iş yaşamında problemler yaşadıkları saptanmıştır [130]. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yapılan bu çalışmada da bakım verenlerin çok boyutlu sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Sansoni ve arkadaşları (2004)'nin 34 İtalyan kadın bakım verenlerle yaptıkları çalışmada, bakım veren kişilerin %56'sının bedensel hastalıklarının olduğu ve %32'sinin psikolojik rahatsızlıktan mağdur olduğu belirtilmiştir [158]. Cole ve arkadaşları (2014)'nin çalışmasında bakım verenlerin yaklaşık üçte birinin depresyon yaşadığı %61'inin ise yoğun bir duygusal strese maruz kaldığı belirtilmiştir [28]. Lök ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı bir çalışma sonucuna göre uzun süreli bakım verme nedeniyle bakım verenlerin hayatlarında meydana gelen değişiklikler incelendiğinde; bakım verenlerin çoğunluğunun samimi ilişkilerden yoksun olduğu, hastalığın ilerleyen sürecinde bakım veren kişiye karşı bağımlı hale geldiği, kendi özbakımını yapamadığı, işinden ayrılmak zorunda kaldığı, çoğunlukla maddi sıkıntılar yaşadığı, evli ise eşi ile olan ilişkisinin bozulduğu ve zorunlu işler dışında başka işlerle ilgilenemediği sonucuna ulaşılmıştır [188]. Waelde ve arkadaşları (2004)'nin çalışmasında demansı olan bireylere bakım verenlerin çoğunlukla entellektüel kapasitelerinde bozulmaların görüldüğü belirtilmiştir [224].

Alzheimer hastalarının yaşadığı sorunlar hem hasta bireyin hem de bakım verenlerin günlük yaşantısında değişimlere neden olabilmektedir. Alzheimer hastalarıyla uzun süre vakit geçiren bakım veren aile bireyleri bakım verdikleri kişinin bütün sorumluluklarını aldıkları için zamanla aile ve sosyal ilişkileri bozulabilmekte, bakım verme işinden dolayı içinde bulundukları

rollerden uzaklaşabilmekte ve zamanla hem kendilerine hem de çevresindeki birçok kişiye vakit ayıramayabilmektedirler. AH ilerleyen sürecinde hastalığın getirdiği davranışsal sorunlar, inkontinans ve beslenme problemleri bakım veren bireylerin fiziksel olarak sağlıklarının bozulmasına, ayrıca ailedeki diğer bireyler tarafından desteklenmemeleri ya da destek sistemlerine ulaşamaması da ruhsal problemlerin yaşanmasına neden olabileceği ifade edilebilir.

Çalışmamızda aile bireylerinin bakım verdiği Alzheimer tanısı almış bireylerin yaş ortalamaları $79,81 \pm 10,13$ olup, %75,2'sinin 76 yaş ve üzerinde olduğu, %66,4'ünün kadın olduğu ve hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu ya da okur-yazar olduğu saptanmıştır. 76 yaş ve üzeri olan hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Kadın hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının ve yalnızlık puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak cinsiyetler arasında BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim durumu okur-yazar olan Alzheimer hastası bireylere bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu okur-yazar olanlarla yükseköğretim mezunu olanlar arasında BVYÖ puan ortalamaları açısından anlamlılık saptanırken, eğitim durumu okur-yazar olanların ilköğretim ve yükseköğretim mezunlarıyla UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Küçükgüçlü ve arkadaşları (2017)'nin yaptıkları bir çalışmada çalışma bulgularımıza paralel olarak bakım alan Alzheimer hastalığı olan bireylerin yaş ortalaması $77,62 \pm 8,18$ olarak belirlenmiştir [213]. Yurtsever ve arkadaşları (2013)'nin yaptıkları çalışmada da hastaların %63,55'inin 76 yaş ve üzerinde olduğu, [21] Akyar ve Akdemir (2009)'in çalışmasında ise Alzheimer tanısı alan hastaların %38'inin 79-84 yaş aralığında ve %74'ünün kadın olduğu, %64'ünün ise ilkokul mezunu ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir [26]. Literatüre göre AH'ın hem prevalansı hem insidansının 60-65 yaşlarından sonra her beş yılda bir iki katına çıktığı, kadınlarda daha sık görüldüğü ve eğitim düzeyinin de düşük olması hastalık için muhtemel risk faktörü olduğu belirtilmiştir [47,64]. Çalışma sonuçlarımız literatür bulgularıyla uyumlu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada 80 ve üzeri yaş grubundaki demans hastalarına bakım veren bakıcıların BVYÖ puanlarının diğer yaş grubu hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [207]. Bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak İspanya'da yapılan bir çalışmada Alzheimer hastalarının eğitim düzeyinin düşük olmasının bakım yükü üzerine etki eden bağımsız bir faktör olduğu belirlenmiştir [225]. Beeson (2003)'un yaptığı bir çalışmada da hasta yaşının ilerlemiş olmasının bakım verenlerde yalnızlık düzeyini artırdığı gösterilmiştir [226]. Hastaların eğitim düzeyleri ile bakım verenlerin yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ise ulaşamamıştır.

Çalışmamızda Alzheimer hastalarının %70,9'unun üç ve üzerinde çocuğunun olduğu, %74,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %52,7'sinin beş yıl ve daha önce Alzheimer tanısı aldığı ve hastaların çoğunun hastalığın son evresinde olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısına göre bakım veren bireylerin BVYÖ puan ortalamaları ile UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmazken, sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlara bakım verenlerin BVYÖ ve UCLA-LS Yalnızlık puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Beş yıl ve öncesinde tanı alan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları 0-1 yıl ve 2-5 yıl öncesinde tanı alan hastalara bakım verenlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Beş yıl ve öncesinde tanı alan hastaların bakım vericilerinin 0-1 yıl ve 2-3 yıl öncesinde tanı alan hastaların bakım vericilerine göre BVYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları ise beş yıl ve öncesinde tanı alan hastaların bakım vericileri ile 0-1 yıl öncesi tanı alan hastaların bakım vericileri arasında anlamlı bulunmuştur. Alzheimer hastalığının son evresinde bulunan hastalara bakım verenlerin ise BVYÖ puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Küçükgüçlü ve arkadaşları (2017)'nin yaptıkları bir çalışmada hastaların %56,3'ünün altı yıl ve üzerinde Alzheimer hastası olduğu saptanmıştır [213]. Yapılan bir araştırmada Alzheimer hastalarına ortalama 5,4 yıl bakım verilmiştir [181]. Alzheimer hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada; hastalarının bilişsel yıkım seviyesinin artmasının bakım verenlerde daha fazla yük oluşturduğu saptanmıştır [227]. Cole ve arkadaşları (2014)'nin yaptıkları bir çalışmada, Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin evdeki bakımın %80'ninin hastaların bilişsel bozukluklarının ve işlevsel kabiliyetlerinin derecesine bağlı olarak değiştiğini ve bakım verenin yükünün de bu doğrultuda arttığını belirtmişlerdir [28]. Eğilli ve Sunal (2017)'in çalışmasında ise demansı olan hastaya bakım veren bireylerin bakım verme yükü ortalamalarının bakım verme sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada demans hastalarına bir yıldan daha az süreyle bakım veren bakıcıların BVYÖ puan ortalamasının bir yıldan daha fazla süreyle bakım veren bakıcılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır [207].

Bakım verilen Alzheimer hastası bireylerin çoğunun son evrede olması hastalığın sinsi bir başlangıç göstermesiyle ilişkili olabilmektedir. Hastalığın ilk evrelerinin unutkanlıkla başlaması, yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görülmekte ve tanı koyma süresini geciktirmektedir. AH'ın ilerleyen süreci hastaların bağımlılık düzeylerinde artışı da beraberinde getirmekte ve sonucunda hasta birey bakım veren kişiye daha fazla bağımlı hale gelmektedir. Bu durum bakım veren bireylerde fiziksel, psikososyal açıdan birçok zorluğu da beraberinde getirmekte ve hastayla geçirilen zamanın daha fazla olmasına yol açmaktadır. Çalışmamızda bakım veren bireylerin yaşadığı psikolojik güçlüklerden birisi de bakım verenlerin sosyal çevresi ve ailesindeki kişilerle iletişiminin kopma noktasında olduğu yönündedir. Bakım verenlerin yaşadığı

tüm bu zorluklar sonucunda da artan bakım yükü ve yalnızlık duygusu yaşayacakları ifade edilebilir.

Çalışmamızda Alzheimer hastalarının çoğunluğunun kızı veya eşi ile birlikte ve %50,9'unun kendi evinde yaşadığı, hastaların %49,1'inin AH dışında kronik bir hastalıklarının olduğu ve %63,6'sının sürekli kullandıkları ilaçlarının olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gelin bakım vericilerin BKYÖ puan ortalaması ve UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Gelin bakıcılarla ücretli bakıcıların BKYÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Alzheimer tanısı almış bireylere bakım verenlerin çoğu kız çocukları ve hastanın eşi olduğu belirlenmiştir. Eğilli ve Sunal'ın (2017) araştırmasında da demansı olan hastaya bakım verenlerin %10,8'i hastanın eşi, %30,6'sının ise hastanın annesi olduğu saptanmıştır [207]. Yapılan bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin çoğunluğu hasta ile beraber yaşamaktadır. Alzheimer hastasıyla beraber yaşayan bakım verenlerde bakım yükü puanının daha düşük olduğu saptanmıştır [21]. Çınar (2012)'ın çalışmasında da Alzheimer hastalarının büyük bir çoğunluğunun kendi evlerinde yaşadığı ve yakınları tarafından bakım verilmekte olduğu belirtilmiştir [74].

Alzheimer dışında başka kronik hastalığı olan hastaların hastalıkları; hipertansiyon, depresyon, diyabetes mellitus, prostat bezi hastalığı, inme, kalp hastalığı, osteoporoz ve meme kanseri olarak bulunmuştur. Literatürde de Alzheimer hastası bireylerin Alzheimer dışındaki kronik hastalıklarının hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, kalp yetmezliği, depresyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoporoz, inme, kanser çeşitleri olduğu saptanmıştır [19,228].

Alzheimer hastalarının birçoğunun başka bir kronik hastalığının mevcut olması kronik hastalıkların yaşla birlikte artış göstermesine bağlanabilir. Hastaların çoğunun ilaç kullanması ise Alzheimer hastalığı dışında başka hastalıklarının da olması, toplumumuzda ve özellikle yaşlı bireylerde ilaç kullanımının çok fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile yalnızlık düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım yükü fazla olan aile bireylerinin yaşadıkları yalnızlık düzeylerinin de fazla olduğu saptanmıştır. McRae ve arkadaşları (2009)'nın yaptıkları bir çalışmada da bakım yükü ile yalnızlık arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur [182]. Beeson ve arkadaşları (2000)'nin yaptıkları bir çalışmada bakım yükü yüksek olan bakım verenlerin daha fazla depresyon ve yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır [181].

Bakım veren aile bireylerinin bakım işlevinden dolayı hastaları ile çok fazla vakit geçirmelerinin bakım veren bireylerin zamanla çevresindeki kişilerden ve sosyal hayatlarından izole olmalarına neden olabilmektedir. Bu durum ise bakım veren bireylerde artan bakım yükü ve yoğun yalnızlık duygusunun yaşanmasına neden olabilmektedir. Bakım veren bireylerin

kendilerini çok fazla yalnız hissetmeleri de zamanla bazı psikolojik sorunları beraberinde getirecek ve hastalara verdikleri bakımın kalitesini etkileyerek artan bakım yüküne neden olabilecektir. Sonuçta bakım verme yükü ve yaşanan yalnızlığın birbirini etkilediği ifade edilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmamızda bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile yalnızlık düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım yükü fazla olan aile bireylerinin yaşadıkları yalnızlık düzeylerinin de fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışma kapsamında Alzheimer olan hastalara bakım veren aile bireylerinin %81,8'i kadın ve yaş ortalamaları $52 \pm 12,60$ 'dır. Kadınların daha fazla bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında bakım veren aile bireylerinin %73,6'sı evliydi. Evli olanların daha az bakım yükü ve yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır. Evli ve bekar olanlar arasında BVYÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanırken, UCLA-LS Yalnızlık puan ortalamalarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Eğitim seviyesi düşük olan bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükünün fazla olduğu ve daha çok yalnızlık yaşadıkları belirlenmiştir. Geliri giderinden fazla olan bakım veren aile bireylerinin ise daha az yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır.

Bakım veren aile bireylerinin %69,1'inin ilde yaşadığı, %73,6'sının ise çalışmadığı belirlenmiştir. Köyde yaşayan bakım verenler daha çok yalnızlık yaşarken, herhangi bir işte çalışmayan aile bireylerinin bakım yükünün fazla olduğu saptanmıştır.

Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin %46,4'ü kız çocukları, %13,6'sı eş, %11,8'i ise gelin bakıcılar olarak belirlenmiştir. Gelin bakım vericilerin bakım yükü en yüksek bulunurken, kız evlatların yalnızlık düzeyi en düşük olarak saptanmıştır.

Alzheimer tanısı almış hastalara bakım veren aile bireylerinin %48,2'si beş yıl ve daha uzun süre bakım vermekte idi. Alzheimer tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri arttıkça, onlara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin ve yaşadıkları yalnızlık derecesinin de arttığı saptanmıştır.

Bakım veren aile bireylerinin %61,8'i hasta ile aynı evde yaşamakta, %57,3'ü ise günde ortalama altı saat ve üzerinde bakım vermektedir. Hasta ile aynı evde yaşayanların bakım yükünün ve yaşadıkları yalnızlık düzeyinin fazla olduğu, günde ortalama altı saat ve üzerinde bakım verenlerin ise bakım yükünün anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır.

Bakım veren aile bireylerinin %64,5'i bakım verirken destek aldıklarını belirtmiştir. Destek alanların %55'i fiziksel bakım, %31,7'si ise psikolojik destek almıştır. Bakım konusunda

destek almayan aile bireylerinin yaşadığı bakım yükünün ve yalnızlığın daha fazla olduğu saptanmıştır.

Aile bireyleri tarafından bakım verilen Alzheimer tanısı almış bireylerin yaş ortalaması $79,81 \pm 10,13$ olup, hastaların %66,4'ü kadın ve çoğunun eğitim seviyesi düşüktür. Bakım verilen Alzheimer hastalarının yaşı arttıkça bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Beş yıl ve daha uzun süre önce AH tanısı almış hastalara (%52,7) bakım verenlerin bakım yükleri ve yalnızlık düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalığın başlangıç seviyesinde olan hastalara (%11,8) bakım verenlerin ise daha az yalnızlık yaşadıkları saptanmıştır.

Bakım veren aile bireylerinin bakım verme nedeniyle %75,5'inin kendine zaman ayıramadığı, %74,5'inin psikolojik güçlükler yaşadığı, %70'inin sosyal etkileşiminin bozulduğu, %63,6'sının de fiziksel sağlığında bozulma olduğu belirlenmiştir. Fiziksel sağlığında bozulma olanların çoğunun hipertansiyon tanısı aldığı ve yaygın kas ağrıları olduğu, psikolojik güçlükler yaşayanların ise depresyon, uykusuzluk, stres ve yalnızlık sorunları olduğu saptanmıştır.

Bakım verme yükü arttıkça, bakım verenlerin yaşadığı yalnızlık düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ve yalnızlık düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi,

Toplumumuzun AH hakkında eğitimlerle bilinçlendirilerek, kamu spotu oluşturularak, broşürler dağıtılarak farkındalık kazanmasının sağlanması,

Bakım işlerinden dolayı yoğun yalnızlık duygusu yaşayan bakım verenlerin sosyal desteklerinin artırılması ve yaşanan yalnızlık duygusunu azaltmak için benzer hastalığı olanlara bakım verenlerden oluşan gruplara yönlendirilmeleri, diğer aile bireyleri ile sürekli iletişim halinde olmalarının sağlanması,

Bakım vericilerden kadın, eğitim düzeyi düşük, bekar olanlar ve beş yıl ve daha uzun süredir bakım verenler bakım verme sürecinde bakım yükü ve yalnızlık açısından değerlendirilerek gerekli desteğin sağlanması,

Bakım veren aile bireylerine yönelik hastalığın evrelerine göre kişiselleştirilmiş destekleyici bakım, hastalıkla başa çıkma yolları ve hastalığa uyumun sağlanmasına yönelik düzenli eğitimlerin verilmesi,

Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden etkin faydalanmaları konusunda yönlendirilmeleri,

Bakım veren aile bireylerinin kendi sağlık durumlarını göz ardı etmemeleri konusunda desteklenmeleri,

Bakım veren ailelerin bakım verme sürecinin olumlu yönlerini görmelerinin sağlanması,

Bakım verenlerin destek kaynaklarının farkında olmalarının sağlanması ve harekete geçirilmesi için desteklenmeleri,

Hastalık ile ilgili bilgilendirmelerin bakım veren aile bireyleri, komşu, akraba, arkadaş vb. kişileri içine alacak şekilde yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- [1]. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020). 24 Mayıs 2017 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf> adresinden erişildi
- [2]. Koldaş, L. (2017). Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? Türk Kardiyoloji Derneği Ars, 45(5), 1-4. doi: 10.5543/tkda.2017.40350
- [3]. WHO (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO, Technical Reports Series 706, Geneva, 8-9.
- [4]. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2015). World population prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. New York
- [5]. Türkiye İstatistik Kurumu (2017). İstatistiklerle Yaşlılar, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- [6]. Tekin, N., Dişçigil, G., Altunbaş, E. (2011). Demans hastalarının bakımı, toplumsal bakış açısı, davranış ve bilgi kaynakları. Türk Geriatri Dergisi, 14(1), 35-39.
- [7]. Gago, M.F., Fernandes, Y., Ferreira, J., Silva, H., Rocha, L., Bicho, E., Sousa, N. (2014). Postural stability analysis with inertial measurement units in Alzheimer's disease dement. Geriatr Cogn Disord Extra, 4, 22-30.
- [8]. American Alzheimer's Association. (2015, March). Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's and Dementia, 11(3), 332-384.
- [9]. Dilek, F., Ünal, A., Ünsar, S. (2017). İleri evre demans hastasında hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. HSP, 4(2), 125-131. doi: 10.17681/hsp-dergisi.281474
- [10]. Özkay Demir, Ü., Öztürk, Y., Can, Ö. D. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer Hastalığı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18(1), 35-42.
- [11]. Kasper, J.D., Freedman, V.A., Spillman, B.C., Wolff, J.L. (2015). The disproportionate impact of dementia on family and unpaid caregiving to older adults. Health Aff, 34(10), 1642-49.
- [12]. Sharma, N., Chakrabarti, S., Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. World J Psychiatry, 22, 6(1), 7-17. doi: 10.5498/wjp.v6.i1.7
- [13]. Alzheimer's Association. (2017). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dement, 13, 325-373.
- [14]. Alzheimer's Disease International. (2013, December). Policy brief for G8 heads of government: the global impact of dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International
- [15]. Türkiye Alzheimer Derneği (2015). 1 Mayıs 2017 tarihinde <http://www.alzheimerdernegi.org.tr/haber/gelismis-ulkelerde-alzheimer-hastaligiazalirken-turkiyede-artiyor/> adresinden erişildi.
- [16]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2015). Dünya Alzheimer Farkındalık Günü (21 Eylül 2015) İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı Rapor Bülteni, 1 Mayıs 2015 tarihinde <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4b30930a266d4833adf9223afa9926ce.pdf> adresinden erişildi.]
- [17]. Daroff, R.B., Fenichel, G.M., Janković, J., Mazziota, J.C., Bradley's (2012). Neurology in clinical practice, elsevier saunders, Philadelphia, 1539-1552.
- [18]. Gauthier, S. (2007). Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. Informa UK Limited, 205-265.
- [19]. Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Genişletilmiş 2. baskı, sistem ofset basım yayın san. tic. ltd. şti., Ankara
- [20]. Moon, Y., Kim, H., Choi, H., Han, S.H. (2014). Validity of the Korean version of the fear of Alzheimer's disease scale for the assessment of anticipatory dementia. J Korean Med Sci, 29, 411-415.
- [21]. Yurtsever, S., Özge, A., Kara, A., Yandım, A., Kalav, S., Yeşil, P. (2013). The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patient's family caregivers: Cross-sectional study journal of nursing education and practice, Vol. 3, No. 9. www.sciedu.ca/jnep.

- [22]. Andreaskou, M.I., Papadopoulos, A. A., Panagiotakos, D.B., Niakos, D. (2016). Assessment of health-related quality of life for caregivers of Alzheimer's disease patients *Int J Alzheimers Dis*, 9213968 doi: 10.1155/2016/9213968
- [23]. Goren, A., Montgomery, W., Wroblewski, K.K., Nakamura, T., Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: Findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatr*, 16, 122. doi: 10.1186/s12877-016-0298-y
- [24]. National Alliance for Caregiving and AARP. (2016). Caregiving in the U.S.: Unpublished data analyzed under contract for the Alzheimer's Association
- [25]. Koca, E., Taşkapalıoğlu, Ö., Bakar, M. (2017). Alzheimer hastalığında evrelere göre bakım veren kişilerin yükü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 54, 82-6. doi: 10. 5152/npa2017. 11304
- [26]. Akyar, İ., Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.
- [27]. Laks, J., Goren A., Duenas, H., Novick, D. & Kahle Wroblewski, K. (2016). Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 176-185.
- [28]. Cole, J.C., Ito, D., Chen, Y.J., Cheng, R., Bolognese, J., Li-McLeod, J. (2014). Impact of Alzheimer's disease on caregiver questionnaire: Internal consistency, convergent validity, and test-retest reliability of a new measure for assessing caregiver burden. *Health Qual Life Outcomes*, 12, 521. doi:10.1186/s12955-014-0114-3
- [29]. Görgülü, Ü., Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi, *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 125-132.
- [30]. Cora, A., Partinico, M., Munafo, M., Palomba, D. (2012). Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: A pilot study, *cancer nursing*, 35 (1), 38-47.
- [31]. Pawl, J.D., Lee, S.Y., Clark, P.C., Sherwood, P.R. (2013). Sleep loss and its effects on health of family caregivers of individuals with primary malignant brain tumors, *research in nursing and health*, p: 1-14.
- [32]. Dökmen, ZY. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.
- [33]. Varela, G., Varona, L., Anderson, K., Sansoni, J. (2011). Alzheimer's care at home: A focus on caregivers strain. *Prof Inferm*, 64(2):113-117.
- [34]. Covinsky, K., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 18, 1006-1014. PMID:14687259 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.30103.x>
- [35]. Çetinkaya, F., Karadakovan, A. (2012). Demanslı hastalara bakım verenlerin bakıcı yükünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(2), 171-178.
- [36]. Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vine, J., Atkinson, M., Lawson, S., Wilson, M. (2017). Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation *Front Psychol*, 8, 585. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00585
- [37]. Carers UK. (2015). Alone caring and isolation: Loneliness and the impact of caring on relationships. 22 Ağustos 2017 tarihinde <http://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/alone-caring> adresinden erişildi
- [38]. Yener, G.G., Emek, D. (2012). Birinci basamakta demans ve Alzheimer hastalığına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fom Med- Special Topics*, 3(6), 35-43.
- [39]. Keskin, A., Uncu, G., Tanburoğlu, A., Adapınar, D. (2016). Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 75-82.
- [40]. Heinrich, S., Berwig, M., Simon, A., Janichen, J., Nickel, W., Hinz, A., Brainler, E., Gertz, H.J. (2014). German adaptation of the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II: Study protocol of a single-centred, randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 14(21), 2-5.
- [41]. Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, M., O'Brien, et al. (2007). *Medical surgical nursing*, 7 rd Edition, Philadelphia, Mosby, 1561-1579.
- [42]. İnce, B. (2017). Vasküler demans. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 9(4), 47-50.

- [43]. Kaymak Ulusoy, S., Korkmaz, Ş.A. (2017). Major ve minor nörokognitif bozukluklar: Vasküler demans. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 10(1), 22-7.
- [44]. Smith, E. (2016). Vascular cognitive impairment. *Continuum (Minneap Minn)*, 22, 490-509.
- [45]. Karadağ, B., Parkan Hızlan, Ş. (2017). Vasküler demans. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*, 3(1), 25-31.
- [46]. Yener, G. (2016). Demans ve deliryum. In: Akdal, G. ve Yener, G., editors. *Nöropsikiyatri ve davranış nörolojisi*, 1. Baskı, İstanbul, O' Tıp Kitabevi ve Yayıncılık, 149-170.
- [47]. Yavral, F., Güngör Aydın, H. (2016). Demansta klinik bulgular. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 3, 134-138.
- [48]. Vann Jones, S.A., O'Brien, J.T. (2014). The prevalence and incidence of dementia with Lewy bodies: A systematic review of population and clinical studies. *Psychological Medicine*, 44(4), 673-83. PubMed PMID: 23521899
- [49]. Gomperts, S.N. (2016). Lewy body dementias: Dementia with lewy bodies and parkinson disease dementia. *Continuum (Minneap Minn)*, 22, 435-463.
- [50]. Arvanitakis, Z. (2010). Update on frontotemporal dementia. *The neurologist*, 16(1), 16-22. PubMed PMID: 20065792. Pubmed Central PMCID: 3632348
- [51]. Finger, E.C. (2016). Frontotemporal dementias. *Continuum (Minneap Minn)*, 22, 464-489.
- [52]. Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. *Turkish Journal of Geriatrics Supplement*, 13(3), 9-14.
- [53]. Ayçiçek Şengül, G. (2017). Alzheimer hastalığı. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, 3(1), 16-24.
- [54]. Villemagne, V.L., Burnham, S., Bourgeat, P., et al. (2013). Amyloid β deposition, neurodegeneration, and cognitive decline in sporadic Alzheimer's disease: A prospective cohort study. *Lancet Neurol*, 12, 357-367.
- [55]. Corada, M.M., Brookmayer, R., Paganini-Hill, A., Berlau, D., Kawas, C.H. (2010). Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: The 90+ study. *Ann Neurol*, 67, 114-121.
- [56]. Mirsadeghi, S., Dinarvand, R. (2015). Can nanoparticles be beneficial for the early detection and treatment of Alzheimer disease. *Journal of Medical Hypotheses and Ideas*, 9(2), 86-87.
- [57]. Fonseca-Santos, B., Gremião, M.P., Chorilli, M. (2015). Nanotechnology-based drug delivery systems for the treatment of Alzheimer's disease. *International Journal of Nanomedicine*, 10, 4981-5003.
- [58]. Alzheimer's Association. (April, 2016). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*, 12(4), 459-509.
- [59]. World Health Organization, The Epidemiology and Impact of Dementia Current State and Future Trends, 2 Şubat 2018 tarihinde http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf adresinden erişildi.
- [60]. Yaltırık, K., Atalay, B. (2017). Nörodejeneratif hastalıklar ve fiziksel aktivite. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol- Special Topics*, 5(1), 43-9.
- [61]. Arlt, S. (2013). Non-Alzheimer's disease-related memory impairment and dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(4), 465-473.
- [62]. Işık, A. T. (2009). Alzheimer hastalığı. In: Işık, A. T. ve Tanrıdağ O., editors. *Geriatri pratiğinde demans sendromu*, 1. Basım, İstanbul, Som Kitap, 90-122.
- [63]. Öztürk, G. B., Karan, M. A. (2010). Alzheimer hastalığının fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim*, 36-45.
- [64]. Carter, C.L., Resnick, E.M., Mallampallim, M., Kalbarczyk, A. (2012). Sex and gender differences in Alzheimer's disease: Recommendations for future research, *Journal of Women's Health*, Volume 21, Number 10.
- [65]. Gilman, S. (1997). *Alzheimers disease*, 40(2), 230-45.
- [66]. Szekely, C.A., Breitner, J.C., Zandi, P.P. (2007). Prevention of Alzheimer's disease. *Int Rev Psychiatry*, 19(6), 693- 706.

- [67]. Rocca, W.A., Hofman, A., Brayne, C. (1991). The prevalence of vascular dementia in Europe: Facts and fragments from 1980-1990 studies. EURODEM-Prevalence Research Group. *Ann Neurol*, 30(6), 817-824.
- [68]. Arioğlu, S. (2006). Geriatri ve Gerontoloji, içinde Alzheimer hastalığı, MN Medikal Nobel Yayınevi, Ankara.
- [69]. Öziç, M. Ü., Özbay, Y., Ekmekçi, A.H. (2014). Beyin MR görüntülerinde Alzheimer hastalığının öz niteliklerinin çıkarılması. Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi, Tıbbi görüntüleme, Kapadokya, 38-41.
- [70]. Varon, D. (2011). Minimal atrophy of the entorhinal cortex and hippocampus: Progression of cognitive Impairment, *Dement Geriatr Cogn Disord*, 31, 276-283. doi: 10.1159/00032 4711
- [71]. Appel, J., Potter, E., Shen, Q., Pantol, G., Greig, M.T., Loewenstein, D., Duara, R. (2009). A comparative analysis of structural brain MRI in the diagnosis of Alzheimer's disease, *Behavioural Neurology*, 21, 13-19.
- [72]. Samanta, M.K., Wilson, B., Santhi, K., Kumar, K.P., Suresh, B. (2006). Alzheimer disease and its management: A review. *Am J Ther*, 13(6), 516-26.
- [73]. Yazıcı, T., Şahin, H. (2010). Alzheimer hastalığı, 8 Haziran 2017 tarihinde http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/8.pdf adresinden erişildi.
- [74]. Çınar, N. (2012). Alzheimer hastalığında epidemiyoloji ve klinik bulgular. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 5, 1-6.
- [75]. Dementia Study Group of the Italian Neurological Society (2000). Guidelines for the diagnosis of dementia and Alzheimer's disease. *Neurol Sci*, 21, 187-194.
- [76]. Gomez-Gallego. M., Gómez-Amor, J., Gómez-García, J. (2012). Determinants of quality of life in Alzheimer's disease: Perspective of patients, informal caregivers, and professional caregivers. *Int Psychogeriatr*, 24, 1805-1815.
- [77]. Selekler, K. (2012). Alzheimer orta yaşta başlar. Alfa Yayınları, İstanbul
- [78]. Gürvit, H. (2004). Sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları. Demans sendromu, Alzheimer hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. In Öge AE (editor). *Nöroloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 367-415.
- [79]. Marshall, G.A., Rentz, D.M., Frey, M.T., Locascio, J.J., Johnson, K.A., Sperling, R.A. (2011). Alzheimer's disease neuroimaging initiative executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7, 300-308. doi: 10.1016/j.jalz.2010.04.005
- [80]. Dereli, N., Gün, Ö., Hasçıçek, C. (2016). Alzheimer hastalığı tedavisinde nano boyutlu ilaç taşıyıcı sistemlerinin kullanımı. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 40(1), 54-73.
- [81]. Kanwar, J.R., Sun, X., Punj, V., Sriramoju, B., Mohan, R.R., Zhou, S.F., Chauhan, A., Kanwar, R.K. (2012). Nanoparticles in the treatment and diagnosis of neurological disorders: untamed dragon with fire power to heal. *Nanomedicine: Nanotechnology, Biology, and Medicine*, 8(4), 399-414.
- [82]. Özkay Demir, Ü., Can, Ö.D., Özkay, Y., Öztürk, Y. (2017). Anti-Alzheimer etki potansiyelleri açısından benzotiyazol/ piperidin/ piperazin türevleri. 8 Haziran 2017 tarihinde http://anes.anadolu.edu.tr/upload/anes2017_kitapcik.pdf adresinden erişildi.
- [83]. Herholz, S.C., Herholz, R.S., Herholz, K. (2013). Non-pharmacological interventions and neuroplasticity in early stage Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(11), 1235-1245.
- [84]. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Ser, T. et al., (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178.
- [85]. Akyar, İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2), 79-88.
- [86]. Gardette, V. Coley, N., Andrieu, S. (2010). Non-pharmacologic therapies: A different approach to Alzheimer disease. *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13(3), 13-22.
- [87]. Türk Dil Kurumu Sözlükler, (2017), 7 Ağustos 2017 tarihinde <http://www.tdk.gov.tr> adresinden erişildi.

- [88]. Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York and London: Routledge, p.226
- [89]. Watson, J. (1985). *Nursing human science and human care* appleton-century-crofts, Norwalk, Connecticut. Cited in Forrest D. (1989). The experience of caring, *Journal of Advanced Nursing*, 14, 815-823.
- [90]. Swanson, K.M., (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166. Cited in Karaöz S. (2005). Turkish nursing students' perception of caring, *Nurse Education Today*, 25, 31-40.
- [91]. Karahan, A.Y., İslam, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(suppl.1), S1-S7.
- [92]. Ken, K., Okuno, J., Fukasaku, T., Tomura, S., Yanagi, H. (2010). Factors affecting burden of caregivers for the elderly of Han Chinese and the Korean minority living in a community in northeast China. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 57, 816-824.
- [93]. Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-52.
- [94]. Clark, P.C., Chia, V. (2002). Caring for disabled older adults: Ethnic differences and commonalities. *Clinical excellence for nurse Practitioners*, 6(3), 11-16.
- [95]. Özyeşil, Z., Oluk, A., Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluksürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 39-44.
- [96]. Gülpak, M., Kocaöz, S. (2014). Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 13(2), 99-108.
- [97]. Akpınar, B., Küçükgüçlü, Ö., Yener, G. (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *J Nurs Scholarsh*, 43(3), 248-54.
- [98]. Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 38-42.
- [99]. Kartal, A., İnci, F.H. (2007). Yaşlıya bakım veren bireylerin birlikte yaşama güçlüklerinin belirlenmesi. 4. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara
- [100]. Karahan, A., Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5, 155-159.
- [101]. Yıldırım, S., Engin, E., Başkaya, V.A. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 169-174.
- [102]. Yeşil, T., Uslusoy Çetinkaya, E., Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- [103]. İnci, H.F., Kartal, A., Koştü, N. (2017). İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüküne yönelik kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 3(1), 46-51.
- [104]. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- [105]. Özdemir, Ü., Taşçı, S., Kartın, P., Çürük, N.G., Nemli, A., Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 49-61.
- [106]. Lee, J.E., Shin, D.W., Cho, J., Yong, H.K., Kim, S.Y., Yoo, S.H. (2015). Caregiver burden, patients' self-perceived burden, an preference for palliative care among cancer patients and caregivers. *Psycho-Oncology*, doi: 10.1002/pon.3827
- [107]. Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relations*, 43, 19-26.
- [108]. Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Qual Life Res*, 12(Suppl 1), 33-41.
- [109]. Tosun, A.S., Doğan, S., Kartın, P.T., Zincir, H. (2015). Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18, 9-16.

- [110]. Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship and economic burden of caring for people with cancer: A review. *J Oncol Pract*, 9, 197-202.
- [111]. Bevans, M.F., Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 25, 307(4), 398-403.
- [112]. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj iç ve dış tic. A.Ş. Ankara, 319.
- [113]. Kuşcu, M.K., Dural, U., Önen, P., Yaşa, Y., Yayla, M., Başaran, G., Turhal, S., Bekiroğlu, N. (2009). The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological wellbeing of Turkish informal caregivers. *Psychooncology*, 18, 927-935.
- [114]. Dew, M.A., Myaskovsky, L., Dimartini, A.F., Switzer, G.E., Schulberg, H.C., Kormos, R.L. (2004). Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychological Medicine*, 34, 1065-1082.
- [115]. Karabulutlu, E.L., Akyıl, R., Karaman, S., Karaca, M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9.
- [116]. McCurry, S.M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V., Teri, L. (2009). Insomnia in caregivers of persons with dementia: Who is at risk and what can be done about it? *Sleep Med. Clin*, 4(4), 519-526.
- [117]. McCurry, S.M., Pike, K.C., Vitiello, M.V. et al. (2008). Factors associated with concordance and variability of sleep quality in persons with Alzheimer's disease and their caregivers. *Sleep*, 31(5), 741-748.
- [118]. Beaudreau, S.A., Spira, A.P., Gray, H.L., et al. (2008). The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 21(3), 159-165.
- [119]. Shankar, K.N., Hirschman, K.B., Hanlon, A.L., Naylor, M.D. (2014). Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: A cross-sectional analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 276-284.
- [120]. Gallagher, D., Mhaolaina, A.N., Crosby, L., Ryana, D., Lacey, L. et al., (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging Mental Health*, 15(6), 663-670.
- [121]. Pasacreta, V.J., Barg, F., Nuamah, I., McCorlke, R. (2000). "Participant characteristics before and 4 months attendance at a family caregiver cancer education program". *Cancer Nursing*, Vol, 23, No:4
- [122]. Coteló Verez, N., Radriguez Andres, F.N., Perez Fornos, J.A., Iglesias Andres, J.C., Lago Rios, M. (2015). Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharm Pract (Granada)*, 13(2), 521.
- [123]. Snyder, M.C., Fauth, E., Wanzek, J., Piercy, W.K. et al., (2015). Dementia caregivers' coping strategies and their relationship to health and well-being: The Cache County study. *Aging Ment Health*, 19 (5), 390-399. doi:10.1080/13607863.2014.939610
- [124]. Shaw, W.S., Patterson, T.L., Semple, S.J., Dimsdale, J.E., Ziegler, M.G., Grant, I. (2003). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res*, 54, 293-302. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00412-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00412-9)
- [125]. Kouri, K.K., Ducharme, F.C., Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study. *Dementia*, 10(3), 435-453.
- [126]. Toseland, R.W., Smith, G., and McCallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly", handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations (Gitterman, A. eds). Columbia University Press, New York. s.548-581.
- [127]. Lai, D.W.L., Thomson, C. (2011). The impact of perceived adequacy of social support on caregiving burden of family caregivers. *Families in Society*, 92(1), 99-106.
- [128]. Li, Y., Sprague, D. (2002). Study on home caregiving for elders with Alzheimer's and memory impairment. *Illness, Crisis and Loss*, 10, 318-333.
- [129]. Yu, H., Wong, X., He, R., Liang, R., Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *PLoS One*, 10(7), doi: 10.1371/journal.pone.0132168

- [130]. Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L., Bauco, C. (2008). Prevalence of stress, anxiety, and depression in with Alzheimer caregiver. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 93. doi:10. 1186/1477-7525-6-93
- [131]. Varona, R., Saito, T., Takahashi, M., Kai, I. (2007). Caregiving in the Philippines: A quantative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. *Arch Gerontol Geriatr*, 45, 27-41. PMID:16982103
- [132]. Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 251-277.
- [133]. Kasuya, R.T., Poglár, B., Takeuchi, R. (2001). Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Medicine*, 108(7), 119-123.
- [134]. Robinson, K.M., Adkisson, P., Weinrich, S. (2001). Problem behaviour, caregiver reactions and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (4), 563-572.
- [135]. Torti, F.M., Gwyther, P., Reed, S.D. (2004). A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alz Dis Assoc Dis*, 18(2), 99-109.
- [136]. National Alliance for Caregiving and AARP. Caregiving in the U.S. (2015). Available at: 27 Kasım 2017 tarihinde <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/caregiving-in-the-united-states-2015-report-revised.pdf> adresinden erişildi
- [137]. Friedman, E.M., Shih, R.A., Langa, K.M., Hurd, M.D. (2015). U.S. Prevalence and predictors of informal caregiving for dementia. *Health Aff*, 34(10), 1637-41.
- [138]. Lavarone, A., Ziello Rosario, A., Pastore, F., Fasanaro Maria, A., Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 1407-1413 doi: 10.2147/NDT.S58063
- [139]. Novais, T., Dauphinot, U., Salmon-Krolak, P., Mauchoux, C. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies *BMC Geriatr*, 17, 86 doi: 10.1186/s12877-017-0481-9
- [140]. Bilgili, N. (2000). Yaşlı bireye bakım veren ailelerin karşılaştıkları sorunların belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [141]. Temizer, H., Gözüm, S. (2012). Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *HealthMED*, 6, 2681-2688.
- [142]. Honea, N.J., Brintnall, R.A., Given, B., Colao, D.B., Northouse, L.L. (2008). Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, 507-516.]p-2012-302755
- [143]. Cingil, D., Gözüm, S. (2008). Yaşlı bireyler için "Aile Üyeleri Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirme Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliliği". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1, 5-18.
- [144]. Kim, H., Chang, M., Rose, K., Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 846-855. doi:10,1111/j.1365-2648.2011.05787.x
- [145]. Sugiura, K., Ito, M., Kutsumi, M., Mikami, H. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 64, 147-156. doi: 10,1093 / geronb / gbn005
- [146]. Pinquart, M., Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 61, P33-P45.
- [147]. Gitlin, L. N., Belle, S. H., Burgio, L. D., Czaja, S. J., Mahoney, D., Gallagher-Thompson, D. et al., (2003). Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: The REACH Multisite Initiative at 6-Month Follow-up. *Psychology and Aging*, 18(3), 361-374.
- [148]. Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving. (2004). *Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States*
- [149]. Oh, J., An, J.W., Oh, K-W., Oh, S-I., Kim, J.A., Kim, S.H., Lee, J.S. (2015). Depression and caregiving burden in families of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Korean Acad Nurs*, 45(2), 202-210. doi: 10,4040/jkan.2015.45.2.202

- [150]. Chung, M.L., Lennie, T.A., Mudd-Martin, G., Dunbar, S.B., Pressler, S.J., Moser, D.K. (2016). Depressive symptoms in patients with heart failure negatively affect family caregiver outcomes and quality of life. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 15(1), 30–38. doi: 10.1177/1474515114535329
- [151]. Fjellstrom, C., Starkenberg, A., Wesslen, A., Licentiate, M.S., Tysen Backstrom, A.C. Faxen-Irving, G. (2010). OmegAD Study Group. To be a good food provider: An exploratory study among spouses of persons with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 25, 521-526.
- [152]. Williams, C. (2011). Marriage and mental health: When a spouse has Alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs*, 25, 220-222.
- [153]. Leon-Salas, B., Javier Olazaran, J., Ruben Muniz, R., Gonzalez-Salvador, M.T., Martinez-Martin, P. (2011). Caregivers' estimation of patients' quality of life (QoL) in Alzheimer's disease (AD): An approach using the ADRQL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(1), 13–18. doi: 10.1016/j.archger.2010.05.021
- [154]. Chaudhuri, J.D., Das, S. (2006). The role of caregivers in the management of Alzheimer's disease: Examples from Asian countries. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 6(2), 11–18.
- [155]. Kannan, H., Bolge, S.C., Del Valle, M., Alvir, J., Petrie, C.D. (2011). The association between Alzheimer's disease symptom severity and caregiver outcomes: A cross-sectional study. *Prim Care Companion CNS Disord*, 13(3)
- [156]. Cassie, K.M., Sanders, S. (2008). Familial caregivers of older adults. In: Cummings SM, Kropf, Nancy P, eds. *Handbook of psychosocial interventions with older adults: Evidence-based approaches*. Philadelphia, PA: Haworth Press, 293–320.
- [157]. Naples, A.M., Chadiha, L., Eversley, R., Moreno-John, G. (2010). Reviews: Developing culturally sensitive dementia caregiver interventions: Are we there yet? *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 25, 389–406.
- [158]. Sansoni, J., Vellone, E., Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *Int J Nurs Pract*, 10, 93–100.
- [159]. Lutgendorf, S.K., Laundenslager, M.L. (2009). Care of the caregiver: Stress and dysregulation of inflammatory control in cancer caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 27(18), 2894–289.
- [160]. Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J.F., Dubois, O., Salamon, R. (2012). Needs and expectations of Alzheimer's disease family caregivers. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 60, 231-238.
- [161]. De Vugt, M.E.I., Jolles, J., Van Osch, L., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Verhey, F.R. (2006). Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: Findings from the prospective MAASBEDstudy. *Age Ageing*, 35, 160-166.
- [162]. Sherman, C.W. (2012). Remarriage as context for dementia caregiving: Implications of positive support and negative interactions for caregiver well-being. *Res Hum Dev*, 9(2), 165-182.
- [163]. Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C.L., Schmid, M., Barth, J., Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS One*, 12(7). doi: e0181442
- [164]. Hawkey, L.C., Thisted, R.A., Masi, C.M., Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*, 25(1), 132–41. doi: 10.1037/a0017805]
- [165]. Arslan Özkan, H. (2014). Hemşirelikte bilim, felsefe ve bakımın temelleri. *Akademi basın*, İstanbul, 1. baskı, ss 119-120.
- [166]. Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C.L., Ambler, A., Moffitt, T.E., et al. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: A behavioural genetic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(3), 339–48. doi: 10.1007/s00127-016-1178-7
- [167]. Stickley, A., Koyanagi, A., Kaposov, R., Blatny, M., Hrdlicka, M., Schwab-Stone, M. et al., (2016). Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents. *BMC Psychiatry*, 16, 128 doi: 10.1186/s12888-016-0829-2
- [168]. Yaşar, R.M. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 237-260.
- [169]. Akgül, H. (2016). Yalnızlık duygusu ve ölçümü. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 273-289.

- [170]. The campaign to end loneliness has more information about loneliness and isolation, including different types of loneliness. 10 Eylül 2017 tarihinde www.campaigntoendloneliness.org/about-loneliness/ adresinden erişildi.
- [171]. Thomas, J. (2015). Insights into loneliness, older people and well-being. London: Office for national statistics
- [172]. Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Thisted, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychol Aging* 25, 453–463. doi: 10.1037/a0017216
- [173]. Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, L., Balmes, J., Adler, N. (2013). Social isolation: A predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *Am. J. Public Health*, 103, 2056–2062. 10.2105/AJPH.2013.301261
- [174]. Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect. Psychol. Sci*, 10, 227–237. 10.1177/1745691614568352
- [175]. Holwerda, T.J., Van Tilburg, T.G., Deeg, D.J., Schutter, N., Van, R., Dekker, J. et al., (2016). Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the longitudinal ageing study Amsterdam. *Br. J. Psychiatry*, 209, 127–134. 10.1192/bjp.bp.115.168005
- [176]. Valtorta, N.K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102, 1009–1016. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790
- [177]. Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyyppä, M.T., Alanen E., et al. (2013). Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC Public Health*, 13, doi: 613. 10.1186/1471-2458-13-613
- [178]. Teo, A.R., Choi, H., Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: Ten-year follow-up from a nationally representative study. *PLoS ONE* 8 doi: e62396. 10.1371/journal.pone.0062396
- [179]. Rönkä, A.R., Taanila, A., Koiranen, M., Sunnari, V., Rautio, A. (2013). Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. *Int. J. Circumpolar Health*, 72, 1085. doi: 10.3402/ijch.v72i0.21085
- [180]. Holwerda, T.J., Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F., Van Tilburg, T.G., Stek, M.L., Jonker, C. et al., (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J. Neurol Neurosurg Psychiatr*, 85, 135–142. doi: 10.1136/jnn
- [181]. Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C., Neundorfer M. (2000). Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. *Issues Ment. Health Nurs*, 21, 779–806. doi: 10.1080/016128400750044279
- [182]. McRae, C., Fazio, E., Hartsock, G., Kelley, L., Urbanski, S., Russell, D. (2009). Predictors of loneliness in caregivers of persons with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord*, 15, 554–557. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.01.007
- [183]. Soylu, C., Özaslan, E., Karaca, H., Özkan, M. (2016). Psychological distress and loneliness in caregiver of advanced oncological inpatients. *J. Health Psychol*, 21, 1896–1906. doi:10.1177/1359105314567770
- [184]. Chukwuorji, J.C., Amazue, L.O., Ekeh, O.H. (2016). Loneliness and psychological health of orthopaedic patients' caregivers: Does gender make a difference? *Psychol. Health Med*, 22, 501–506. doi: 10.1080/13548506.2016.1173711
- [185]. Dementia and loneliness. Alzheimer's Australia Report (2016). 30 Kasım 2017 tarihinde <https://www.dementia.org.au/files/NATIONAL/documents/Dementia-and-Loneliness.pdf> adresinden erişildi.
- [186]. O'Connell, M.E., Germaine, N., Burton, R., Stewart, N. et al., (2013). Degree of rurality is not related to dementia caregiver distress, burden, and coping in a predominantly rural sample. *J Appl Gerontol*, 32, 1015–29.

- [187]. Aşiret, G.D., Kapucu, S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 73-80.
- [188]. Lök, N., Günbayı, İ., Buldukoğlu, K. (2015). Demansı olan birey ile yaşamak: Olgubilim çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2),91-99.
- [189]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/> (2017). AEK Araştırma ve Geliştirme Birimi
- [190]. İnci, F.H. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli
- [191]. Demir, A. (1989). UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, (23), 14-18.
- [192]. Sömek, A. (2008) İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyi ve etkili faktörlerin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- [193]. Zucchella, C., Bartolo, M., Pasotti, C., Chiapella, L., Sinforiani, E. (2012). Caregiver burden and coping in early-stage Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 26, 55-60.
- [194]. Kahn, P.V., Wishart, H.A., Randolph, J.S., Santulli R.B. (2016). Caregiver stigma and burden in memory disorders: An evaluation of the effects of caregiver type and gender. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1, 1- 5. doi:10.1155/2016/8316045
- [195]. Wajnberg, A., Soones, N.T., Smith, L.K., Russell, D., Ross, J.S., Federman, A. (2016). Identifying sociodemographic characteristics associated with burden among caregivers of the urban homebound. *Gerontol Geriatr Med*. Jan-Dec, 2. doi: 233372141666787.
- [196]. Yaşar, F. (2008). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [197]. Malak, A., Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-21.
- [198]. Germain, S., Adam, S., Olivier, C., Cash, H., Ousset, P.J., Andrieu, S., Vellas, B., Meulemans, T., Reynish, E., Salmon, E. (2009). ICTUS-EADC Network. Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis*, 17(1), 105-114.
- [199]. Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Kergoat, M.J., Coulombe, R. (2011). Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: A descriptive study. *Int J Nurs Stud*, 48, 1109-1119.
- [200]. Gelman, C.R., Greer, C. (2011). Young children in early-onset Alzheimer's disease families: Research gaps and emerging service needs. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 26, 29-35.
- [201]. Taşdelen, P., Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9, 22-9.
- [202]. Etters, L., Goodall, D., Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423-428.
- [203]. Şahin, Z.A., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-9.
- [204]. Siriopoulos, G., Brown, Y., Wright, K. (1999). Caregivers of wives diagnosed with Alzheimer's disease: Husband's perspectives. *Am. J. Alzheimers. Dis. Other Dement*, 14, 79-87. doi: 10.1177/153331759901400209
- [205]. Friðriksdóttir, N., Saevarsdóttir, T., Halfdánardóttir, S.Í., et al. (2011). Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, 50, 252-258.
- [206]. Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., Karayiannis, G. (2012). The burdensome and depressive experience of caring: What cancer, schizophrenia, and Alzheimer's Disease caregivers have in common. *Cancer Nursing*, 35(3), 187-194.
- [207]. Eğilli, Ç.E., Sunal, N. (2017). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *JAREN*, 3(2), 83-91.
- [208]. Salama, R.A.A., El-Soud, F.A.A. (2012). Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural Lower Egypt. *IJPH*, 9(4), 1-10.

- [209]. Altın, A., Aydın Avcı, İ. (2016). Evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 525-531. doi:10.5455/pmb.1-1456834579
- [210]. Sarı, D., Eşer, İ., Khorshid, L. (2010). Kansere hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1), 1-10.
- [211]. Pamuk, M., Abdullah, A., Kış, A. (2015). Investigation of theses in Turkey on loneliness in terms of gender: A meta-analytic study. *Eğitimde kuram ve uygulama, Journal of Theory and Practice in Education*, 11(4), 1392-1414.
- [212]. Gruffydd, E., Randle, J. (2006). Alzheimer's disease and the psychosocial burden for caregivers. *Community Pract*, 79, 15-18.
- [213]. Küçüköçlü, Ö., Şentürk Gönen, S., Akpınar Söylemez, B. (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *Dokuz Eylül Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (2), 68-78.
- [214]. Wezel, N., Francke, A.L., Kayan Acun, E., Ljm Deville, W., Grondelle, N.J., Blom, M. M. (2016). Family care for immigrants with dementia: The perspectives of female family carers living in the Netherlands. *Dementia (London)*, 15(1), 69-84.
- [215]. Shim, B., Barroso, J., Davis, L.L. (2012). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 220- 229.
- [216]. Orak, O.S., Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.
- [217]. Selçuk, K., Avcı, D. (2015). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1)
- [218]. Raccichini, A., Spazzafumo, L., Castellani, S., Civerchia, P., Pelliccioni, G., Scarpino, O. (2015). Living with mild to moderate Alzheimer patients increases the caregiver's burden at 6 months. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(5), 463-467.
- [219]. Alvira, M.C., Risco, E., Cabrera, E., Farre, M., Rahm-Hallberg, I., Bleijlevens, M.H., Meyer, G., Koskeniemi, J., Soto, M.E., Zabalegui, A. (2015). Right time place care consortium. The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: A cross-sectional study. *Journal of Advance Nursing*, 71(6), 1417-34.
- [220]. Wackerbarth, S., Johnson, M. (2002). Essential information and support needs of family caregivers, patient education and counseling, 47, s.95-100.
- [221]. Chien, L.Y., Chu, H., Guo, J.L., Liao, Y.M., Chang, L.I., Chen, C.H., et al. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089-1098.
- [222]. Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M.G., King, C., et al., (2015). Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well Being*, 7(2), 230-248.
- [223]. Yektatalab, S.H., Kaveh, M.H., Sharif, F., Fallahi Khoshknab, M., Petramfar, P. (2012). Characteristics of care and caregivers of Alzheimer's patients in elderly care homes: A qualitative research. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(5), 294-9.
- [224]. Waelde, L.C., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *J Clin Psychol*, 60, 677-87.
- [225]. García-Alberca, J.M., Lara, J.P., Berthier, M.L. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *Int J Psychiatry Med*, 41(1), 57-69.
- [226]. Beeson, M.A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Arch Psychiatr Nurs*, Jun, 17(3), 135-43.
- [227]. Hausner, L., Frölich, L., Gardette, V., Reynish, E., Ousset, P.J., Andrieu, S. et al., (2010). Regional variation on the presentation of Alzheimer's disease patients in memory clinics within Europe: Data from the ICTUS study. *J Alzheimers Dis*, 21(1), 155-165.
- [228]. Maslow, K. (2004). Dementia and serious coexisting medical conditions: A double whammy. *Nursing Clinics of North America*, 39, s.561-579.

EKLER

EK I. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKLERİ İLE YALNIZLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu “ Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki”adlı araştırma kapsamında bakım yüğü ile yalnızlık arasındaki ilişki hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Anket formunda sosyo-demografik özelliklere ilişkin 36 soru, bakım yüğü ölçeğinde 24 soru, UCLA-LS Yalnızlık ölçeğinde 20 soru olmak üzere toplam 80 soru yer almaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Sabire Yurtsever

Tel: 0532 492 98 16

BÖLÜM I BAKIM VERENE YÖNELİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?(.....)

2. Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlköğretim mezunu

☐ Ortaöğretim mezunu

☐ Yüksek öğretim mezunu

☐ Diğer (Belirtiniz.....)

4. Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

5. Çocuğunuz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

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

7. Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?

☐ Gelir Giderden Az
☐ Gelir Gidere Eşit
☐ Gelir Giderden Fazla

8. Sağlık güvenceniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

9. Nerede yaşıyorsunuz?

☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

10. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Eş
☐ Eş ve çocuklar
☐ Çocuklar
☐ Diğer (Belirtiniz.....)

11. Şu anda çalışıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

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

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

BÖLÜM II

BAKIM VERMEYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1.Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

☐ Eşi ☐ Kızı ☐ Oğlu ☐ Gelini ☐ Kardeşi
☐ Akraba(Belirtiniz.....)

2. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

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

3. Hasta ile aynı evde birlikte mi yaşıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?

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

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

☐ Evet ☐ Hayır

6. Yanıtınız “evet” ise kime bakım verdiniz? (Belirtiniz.....)

7. Ne kadar süre bakım verdiniz? (Belirtiniz.....)

8. Hastanıza bakım verirken destek alıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Yanıtınız “Evet” ise kim / kimlerden? (Belirtiniz.....)

10. Aldığınız desteğin türü nedir?

☐ Fiziksel bakım
☐ Maddi yardım
☐ Psikolojik destek
☐ Diğer (Belirtiniz.....)

11. Hastanıza bakım verme nedeniyle hayatınızda etkilenen alanları belirtiniz.

☐ Kendime zaman ayıramama (Açıklayınız.....)
☐ Eş ve çocuklarıma zaman ayıramama
☐ İşimi bırakmak zorunda kalma
☐ Maddi güçlükler yaşama
☐ Sosyal etkileşimde azalma
☐ Psikolojik güçlükler yaşama (Açıklayınız.....)
☐ Fiziksel sağlığımda bozulma (Açıklayınız.....)

BÖLÜM III

HASTAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız? (.....)

2. Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın
☐ Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur Yazar Değil
☐ Okur Yazar
☐ İlköğretim Mezunu
☐ Ortaöğretim Mezunu
☐ Yüksek öğretim Mezunu
☐ Diğer (Belirtiniz.....)

4. Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli
☐ Bekar

5. Çocuğunuz var mı?

☐ Yok
☐ 1-2
☐ 3 ve üstü

6. Sosyal güvenceniz var mı?

☐ Var
☐ Yok

7. Hastanız ne zaman Alzheimer hastalığı tanısı aldı? (Belirtiniz.....)

8. Hastalığın evresi nedir?(Belirtiniz.....)

9. Hastanızın birlikte yaşadığı kişi/kişiler kimlerdir?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Eşi | ☐ Kızı |
| ☐ Oğlu | ☐ Gelini |
| ☐ Torunu | ☐ Akraba |
| ☐ Bakıcı | |

10. Hastanız nerede yaşıyor?

- | | |
|--|--|
| ☐ Kendi evi | ☐ Huzurevi |
| ☐ Bakım veren yakının evi | ☐ Diğer (Belirtiniz.....) |

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

- | | |
|--|------------------------------|
| ☐ Var (Belirtiniz.....) | ☐ Yok |
|--|------------------------------|

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

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Var | ☐ Yok |
|------------------------------|------------------------------|

13. Hastanızın hastalığına yönelik sürekli uyması gereken özel bir diyeti var mı?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Var | ☐ Yok |
|------------------------------|------------------------------|



EK II. BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Ailede bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakımverdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor. 0 Puan: Hiç Tanımlamıyor 1 Puan: Az Tanımlıyor 2 Puan: Orta Derecede Tanımlıyor 4 Puan: Çok Tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor	Az Tanımlıyor	Orta Derece 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 yardımıma 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, tualete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımıma 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 kızgıyım.					
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 III. UCLA-LS YALNIZLIK ÖLÇEĞİ**EK III. UCLA-LS (YALNIZLIK ENVANTERİ)**

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşüncüyü ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	Ben bu durumu hiç yaşamadım	Ben bu durumu nadiren yaşarım	Ben bu durumu bazen yaşarım	Ben bu durumu sık sık yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok	1	2	3	4
4. Kendimi tek başıyaymışım gibi hissetmiyorum	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım	1	2	3	4
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim	1	2	3	4
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	1	2	3	4
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	1	2	3	4

18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var	1	2	3	4



EK IV. ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI



Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
06.07.2017	13	2017/250

Hemşirelik Anabilim Dalından gelen 04.07.2017 tarihli, 459751 sayılı, yüksek lisans tez önerisi konulu yazı ve ekleri üzerinde görüşüldü.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Gamze TOKER TEKİN'in "Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez önerisinin "Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin 24. maddesi uyarınca, kabul edilmesine kararın; Anabilim Dalı Başkanlığına ve öğrenci işlerine bildirilmesine oybirliği ile karar verildi


Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
(Müdür)


Doç. Dr. Uğur DAL
(Müdür Yardımcısı)


Yrd. Doç. Dr. Mahmut ÜLGER
(Müdür Yardımcısı)

(İzinli)
Prof. Dr. Öztekin ALGÜL
(Üye)

(İzinli)
Doç. Dr. Meral ALTIOK
(Üye)


Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
(Üye)

EK-V ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİNE YÖNELİK İZİN YAZISI



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Mersin Üniversitesi - NÖROLOJİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
Tarih: 24/08/2017 09:33
Sayı: 77557299-622.03-
E.00000503316



E.00000503316

Sayı : 77557299-622.03
Konu : Araştırma İzni

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 21/07/2017 tarih ve 472831 sayılı yazınız.

İlgi yazıda belirtilen Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze TOKER TEKİN'in "Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki" konusu ile ilgili araştırma yapması anabilim dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Mustafa Serhan SEVİM
Anabilim Dalı Başkanı

e-imzalıdır
Prof.Dr. Mustafa Kemal YAZICI
Bölüm Başkanı



Adres: Mersin Üniversitesi, Sağlık
Araştırma ve Uygulama Hastanesi,
Çiftlikköy Kampüsü, 33343, Yenişehir,
MERSİN
E-posta:
Telefon: +90 0 324 241 00 00/2641

Ayrıntılı bilgi için: Cevdet CİNGİ

Fax: +90 0324 241 241 00 92
Elektronik ağı: www.mersin.edu.tr



1 / 1

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden d7bda76-bdc4-4601-96a6-bbf8d6c6ef75 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK VI. ETİK KURUL KARARLARI

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
13/07/2017	13	218

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 07/07/2017 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, ilgili kurumdan alınacak olan izin belgesinin başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürütülükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Yardımcısı

(Katılmadı)
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

İmza
Prof. Dr. Murat BOZLU
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

İmza
Doç. Dr. İsmail ÜN
Üye

İmza
Yrd. Doç Dr. M. Türcan IŞIK ERER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

İmza
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

(Katılmadı)
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye

27.03.2018

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

ASLI GİBİDİR

AYLA DURDU
Etik Kurul
Sekreteri

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüktü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Mersin Üniversitesi Çiflikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenişehir/Mersin
	TELEFON	0 324 361 00 01 / 4417
	FAKS	---
	E-POSTA	meukaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Sabire YURTSEVER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz-Anket Çalışması-Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

27.03.2018

ASLI GİBİDİR

AYLA GÜRDÜ
Etik Kurul
Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüktü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Murat BOZLU	Üroloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İsmail ÜN	Tıbbi Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Tıbbi Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ	Kardiyoloji	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Mezitli Belediyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

(Signature)

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

27.03.2018
ASLI GIBİDİR

ALA DURDU
Etik Kurul
Sekreteri

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüktü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒			
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER: GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	☒			
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ	☒			
	3 ADET LİTERATÜR	☒			
	DİĞER	☒	-Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüktü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Anket Formu -Çalışmanın Tez Olduğuna İlişkin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı, 07.07.2017		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017/217	Tarih: 13.07.2017			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Selma ÜNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

27.03.2018
ASLI GİBİDİR

AYLA DURDU
Etik Kurul
Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı :Gamze TOKER TEKİN

Doğum Tarihi : 28.01.1987

E-mail : gamze_toker1670@hotmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ege Üniversitesi	2005-2010
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Mersin Üniversitesi	2016-2018

Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	2010-2011
Hemşire	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2014
Öğretmen	Mersin Erdemli Akdeniz Anadolu Lisesi	2014-2017
Öğretmen	Mersin Sabiha Çiftçi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2017-Halen