



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE RUHSAL
BELİRTİLER**

Ümmühan DİKİLİLER

**Danışmanı
Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEMMUZ/2020

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında/Programında Ümmühan Dikililer tarafından hazırlanan
Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Ruhsal Belirtiler Başlıklı tez çalışması aşağıdaki
jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan/Üye: Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL

İMZA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....

Danışman/Üye: Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

İMZA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Sevinç MERSİN

İMZA

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

.....

Üye: Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Üniversite Adı,

Ana Bilim Dalı Adı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 27/07/2020

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Vekili

Prof. Dr. Yalçın ÖZKAN

Tezin Teslim Edildiği Tarih: 27/07/2020

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Ümmühan DİKİLİLER

27.07.2020

ÖZET

Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Ruhsal Belirtiler

Amaç: Alzheimer hastalığı olan bireylere bakım vermek hastanın uygun olmayan davranışları ve hastalık ilerledikçe bakım verene bağımlı olması nedeniyle hem fiziksel hem de ruhsal açıdan oldukça yorucu, yıpratıcı bir görevdir. Bu nedenle bakım verenlerin ruhsal iyilik halleri önemli yer tutmaktadır. Literatürde Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükünü belirlemek için yapılan birçok araştırma olmasına rağmen, bakım yükü ve ruhsal belirtilerinin birlikte incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Bu araştırma; Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ve ruhsal belirtilerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji, İç Hastalıkları ve Geriatri Anabilim Dalı polikliniklerinde Ocak 2020- Haziran 2020 tarihleri arasında tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Alzheimer tanısı ile ayaktan takip ve tedavi gören hastalara bakım veren 117 birey dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Veri Toplama Formu, Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (BVYE), Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Analizler SPSS 22.0 Windows paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde Mann-Whitney U test, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalar için ise Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Üç ve üzerindeki grup karşılaştırmalarındaki alt grup analizlerinde anlamlılık düzeyini belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmış olup alt grup karşılaştırmalarında Tamhane Post Hoc analizi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin BVYE puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi ve hasta ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verenlerin KSE puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma durumu ve hasta ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca BVYE ve KSE arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre kadın, evli, çalışmayan, gelir düzeyi düşük ve hastanın çocuğu olan bakım verenlerin bakım yükü daha fazladır. Kadın, bekar, çalışan ve akraba olan bakım verenlerde ruhsal belirtilerin daha sık grldğu saptanmıştır. Ayrıca bakım yükü arttıkça ruhsal belirtilerin sıklığı da artmaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarının Alzheimer hastalarına bakım verecek bireylere yönelik planlanacak psikososyal girişimler için yol gsterici olacağı dşnlmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer Hastalığı, Bakım Yükü, Ruhsal Belirtiler



ABSTRACT

Care Burden and Mental Symptoms in Caring for Alzheimer's Patients

Objective: Caring for individuals with Alzheimer's disease is a very tiring, wearful task, both physically and mentally, due to the patient's inappropriate behavior and dependence on the caregiver as the disease progresses. Therefore, the mental well-being of caregivers has an important place. Although there are many studies in the literature to determine the burden of care in Alzheimer's patients, studies examining the burden of care and psychological symptoms together are limited. This research; It was carried out to determine the burden of care and psychological symptoms in Alzheimer's patients.

Materials and Methods: Descriptive research was carried out in Ankara Gülhane Training and Research Hospital, Department of Neurology, Internal Diseases and Geriatrics, between January 2020 and June 2020. The study included 117 individuals who were followed-up and treated with the diagnosis of Alzheimer's. Data Collection Form, Caregiver Burden Inventory (CBI), Brief Symptom Inventory (BSI) were used to collect the data. Analyzes were made with SPSS 22.0 Windows package program. The Mann-Whitney U test was used to analyze the data, and the Kruskal-Wallis tests were used for comparisons of three groups and above. Bonferroni correction was made to determine the level of significance in subgroup analyzes in group comparisons of three or more, and Tamhane Post Hoc analysis was used in subgroup comparisons. Spearman Correlation test was used to examine the relationships between parameters.

Results: A statistically significant difference was found the mean CBI scores of the caregivers between gender, marital status, employment status, income level, and the patient intimacy ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found the mean

BSI scores of caregivers between gender, marital status, employment status in an income-generating job and patient intimacy. In addition, there is a statistically significant positive relationship between CBI and BSI ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results, care burden is more in the women, married, unemployed, low income and patient child caregivers. It has been determined that mental symptoms are more common in women, single, working and relative caregivers. Also as the care burden increases, the frequency of mental symptoms are increases. The results of this study are thought to be a guide for psychosocial interventions to be planned for individuals who will care for Alzheimer's patients.

Keywords: Alzheimer's Disease, Care Burden, Mental Symptoms

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimine başladığım günden beri her türlü yardım ve desteğini hissettiğim, tez çalışmamın her aşamasında büyük yardımını gördüğüm, kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile beni yönlendiren değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ' e,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli katkılarıyla yanımda olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ' a,

Çalışmam boyunca tüm zorluklara benimle katlanan, her konuda bana maddi manevi destek olan, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, tez dönemimin tüm sıkıntılarında yanımda olan ve beni her zaman motive eden çok kıymetli eşim Mehmet Aytuğ DİKİLİLER' e, tüm sıkıntılı dönemimde varlıkları ile bana hayat ve neşe kaynağı olan biricik çocuklarım İrem Defne DİKİLİLER' e ve Mete Alp DİKİLİLER' e,

Tez dönemi boyunca her zaman bana destek olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli arkadaşım Uzm. Hem. Aslı TEKAÜT' e, değerli arkadaşım Uzm. Hem. Berrin ABALI' ya, değerli arkadaşım Şefika YILDIRIM' a, varlığını her zaman yanımda hissettiğim, en zor anlarımda hep yanımda olan değerli arkadaşım Derya BAŞOĞUL' a, araştırmanın örnekleme katılmaya gönüllü olan tüm katılımcılara,

Eğitim ve iş hayatım boyunca bana her konuda büyük fedakârlık yapan, beni daima cesaretlendiren, benimle her zaman gurur duyan çok kıymetli babam Ramazan ULUCAN' a ve çok kıymetli annem Halime ULUCAN' a,

En derin duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

Ümmühan DİKİLİLER

ANKARA 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Alzheimer Hastalığı.....	3
2.1.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı	3
2.1.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri	3
2.1.4. Patogeneze.....	6
2.1.5. Alzheimer Hastalığında Klinik	7
2.1.6. Alzheimer Hastalığının Klinik Evreleri	10
2.1.7. Alzheimer Hastalığında Tedavi	14
2.2. Alzheimer Hastalığında Bakım Verme ve Bakım Yüğü	14
2.2.1. Bakım Verme	14
2.2.2. Bakım Yüğü.....	15
2.2.3. Bakım Veren Yüğü Etkileyen Faktörler	15
2.2.4. Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar	16

3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5.1. Hasta ve Yakınlarını Tanıtıcı Veri Toplama Formu (Bk. Ek 1)	21
3.5.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) (Bk. Ek 2).....	21
3.5.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Bk. Ek 3)	23
3.6. Verilerin Toplanması.....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	26
4.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüküne İlişkin Bulgular	29
4.3. Bakım Verenlerin Ruhsal Belirtilerine İlişkin Bulgular.....	33
4.4. Bakım Verenlerin Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ile Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişki	37
5. TARTIŞMA	40
5.1. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulguların Tartışılması	40
5.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Belirtilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.3. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	44
6. SONUÇLAR	46
7.KAYNAKLAR	48

8. EKLER.....	55
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	69



TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1.6.1. Alzheimer Hastalığının Erken Evresi	11
Tablo 2.1.6.2. Alzheimer Hastalığının Orta Evresi.....	12
Tablo 2.1.6.3. Alzheimer Hastalığının İleri Evresi	13
Tablo 4.1.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri	26
Tablo 4.1.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özellikleri	28
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	29
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.2.3. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.2.4. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.2.5. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.2.6. Katılımcıların Yakınlık Derecesine Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.3.1. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut ve Global İndeks Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 4.3.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.3.3. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.3.4. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.3.5. Katılımcıların Yakınlık Derecesine Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37

Tablo 4.4.1 Katılımcıların BVYE ile KSE Arasındaki Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Doğrusal İlişki.....	38
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR

AH: Alzheimer Hastalığı

NICE: Sağlık ve Bakım Mükemmellik Ulusal Enstitüsü (The National Institute for Health and Clinical Excellence)

APP: Amiloid Prekürsör Protein

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

DSM: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).

TUEK: Tıpta Uzmanlık Etik Kurulu

BVYE: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri

KSE: Kısa Semptom Envanteri

RCİ: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

BTİ: Belirti Toplamı İndeksi

SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

CBI: Caregiver Burden Inventory

BSI: Brief Symptom Inventory

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Alzheimer hastalığı özellikle beyinde bellekle ilgili hücrelerin geri dönüşümsüz olarak kaybına sebep olan, unutkanlık, hatırlamada, konuşmada ve duygularda bozukluğa neden olan, çeşitli mental ve davranışsal bozukluklara yol açan ilerleyici bir beyin hastalığıdır (1-4). Hastalık, bulgular başladıktan sonra yaklaşık 2-20 yıllık bir süreç izler, fakat genel olarak 8-10 yıl içinde hasta yaşamını yitirir. Hastalık erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evreden oluşmaktadır (5). Hastalığın ilk ve orta evrelerinde hastalar kendi işlerini kısmen yapabilirken, ilerleyen safhalarda başkalarının bakımına ihtiyaç duyarlar ve bağımlı hale gelirler. Hastalığın kronik ve ilerleyici olması nedeniyle hastanın bilişsel işlevlerindeki bozulmalar hasta kadar, hastaya bakacak kişi/kişiler için de zorlu bir sürecin yaşanmasına neden olmaktadır (1,6).

Hastaların bakım sürecini üstlenen ve hastanın evdeki yaşam kalitesini artıran bakım verenler çoğunlukla hasta yakınları olmakla birlikte bazen yabancı bakıcılar da olabilmektedir (1,7,8). Bakım verenler zamanının büyük bir kısmını hastasına ayırmak zorunda kalmakta ve bu süreçte ve psiko-sosyal, ekonomik ve sağlık sorunları yaşamaktadırlar (1). Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım yükünün fazla olması bakım verenin sağlığını ve verilen bakımın kalitesini de olumsuz etkilemektedir (9). Literatürde Alzheimer hastalarının işlevselliklerinin artırılmasında kaliteli bir bakımın olması gerektiği vurgulanmaktadır (10).

Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yapılan çalışmalarda bakım verenlerinin bakım yükünün fazla olduğu, anksiyete, depresyon gibi ruhsal belirtilerin görüldüğü ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (11,12,13). Literatürde Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükünü belirlemek için yapılan birçok araştırma (7,11,14,15) olmasına rağmen, bakım yükü ve ruhsal belirtilerinin birlikte incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın sonuçları Alzheimer hastalarına bakım verecek bireylere yönelik girişimler için yol gösterici olacaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ve ruhsal belirtileri belirlemektir.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0 Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükü azdır

H1 Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükü fazladır.

H0 Alzheimer hastalarına bakım verenlerde ruhsal belirtiler yoktur.

H1 Alzheimer hastalarına bakım verenlerde ruhsal belirtiler vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALZHEİMER HASTALIĞI

2.1.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Yaygın görülen bir demans türü olan Alzheimer hastalığı (AH) beyin korteksinin sorumlu olduğu üst düzey işlevlerin bozulması ve entelektüel gerileme ile çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşamsal aktivitelerde azalmaya sebep olan, ilerleyici ve kronik bir hastalıktır (1-4).

2.1.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi

Klinik-patolojik serilerde tüm demans vakalarının %60-80'ini oluşturan AH, Avrupa ve Amerika'nın en yaygın demans sebebidir. Yaş, hastalığın asıl risk faktörüdür. 65 yaş üzerindeki kişilerde AH' nin görülme sıklığı %6-10 iken, 85 yaş üzerindeki kişilerde %30-50 oranlarına çıkmaktadır. 2000 yılı verilerine göre AH olan kişi sayısı sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde 4,5 milyondur (16). Her yıl 75 yaş altında %1-4, 75-84 yaş aralığında %19, 85 yaş ve üzerinde %47 oranında yeni AH vakası kaydedilmektedir. Dünya Alzheimer Raporu'nun prevalansı 65-69 yaş aralığında %2 iken, bu oran 90 yaşında %25'lere çıkmaktadır. 2011 yılı verilerine göre AH' nin insidans oranları 65-69 yaş aralığında yaklaşık %0,4 iken, 90 yaşında bu oran %10'lara çıkmaktadır. 65 yaş üstü prevalans Çin'de %6,4, ABD'de %6,3, İngiltere'de %6,1, Fransa'da %3,6 olarak bildirilmiştir (6).

2.1.3. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri

Risk faktörleri bireyin kendine özgüdür ve kendi başına hastalık nedeni değildir. Kesinlik ifade etmemekle birlikte AH' nin gelişmesini arttıracak bir ihtimalin göstergesidir (17). AH için risk faktörleri şunlardır:

2.1.3.1. Yaş

Yaşlanma, AH ve diğer demanslar için en önemli risk faktörüdür. Hastalığın sıklığı 65 yaş sonrasında her beş yılda iki katına ulaşmakta ve 85 yaş üzerinde %30-40 oranına çıkmaktadır. AH, %5 oranında erken başlangıçlı 60 yaş altında görülürken,

büyük çoğunluğu geç başlangıçlı 65 yaş üstünde görülmektedir. Yaş belirgin bir risk faktörü olmasına karşın tek faktör değildir (18).

2.1.3.2. Cinsiyet

AH, cinsiyet hormonlarından etkilenmektedir. Beyni koruyucu etkisi olan östrojenin menopozda eksikliği AH' ye sebep olabilmektedir. Menopozun etkilerine bağlı hormonların değişmesi, çevresel ve genetik faktörlerin etkisi sonucu erkeklere göre kadınlardaki risk artmaktadır (19).

2.1.3.3. Genetik faktörler

AH' de yaştan ilerlemesi ile birlikte aile öyküsü de önemli bir risk faktörüdür. Bireyin birinci derece akrabasında AH bulunması durumunda risk 4 kat artmaktadır. İki veya daha fazla birinci derece akrabasında AH bulunan bireylerde bu risk daha da fazlaşmaktadır (20). İstatistiksel olarak AH' den hayatını kaybedenlerin %75'i kalıtsal nedenlidir. Hayatta olan ve risk altında bulunan kişilerin %50'si ailesel otozomal dominant hastalıklardan etkilenmektedir. AH üzerinde yapılan gen çalışması sonucunda bulunan ApoE4 alleli AH' nin genetik risk faktörü olduğunu doğrulamakla birlikte hem erken hem de geç başlangıçlı AH riskini artırmaktadır (21).

2.1.3.4. Down sendromu

AH' nin majör risk faktörlerinden biri de kalıtsal bir hastalık olan Down sendromudur. 35 yaşın üzerindeki Down sendromlu bireylerde AH olma riski yüksektir. AH açısından en önemli risk, Down sendromunda, AH' ye yol açan protein olan amiloid prekürsör proteinin (APP) 21. kromozomda bulunmasıdır (22).

2.1.3.5. Hipertansiyon

Yüksek tansiyon damar duvarında sertleşmeye ve hasara sebep olur ve beyin kan dolaşımını etkileyerek tıkanıklık oluşumuna yol açar. Bu durum bilişsel bozukluğa sebep olup AH riskini 5-10 kat artırmaktadır. AH' nin damar tıkanıklığı ile ilişkili olduğu görülmüştür (23).

2.1.3.6. Diyabetes Mellitüs

İnsülin, kan glikozu, lipoprotein metabolizmasındaki anormallikler, hipertansiyon, obezite gibi birçok vasküler risk faktörünün bir arada olduğu metabolik sendromun, AH sıklığını artırıcı bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Uzun süreli kontrolsüz hipergliseminin beyinde nörodejeneratif (beyin hasarı) değişikliklere direkt etkisi veya diyabetiklerde sık hipoglisemilere bağlı olarak da oluşan beyin hasarı AH'yi kolaylaştıran bir faktör olabilir (23).

2.1.3.7. Sigara

Sağlık ve Bakım Mükemmellik Ulusal Enstitüsü [The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)] raporlarında sigara içmek kan dolaşımının bozulmasına neden olmakta ve AH tipi demansa yakalanma riskini artırmaktadır (24).

2.1.3.8. Alkol

Alkol tüketimi demans nedeni olarak gösterilmektedir. Aynı zamanda orta yaşta çok fazla alkol tüketimi ApoE4 alleli taşıyanlarda 3 kat daha fazla risk oluşturmakta ve beyinde atrofi ve volüm azalmasına neden olmaktadır (25).

2.1.3.9. Obezite

Obeziteye bağlı AH belirtilerinin gelişmesi hastalığın 10 yıl önceden başlama riskini artırmaktadır. Yaş ve cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte kadınlar daha yüksek riske sahiptirler (26).

2.1.3.10. Depresyon

Alzheimer hastalarında depresyon sık görülen bir hastalıktır. AH başlamadan önce genellikle depresyon belirtileri görülür. Bilişsel düzeyde fonksiyonların azalmaya başlaması ile daha sonra depresyon ve AH gelişmektedir (27).

2.1.3.11. Kafa travması

Kafa travmasının AH'ye nasıl yol açtığıнын biyolojik mekanizması kesin bilinmemekle birlikte travmanın nöronal hasara sebep olarak A β amiloid birikimini

artırıp daha sonra amiloid plaklara dönüştüğü, hayvan ve insan çalışmalarında belirtilmiştir (28,29).

2.1.3.12. Sosyoekonomik durum

Yüksek sosyoekonomik durum AH gelişme riski açısından düşük bulunmaktadır. Ancak sosyal çevre ilişkilerinin azalması bilişsel düzeyin azalmasına sebep olabilmektedir. Orta yaştan ileri yaşa doğru sosyal uğraşının giderek azalması ileri yaşta demans ve AH riskini iki kat artırmaktadır. (23).

2.1.4. Patogenez

Nöropatolojik Özellikler

Demans sendromlarına tanısall yaklaşımda, özellikle son yıllarda, çeşitli teknolojik araç-gereçler geliştirilmiş olmasına rağmen, AH' nin kesin tanısı otopsi ile konabilmektedir. Hastaların beyinlerinin makroskopik incelemesinde tüm beyinde atrofi, sulkuslarda genişleme, nöron sayısında azalma, amiloid plaklar, nörofibriler yumaklar, giruslarda küçülme (en belirgin frontotemporal alanlarda ve parahipokampal girusa) ve doku kaybına bağlı olarak ventrikül genişlemesi gözlenir (30).

Amiloid plaklar: Amiloid Prekürsör Protein (APP), 21. kromozomda kodlanan ve işlevi net olarak bilinmeyen bir proteindir. AH' de önemli bir faktör olan amiloid plaklar, APP'nin proteolitik enzimler tarafından hatalı kesilmesi sonucu oluşur. Bununla birlikte 21. kromozomda kodlanan APP' nin, 21. kromozom trizomisi olan Down sendromlu bireylerde daha fazla kodlanmasının sonucu olarak erken yaşta AH patolojisinde etkili olduğu saptanmıştır (31).

Nörofibriler yumaklar: Nörofibriler yumakların kendine özgü dağılım özellikleri vardır. Aynı zamanda, normal yaşlılıktan AH sürecine geçişini ve hastalığın klinik olarak erken evreden ileri evreye ilerleyişini yansıtmaktadır. Aynı yaşta ve demansı olan bir bireyde nörofibriler yumak sayısı artmıştır (32).

2.1.5. Alzheimer Hastalığında Klinik

AH kliniğinin sinsi başlayıp yavaş seyirli olması en önemli özelliğidir. Hastalardan ya da yakınlarından öykü alınırken, yakınmaların başlangıç zamanının net olarak söylenememesindeki belirsizlik yaşlılıkta unutkanlığın normal olduğu gibi yanlış bir inanişla beraber, hastaların hekime başvuru zamanını geciktirmektedir (33).

2.1.5.1. Kognitif Belirtiler

Kognitif belirtiler arasında bellek alanına ait belirtiler en yaygın olanlarıdır (34). Tipik bellek yakınması başlangıç ve seyrin erken evresinde yakın dönem olaylarının hatırlanmamasına ilişkin olmasıdır. Bu yakınmanın günlük yaşamdaki yansıması, özel isimlerin, özel eşyanın konulduğu yerin, randevuların, ailenin yıldönümleri gibi önemli günlerinin unutulması, soru ve olay tekrarları şeklindedir. Hastanın kendisini ifade ederken aradığı kelimeyi bulamaması veya dış mekanda yolunu bulamaması gibi durumların da sıklıkla hasta veya yakını tarafından unutkanlık olarak ifade edilebilir (35).

2.1.5.2. Davranışsal Belirtiler

Davranışsal ve psikolojik belirtiler Alzheimer hastası olan bireyler arasında çok belirgin farklılıklar göstermektedir. AH' nin erken evrelerinden itibaren kişilik değişiklikleri görülmeye başlar ve hastalık ilerledikçe de bu değişiklikler daha belirgin hale gelmektedir. Kişilik değişikliği özellikleri arasında apati (ilgisizlik), uyumsuzluk, aldırmaçlık, mantıksızlık, impulsivite (dürtüsellik), irritabilite, şüpheçilik, talepkarlık ve eleştiricilik gibi belirtiler sıralanabilir (36).

AH' nin seyrinde hastalık öncesi kişiliğın davranış ve psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli olmakla birlikte hastalık öncesinde şüpheci, agresif ve kontrol etme davranışına sahip olan bireylerde ileride bu belirtilerin görülmesi oranlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (37).

Bireylerin yemek yeme alışkanlıklarında görülen davranış değişiklikleri Alzheimer hastalarında yaygın olarak görülen diğer belirtilerdir. Hastalığın orta

evrelerinden itibaren sıklıkla anoreksi, iştahın artması ve diyet değişiklikleri görülmektedir (14).

2.1.5.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

AH olan bir bireyin günlük yaşam aktiviteleri, hastalığın erken evresinde bireyin kendisine yabancı olan mekân ve yerlerde yolunu kaybetmesi, banka kartları ve cep telefonu kullanımı gibi durumlarda belirgin iken, hastalığın orta evresinde evde yemek yaparken yemeğini sıklıkla yakması, bıçak, çatal, makas gibi ev aletlerinin kullanılmasında zorluklar, kendi kişisel bakımında ve temizlikte yetersizlik şeklinde kendini göstermektedir. Hastalığın ilerlemesi ile bireyde tuvalet temizliği, giyinme, yıkanma gibi temel ihtiyaçları için yardıma gereksinim duyacak seviyede bozulmalar meydana gelebilir (38).

2.1.5.4. Duygudurum Bozuklukları

Alzheimer hastalarında görülen duygudurum bozuklukları anksiyete, fobi, majör depresyon, emosyonel labilite (değişken ruh hali) ve irritabilite gibi durumlara tepkileri içerir (39).

AH' de duygudurum bozuklukları tedirginlik, huzursuzluk, devamlı yer ve mekan değişiminde bulunma, yerinde duramama veya her şeyden çok çabuk sıkılma olarak kendini göstermektedir. Mani, uygun olmayan neşe, uygunsuz öfkelenme, duygudurum dalgalanmaları, grandiozite, saldırganlık gibi davranışların bazılarının birlikte görülmesi şeklinde olabilmektedir (40).

Depresyon hali demansın erken evrelerinde daha sık görülmekte ve üzüntü, ağlama ve hafif vejetatif belirtiler ile kendini göstermektedir. Hastalığın orta evrelerinde görülen duygusal labilite, ajitasyon, fiziksel yakınmaların artması, sosyal yönden içine kapanma gibi belirtiler doğrudan depresyon ile ilişkili olabilmektedir. Ajitasyon ve psikomotor değişiklikler AH' de oldukça sık görülmektedir. Alzheimer olan hasta bireylerde görülebilen diğer duygudurum bozuklukları irritabl, disforik mood, öfori, hipomani ve mani şeklindedir. AH olan bireylerde görülen bu duygudurum bozukluklarının sıklık oranı %3 ile %17 arasında olduğu bildirilmektedir (15).

2.1.5.5. Algı Bozuklukları

Halüsinasyonlar Alzheimer hastalarındaki bilişde hızlı bozulma ve daha hızlı kötüleşen bir hastalık seyriyle ilişkilendirilmiş olup, algı bozukluğu olan hastalarda algı bozukluğu olmayan hastalara göre işlevsel yetiler daha fazla etkilenmiştir (39). Alzheimer hastalarında orta evreye doğru, aynadaki yansımalarını başka birisi olarak algılayıp onunla konuşma, evde aile bireylerinin dışında başka kişiler olduğuna inanma ve tanıdık yüzleri hatırlayamama gibi yanlış identifikasyonlar (özdeşim) görülmektedir (41).

2.1.5.6. Düşünce Bozuklukları

Hastalar tarafından yaygın olarak görülen hezeyanlara örnek olarak başkalarından kötülük görme, eşyalarının çalınması, evinin ve yaşamakta olduğu yerin değişmesi, etrafında olan insanların aslında olması gereken insanlar olmadığı (Capgras Sendromu), yaşadığı evde yabancıların yaşadığı (Phantom Border) veya televizyonda gördüğü kişilerin aslında evin içinde oldukları düşüncesi (picture sign) gösterilebilir. Bu hezeyanlar içinde hastalar tarafından en sık görülenin, malının çalınması ve misidentifikasyon (hastanın karısını, annesi veya çocuklarını kardeşleri sanması veya bu aile fertlerini hiç tanıyamaması) hezeyanları olduğu bildirilmiştir (42). Hezeyanları olan bireylerin günlük bakımları oldukça zor olmakla birlikte bu bireyler günlük yaşamlarında çok fazla sorunlu olan hastalardır. AH' de hezeyanlar, hastalığın erken ve orta evresinde görülür (demansın başlangıcından ortalama 2–4 yıl sonra) ve demansın ağır olduğu dönemde ortadan kaybolur. Hezeyanlar hastanın hezeyanı doğrultusunda hareket etmesini engellemeye çalışan bakım veren ile etkileşimde ikincil olarak agresif davranışlara ve büyük problemlere sebep olur (43,44).

2.1.5.7. Motor Bozukluklar

Motor bozukluklara, başta yürüyüş bozukluğu olmak üzere ekstrapiramidal bulgular (küçük adımlarla yürüme, donma, istemeden hızlanma, dengesizlik, düşme, hareketlerde yavaşlama, tremor, konuşma ve yutma bozukluğu) örnek olarak gösterilebilir (45).

2.1.5.8.Otonom Bozukluklar

Otonom bozukluklar arasında, üriner inkontinansın bulunup bulunmaması, idrara yetişme güçlüğü düzeyinde hafif bir inkontinansın olması gibi belirtiler bulunmaktadır. Ortostatizm (dik duruş vaziyeti) yakınmaları, senkop eğilimi, kronik konstipasyon ve impotans demans belirtilerinin ayırt edilmesinde önem taşıyan otonom bozuklukları arasındadır (46).

2.1.5.9.Uyku

AH' de uyku bozuklukları çok sık görülmekle birlikte en sık saptanan uyku bozuklukları gece uyanma sıklığında artış ve gündüz uyuklama halinin olmasıdır (47). AH olan bireylerde yavaş dalga uykusunun azaldığı, gece uyanmalarının sıklık ve süresinin uzadığı tespit edilmiştir. Bu hastalarda aşırı gündüz uyuklamaları insomnia ile birlikte görülür (7).

2.1.6. Alzheimer Hastalığının Klinik Evreleri

AH' nin seyrinde yakınma ve bulguların şiddetine göre klinik tablo erken, orta ve ileri olmak üzere üç evreye ayrılabilir. (5)

Erken Evre AH

Hastalığın başlangıç belirtileri çok belirgin olmamakla birlikte hastalığın başlangıç zamanı kesin olarak söylenemez. AH' nin ilk evresinde görülen belirtiler, hafızaya kısa süreli bilgileri kaydetmede güçlük, kelime bulmada güçlük, eşyalarını kaybetme, yabancı mekânda yön bulmada güçlük, karmaşık bir aktivite ya da hobileri sürdürmede güçlük, yeni beceriler öğrenememe, hüznün hali, hastalığı inkâr, umursamazlık hali ve sinirliliktir (44,48).

Bu evredeki en önemli özellik hafıza problemleridir. Yakın geçmişte olan olaylar ve konuşulanlar hatırlanamaz fakat adresler, önemli günlük olaylar ve uzak geçmişteki olaylar doğru olarak hatırlanır. Sosyal ilişkilerini bağımsız olarak sürdürebilirler fakat hafıza kaybı sebebiyle günlük yaşam aktivitelerinden karmaşık olanları yapmakta zorluk yaşarlar. Dil bozuklukları, kelime bulmada güçlük,

duraklayarak konuşma, sözlü veya yazılı ifadenin azalması gibi durumları kapsar (15,34).

Alet kullanma, eşyaların yerini bulma, mali konular, ev bakımı ve karmaşık ev işleri gibi konularda güçlük çekerler. Hafif demanslı bireyler genellikle kişisel bakımlarını (giyinme, yıkanma, kendine çekin düzen verme ve tuvalet gibi) yerine getirirken yardıma ihtiyaç duymazlar. Genellikle istenilen düzeylerde olmasa da günlük hayattaki dini görevleri yerine getirme, araba kullanma, yemek yapma, oy verme, arkadaşları ve ailesi ile sosyal aktivitelerde bulunma gibi birçok faaliyetleri sürdürebilirler (44).

Girişkenliğin kaybı ve ilgisizlik gibi kişilik değişiklikleri çok sık görülür ve bu belirtiler hastalığın habercileridir. Sosyal topluluklar içinde hasta daha sakin ya da içine kapalı olabilir (15). AH' nin erken evresinde nörolojik fonksiyonları genellikle normaldir, psikiyatrik bozukluklar nadir bulunur ve genellikle normal olarak görülürler (36). Bu evredeki hastalarda unutkanlık nedeniyle öğün atlama, yetersiz sıvı alımı meydana gelmekle birlikte dış sorunları, depresyon sebebiyle iştahsızlık hastada yetersiz beslenmeye yol açar. İş ya da toplumsal etkinlikler gibi alanlarda bozulmalar olur ancak hastanın kişisel bakımı yeterli ve yargılama yeteneği yerinde olup bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilirler, gözlemciye ihtiyaç duyulur (15).

Tablo 2.1.6.1. Alzheimer Hastalığının Erken Evresi (48)

Kognitif yetilerde bozukluk	Fonksiyonlarda Bozukluk	Psikiyatrik belirtiler
Hatırlama Öğrenme Hesaplama Sözcük bulma Problem çözme Yargılama	İş Para Ev işi Günlük işlevsellik Konuşma-yazma Hobiler	Apati İçe kapanma İrritabilite Depresyon Uyku bozukluğu

Orta Evre AH

Orta evre genel olarak hastalığın başlangıcından itibaren 4 ile 7 yıl sonra başlar ve hastalar giderek artan bir şekilde başkalarına bağımlı duruma gelir. Belirtiler daha belirginleşir. Genelde nörolojik fonksiyonları normaldir ancak kognitif fonksiyonlarda bozulma dikkat çekici olmaya başlar. Orta evrede, günlük yaşam aktivitelerinde işlev kaybı belirgin, yeni bir bilgi öğrenme tamamen durmuştur. Var olan bilgi ise geriye dönük olarak kronolojik şekilde, kaybolmayı sürdürmektedir. (36).

Ev haricinde yalnız başlarına dolaşamazlar ve dışarı çıktıklarında kaybolmalar görülebilir. Alışveriş ve parasal işleri yönetme, giyinme-soyunma, elbise değiştirme, banyo yapma veya zamanlamasına karar verme, tuvalet gereksinimlerinin karşılanması gibi durumlarda ciddi yardım gerekir. Yemek yerken döküp saçma, dilsel fonksiyonlarda bozulma, tutarlı bir sohbeti sürdürme zorlaşmıştır. Zaman oryantasyon bozuklukları, gece-gündüz ayrımının bozulması, hava kararmasıyla birlikte yatmaya gitme davranışı ortaya çıkar. Bu evrede ajitasyon, yerinde duramama, kendiliğinden ya da yemek yerken veya banyo-tuvalet sırasında yardım ederken yardımcıya fiziksel müdahale, suçlayıcı davranışlar, şüphecilik gibi psikiyatrik belirtiler de meydana gelir (48,49). Bir başkasına bağımlı olmadan yaşayabilmekte zorlanırlar ve belirli ölçüde gözetim ve refakatçiye ihtiyaç duyarlar (7).

Tablo 1.1.6.2 Alzheimer Hastalığının Orta Evresi (48)

Kognitif Yetilerde Bozukluk	Fonksiyonlarda Bozukluk	Psikiyatrik Belirtiler
Yakın bellek (uzak bellek normal) Dil (adlandırma) İç görü Oryantasyon	Günlük yaşam aktivitelerinde kayıplar Kaybolma Kaybetme Giyinmede güçlük Hijyen güçlüğü	Hezeyan Depresyon Ajitasyon Uykusuzluk Amaçsız dolaşma

İleri Evre AH

AH' nin ileri evresinde hasta neredeyse en temel fonksiyonlarda bile tamamen bakım verene bağımlı duruma gelmiştir. Zaman, yer ve kişi oryantasyonunda ileri derecede kayıp söz konusudur. Hasta ortalama 2–4 yılda yaşamını yitirir (44).

İleri evrede, hasta beslenme, yıkanma, giyinme gibi en temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte başkalarına tamamen bağımlı hale gelmiştir. Sosyal ortamlara girmekte de sorun yaşarlar. Zihinsel işlevler en alt seviyeye iner. Yakın akrabalarını gördüğünde tanıyamaz. Hatta hasta aynaya baktığında kendisini bile tanıyamayabilir. Konuşmaları anlamsız kelimeler veya sesler çıkarma düzeyindedir, isteklerini ifade etmeleri çok zorlaşır. Sfinkter kusuru belirgin duruma gelir ve sıklıkla bez bağlanması gerekir. Tekrarlayıcı, amaçsız motor davranışlar ortaya çıkabilir. Bu evrenin sonuna doğru hastalar yatağa bağımlı duruma gelirler. Myokloni (kaslarda kısa süreli seğirme), refleks canlılığı, ekstrapiramidal bulgular, epileptik nöbetler gibi nörolojik belirtiler görülebilir. Başlıca ölüm nedenleri arasında yatak yarası enfeksiyonları, akciğer embolisi veya enfeksiyonu, üriner enfeksiyon, beslenme bozukluklarının yol açtığı komplikasyonlar bulunmaktadır (49). Sürekli bir gözlemci gerektirecek kadar günlük yaşam aktivitelerinde bozulma vardır ve bakıcıya ihtiyaç duyulur (7).

Tablo 2.1.6.3. Alzheimer Hastalığının İleri Evresi (48)

Kognitif yetilerde bozukluk	Fonksiyonlarda bozukluk	Psikiyatrik belirtiler
Bellek Dikkat Apraksi Dil (basit sözcükler/ mutizm)	Temel GYA kayıpları Giyinme Öz bakım Yıkanma Yemek yeme İdrar/dışkı kontrolü Yürüme Motor yavaşlama	Hezeyan Ajitasyon (sözel / fiziksel) Uykusuzluk

2.1.7. Alzheimer Hastalığında Tedavi

AH tedavisinin genel amacı, bireyin bilişsel yeteneklerinde meydana gelen bozuklukları durdurmak ve yavaşlatmak, hastanın günlük yaşamsal aktivitelerinin devamlılığını sağlamaktır. AH' nin kesin tedavisi henüz olmamakla birlikte hastalık sürecini yavaşlatmak ve bazı belirtilerin şiddetini azaltmak mümkündür. Bu nedenle erken ve doğru tanı çok önem taşımaktadır (20,50). Hastalıkla birlikte meydana gelen bilişsel belirtilere odaklanılarak hastalığın ilaçla tedavi edilmeye çalışıldığı semptomatik tedavi AH' de uygulanan birincil tedavi yöntemidir. Hastalıkla birlikte seyreden endişe, ajitasyon, depresif belirtiler, uyku bozukluğu, hezeyan gibi belirtilerin kontrolünü sağlamayı amaçlayan, hastanın günlük yaşam kalitesi artırılarak aktivitelerinin daha uzun süre korunmasını sağlayan ve hastanın bakımını destekleyen tedavi yöntemleri ise AH' de uygulanan ikincil tedavi yöntemidir. (51). Bilişsel işlev bozukluğunun tedavisi için kullanılan etkin maddeler, beyindeki zayıflamış olan kolinerjik fonksiyonları güçlendirmek ve artan glutaminerjik nörotransmisyonu azaltmak olmak üzere iki temel mekanizma ile etki göstermektedir. Bu amaçla tedavide en sık rivastigmin, donepezil ve memantin kullanılmakla birlikte AH olan bireylerde görülen davranış değişikliklerinin ve psikiyatrik belirtilerin kontrolünü sağlamak için antidepressan, antipsikotik ve sedatif/hipnotik ilaç tedavilerinden de yararlanılmaktadır (52).

2.2. ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM VERME VE BAKIM YÜKÜ

2.2.1. Bakım Verme

Bakım verme kişide enerji ve zaman tüketen, maddi ve fiziksel olarak yorucu bir görev olarak tanımlanabilmektedir (8). Bakım hizmeti tek bir yardım çeşidi ile sınırlandırılmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb), hastanın aldığı sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı içermektedir (53,54). Bakım verme, formal ve informal bakım olmak üzere ikiye ayrılır. Formal bakım özel kurumlar ve kamu kurumları tarafından verilen profesyonel bakımı, informal bakım ise eş, çocuklar, dost ve akraba tarafından karşılığında ücret alınmadan verilen ve profesyonel olmayan bakımı kapsayan hizmetler olarak

tanımlanır. Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyeleri de informal bakım kapsamında değerlendirilmektedirler (55).

2.2.2. Bakım Yüğü

Bakım verme yüğü objektif bakım yüğü ve subjektif bakım yüğü olmak üzere iki grupta incelenebilmektedir. Objektif bakım yüğü, subjektif bakım yüküne göre daha nesnel ve gözlemlenebilir olaylardan oluşmakla birlikte genel olarak hastaya bakım verme sırasında yaşanan güçlüklerden kaynaklanmaktadır. Objektif bakım yüküne örnek olarak kişinin yaşam tarzı değişiklikleri, mali durum denge bozuklukları gösterilebilmektedir. Subjektif bakım yüğü ise genellikle bakım verenin iç dünyası ile ilgilidir (10,56)

2.2.3. Bakım Veren Yüğünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenin yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim durumu, sağlığı, çalışma durumu, mesleği, ekonomik durumu, kültür düzeyi, hasta ile yakınlık derecesi ve onunla ilişkisi gibi özellikleri ile hastaya ait yaş, cinsiyet, hastalığının seviyesi gibi kişisel özellikleri bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasındadır. Ayrıca bakım verenin destek alıp almaması, hasta birey ile aynı evde yaşayıp yaşamaması da bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (57).

2.2.3.1. Yaş

Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yaşları genel olarak orta yaş ve üstüdür (58) ve yapılan bir araştırmada Alzheimer hastasına bakım veren her üç kişiden birinin (%34'ü) 65 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (59).

2.2.3.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin büyük çoğunluğunu kadın grubunun oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alzheimer hastasına bakım veren kadın grubunun genel olarak AH olan bireyin eşi veya yetişkin kızları olduğu belirlenmiştir (33,60,61). Genellikle toplum tarafından ev işleri ve aileyi ilgilendiren özel alanların, kadının

normal işleri olarak görülmesi, kadınların bakım verme işine daha uygun görülmesinin en önemli nedenlerinden birisidir (61-63).

2.2.3.3. Eğitim durumu

Eğitim durumu, bakım veren yükünü etkileyen faktörlerden bir diğeridir. Genel olarak daha iyi eğitim almış kişiler, eğitim seviyesi düşük bakım veren bireylere göre iletişim yetenekleri, stres ile baş etme becerileri ve ek olarak sağlık tarama uygulamaları gibi birçok yaşam deneyimlerine sahip olma olasılıkları daha yüksek olduğu için stres belirtileri oluşturma riski daha düşük olmaktadır (64).

2.2.3.4. Hastanın bakım veren ile yakınlık durumu

Aile üyeleri bakım verme işini ciddi bir sorumluluk olarak değerlendirmekte ve duygularını katarak yapmakta iken ücretli bakıcılar genel olarak bakım verme işini, belirli bir zaman ve emek harcadıkları bir iş olarak değerlendirirler (65,66). Evli olan Alzheimer hastası bireylere çoğunlukla eşleri tarafından bakım verilmektedir (67,68).

2.2.4. Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar

Bakım verme güçlüğü; bakımı alan bireyin ve bakımı veren kişilerin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri içermektedir. Bakım verme sebebiyle bakım veren bireyin yorgunluk yaşaması, aile rutinlerinin engellenmesi ve fiziksel hastalık gibi sorunlar yaşadığı ortaya çıkmaktadır (69,70,71). Hastanın ihtiyaçlarını öngörmek, hastalığı tanımak, tanımlayamadığı sorumlulukları yerine getirmek, eski rollerini sürdürmeye çalışmak, yakınının kaybını izlemek, bakım verme hizmetinin tam zamanlı bir eylem olması nedenleri ve hastalığın seyri bakım verenlerin zorlanmalarına neden olmaktadır. Bakım verenler bakım verme nedeniyle tükenme, yorgunluk, uykusuzluk, kilo kaybı, sağlık durumunda bozulma, ekonomik güçlükler, depresyon, korku, çaresizlik, umutsuzluk, güçsüzlük, öfke, suçluluk, kaygı, sosyal yaşamlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, aile içi ilişkilerde zorlanma ve diğer aile üyelerine yeterince zaman ayırmama gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar (5, 55,72).

Alzheimer hastasına bakım verenler, tedavisi olmayan ilerleyici bir hastalık yüzünden sevdiği bireyin yaşamının yavaş yavaş sonlanmakta olduğunu kabullenmek ve hastalıktan kaynaklanan huysuzluk, anksiyete gibi davranış bozuklukları ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Hastasındaki bilişsel kayıpları ve davranış bozukluklarını görmek ve yeterli kaynaklardan ve destekten yoksun olmak bakım verende gerginlik, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (9,73).

Ponce ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları araştırmada psikoeğitimsel müdahale ile bakım verenlerin bakım verirken daha az tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Çünkü bakım veren kişiler hastalık nedeniyle yaşamında oluşan değişikliklere nasıl uyum sağlayacağını ve ortaya çıkan sorunlarla nasıl baş edebileceğini bilememekte ve bu nedenle depresyona girmektedir. Hasta yakınlarına ve profesyonel bakım verenlere hastalık süreci ve bakım verenin ihtiyaçları konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir (74).

Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda bakım veren bireyler zamanının çoğunu hastasına ayırdıkları için stres düzeylerinin arttığı, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunlar yaşadığı ve fiziksel sağlıklarının bozulduğu saptanmıştır (1,75,76). Ayrıca, AH' nin maliyetinin yüksek olması sebebiyle bakım veren bireylerde sosyoekonomik sorunların yaşandığı belirtilmiştir (77).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükünün ve ruhsal belirtilerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma Ankara ilinde bulunan Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Nöroloji, İç Hastalıkları ve Geriatri Anabilim Dalı polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları polikliniği ve Nöroloji polikliniği Dahili Tıp Bilimleri binası 1. katta bulunmaktadır. İç Hastalıkları polikliniği 10 muayene odası ile Nöroloji polikliniği ise 6 muayene odası ile hizmet vermektedir. Ayrıca Nöroloji polikliniğinde nörolojik hastalıklara özelleşmiş poliklinik hizmeti de sunulmaktadır. Geriatri polikliniği, Dahili Tıp Bilimleri binası zemin katta bulunmakta olup, 4 muayene odası ile 65 yaş üzerindeki bireylere ayaktan poliklinik hizmeti vermektedir. Polikliniklerin her muayene odasında bir doktor bulunmakta, hemşireler ise yatan hasta bölümlerinde çalışmaktadır. Yatarak tedavi görmesi gereken hastalar ise servise yönlendirilmektedir.

Poliklinikler hafta içi 08.00-12.00 / 13.00-17.00 saatleri arasında ayaktan sağlık hizmeti sunmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Nöroloji, İç Hastalıkları ve Geriatri Anabilim Dalı'nda Ocak 2020- Haziran 2020 tarihleri arasında DSM-V' e göre Alzheimer tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalara bakım verenler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; bu hastalara bakım verenler arasından araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 117 gönüllü katılımcı oluşturmuştur. Çalışmada yeterli örneklem büyüklüğünün belirlenmesi aşamasında Iowa state university piface.jar paket programı kullanılmıştır.

Hesaplamalar sonucunda testin gücü $(1-\beta) = 0.80$ 'i sağlayacak minimum örnek hacmi toplamda 82 kişi olarak belirlenmiştir. Veri toplamada yaklaşık %20'lik bir eksiklik olabileceği göz önüne alınarak hedef örneklem 100 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- DSM-V' e göre Alzheimer tanısı ile ayaktan tedavi gören bir hastanın yakını olmak
- 18 ve 65 yaş arasında olmak
- Okuma yazma biliyor olmak

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması,
- Demans ve/veya diğer mental bozukluk tanısının olması.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik açıdan değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 12 Kasım 2019 tarihli, 2019/16 Toplantı No.lu, 19/367 proje/karar No.lu onay alınmıştır (Bk. Ek 4).

Ayrıca araştırmanın Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji, İç hastalıkları ve Geriatri servislerindeki Alzheimer tanılı hastalara bakım verenlerde yapılabilmesi için ilgili kliniklerden yazılı izin alınmış olup (Bk. Ek 6,7,8) sonrasında Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nun (TUEK) 26.12.2019 tarihli 14/1 kurul kararı ile onay alınmıştır (Bk. Ek 5). Araştırmaya katılan bakım verenlere, çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutulmuş olup, yazılı izinleri alınmıştır.

Araştırmada kullanılan Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri' nin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olan Prof. Dr. Özlem Küçükgülü' den yazılı izin alınmıştır (Bk. Ek 9).

Araştırmada kullanılan Kısa Semptom Envanteri' nin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olan Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün' den yazılı izin alınmıştır (Bk. Ek 10).

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Alzheimer tanısı almış her hasta yakınına, hasta ve yakınına tanıtıcı bilgileri içeren Veri Toplama Formu, bakım verme yükünün değerlendirilmesi amacıyla Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE), ruhsal belirtilerin saptanması amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta ve Yakınlarını Tanıtıcı Veri Toplama Formu (Bk. Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan veri toplama formu, bakım verene ve hastaya ait tanıtıcı bilgileri içeren 25 maddeden oluşmaktadır (1,11,78-82). Bu formda bakım verenlere ve hastaya ait doğum tarihi, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir seviyesi vb. gibi sosyodemografik veriler ve bakım verene ait psikiyatrik destek alma durumu, hasta ile birlikte yaşama durumu, bakım eğitimi almış olma durumu gibi tanımlayıcı özellikler yer almaktadır.

3.5.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) (Bk. Ek 2)

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri, 1989 yılında Kanada'da, Novak ve Guest tarafından, bakım vermenin bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Bu envanter, literatürde bilişsel yetersizliği olan hastaların bakım verenlerinin yükünü ölçmeye yönelik olarak ilk geliştirilen ve en sık kullanılan araçlardan birisidir (83). Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği Küçüküçlü tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Toplam 24 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir ve beş alt boyutu bulunmaktadır. Maddeler “hiç tanımlamıyor” ve “çok tanımlıyor ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt boyut 0 ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Puanlama, **hiç tanımlamıyor** (0) puan, **az tanımlıyor** (1) puan, **orta derecede tanımlıyor** (2) puan, **oldukça tanımlıyor** (3) puan, **çok tanımlıyor** (4) puan şeklindedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı 1,25 ile çarpılarak puan

hesaplaması yapılmakta ve bu faktörden de toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir bireyin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir.

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri' nin alt boyutları;

Zaman-bağımlılık yükü (1, 2, 3, 4, 5. maddeler); bakımın zaman gerektiren bir iş olması ve bakım verene yarattığı güçlüklerden kaynaklanan yükü tanımlamaktadır. Alzheimer hastaları günlük yaşam aktivitelerini yapabilme yeteneklerini kaybettiği için bakım verenler bu kişilerin aktivitelerini yerine getirmelerine yardım ederek zaman ve enerji harcamaktadırlar. Ayrıca bu hastaların kendilerine zarar verme ihtimali olduğu için bakım verenlerin hastalık süresi boyunca uyanık olmaları gerekmektedir. Bu sürekli uyanık olma gerekliliği ve sorumluluk duygusu, bakım verenler üzerinde stres oluşturmaktadır.

Gelişimsel yük (6, 7, 8, 9, 10. maddeler); bakım verenin yaşamının bu döneminde kendi gelişiminin akranlarına göre olması gereken noktada olmadığını düşüncülerinden kaynaklanan yükü tanımlar. Bakım verenler akranlarının yaşamlarının bundan sonraki günlerini umutla beklediklerini düşünürlerken, kendi yaşamlarının sonraki günlerini düşündüklerinde stres ve anksiyete hissetmektedirler.

Fiziksel yük, (11, 12, 13, 14. maddeler); bakım verme işleminin bakım verenin fiziksel sağlığını ve enerjisini olumsuz yönde etkilemesini tanımlamaktadır. Bakım verenlerin bakım verme işlerinden dolayı fiziksel sağlıklarının yüksek oranda bozulma riski taşımaktadır.

Sosyal yük (15, 16, 17, 18, 19. maddeler); bakım verenin rol çatışması duygularından kaynaklanmaktadır. Bakım veren kişi eşiyle ya da ailenin diğer üyeleri ile bakım verdiği kişinin bakımını nasıl yöneteceği konusunda tartışır. Bakım veren kişi ailenin diğer üyeleri tarafından ihmal edildiğini ve takdir edilmediğini düşünür.

Emosyonel yük (20, 21, 22, 23, 24. maddeler); ise bakım veren kişinin normal olmayan ve beklenmedik davranışlarından dolayı bakım verdiği kişiye karşı olan olumsuz duygularını içermektedir. Bakım veren kişiler genellikle sosyal olarak kabul görmeyecek bu olumsuz duygularından dolayı suçluluk hissedebilir (83,84).

Küçükgüçlü tarafından yapılan BVYE Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında, zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük alt boyutları için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,85, 0,85, 0,86, 0,73 ve 0,77 olarak belirlenmiştir (84). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı zaman- bağımlılık yükü için 0,93, gelişimsel yük için 0,91, fiziksel yük için 0,87, sosyal yük için 0,76, duygusal yük için 0,83 ve Toplam BVYE için 0,94 bulunmuştur.

3.5.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Bk. Ek 3)

Kısa semptom envanteri çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla ergen ve yetişkinlere uygulanabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1994 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. Toplam 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler “hiç” ve “çok fazla” ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır.

Somatizasyon boyutu (2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler); çeşitli bedensel işlevlere ait zorlanmayı,

Obsesif-Kompulsif boyutu (5, 15, 26, 27, 32, 36. maddeler); bireyin düşünmekten veya yapmaktan kendini alamadığı istenmeyen düşünce ve davranışların yarattığı zorlanmayı,

Kişilerarası Duyarlılık boyutu (20, 21, 22, 42. maddeler); kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı,

Depresyon boyutu (9, 16, 17, 18, 35, 50. maddeler); depresif ruh hali ve duygulanımla, yaşam ilgilerinin azalması, güdü, enerji kaybı ve intihar düşünceleri gibi belirtilerden oluşan zorlanmayı,

Anksiyete boyutu (1, 12, 19, 38, 45, 49. maddeler); aşırı düzeyde kaygı tablosu ile bağlantılı zorlanmayı,

Hostilite boyutu (6, 13, 40, 41, 46. maddeler); öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularından kaynaklanan zorlanmayı,

Fobik-Anksiyete boyutu (8, 28, 31, 43, 47. maddeler); kaçma ve kaçınma gibi fobik davranışlarla belirginleşen tablonun yarattığı zorlanmayı,

Paranoid Düşünce boyutu (4, 10, 24, 48, 51. maddeler); yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca duygularla grandiozite ve otonomi kaybı gibi korku ve sanrıların ön plana çıktığı zorlanmayı,

Psikotisizm boyutu (3, 14, 34, 44, 53. maddeler); sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam biçimi veya şizofrenik sanrı ve varsanılarının belirgin olduğu zorlanmayı gösterdiği söylenen maddeleri içermektedir.

Ek maddeler (11, 25, 39, 52. maddeler); yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeleri içermektedir.

Her alt ölçekten alınan puan, o ölçekteki soru sayısına bölündüğünde 1.00'in üzerindeki değerler o semptomun varlığına işaret etmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin belirtilerinin sıklığını göstermektedir. Global indeksler ise farklı puanlama yöntemleri olan ve puanlama türüne bağlı olarak “rahatsızlık ciddiyeti indeksi” (RCİ), “belirti toplamı indeksi” (BTİ) ve “semptom rahatsızlık indeksi” (SRİ) olarak adlandırılmaktadır. RCİ, alt ölçeklerin toplamının 53’e bölünmesiyle elde edilir. BTİ, 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin, 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. SRİ ise alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir (85).

Ölçeğin üç ayrı yapılan çalışmasından elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0,96 ile 0,95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0,55 ile 0,86 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinal 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach alfa katsayıları ise Somatizasyon 0,86, Obsesyon 0,74, Kişilerarası duyarlılık 0,76, Depresyon 0,84, Anksiyete 0,84, Hostilite 0,77, Fobik Anksiyete 0,71, Paranoid Düşünceler 0,71, Psikotisizm 0,65, Ek Maddeler 0,61 olarak bulunmuştur (85). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı somatizasyon için 0,84, Obsesyon için 0,61, Kişilerarası duyarlılık için 0,74, Depresyon için 0,89, Anksiyete için 0,83, Hostilite için 0,83, Fobik Anksiyete için 0,73, Paranoid Düşünceler için 0,78, Psikotisizm için 0,76, Ek Maddeler için 0,59 ve Toplam KSE için 0,97 bulunmuştur.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama formları, İç hastalıkları, Nöroloji ve Geriatri polikliniklerinde hasta yakınlarına muayene öncesi ya da muayene sonrasında bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Uygulama öncesi araştırmanın amacı ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 10- 15 dk. sürmüştür.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalar için ise Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Üç ve üzerindeki grup karşılaştırmalarındaki alt grup analizlerinde anlamlılık düzeyini belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmış olup alt grup karşılaştırmalarında Tamhane Post Hoc analizi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma ilgili polikliniklerde Alzheimer hastalığı tanısıyla takip edilen hastalara bakım veren bireyleri temel almakla birlikte Ankara' da bulunan tüm hastaneleri belirlemek mümkün olmamış, ancak izin alınan tek merkezde çalışma yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde toplanan verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. BAKIM VERENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamındaki Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme ile ilgili özelliklerine ait bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1.1 Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri (N=117)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	77	65,8
	Erkek	40	34,2
Medeni durum	Evli	69	59
	Bekar	48	41
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	39	33,3
	Var	1	24,4
		2	50
		3	21,8
		4	3,8
Eğitim durumu	İlkokul	15	12,8
	Ortaokul	16	13,7
	Lise	35	29,9
	Üniversite	39	33,3
	Yüksek lisans ve üstü	12	10,3
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	61	52,1
	Çalışmıyor	39	33,3
	Emekli	17	14,5
Yakınlık derecesi	Çocuğu	60	51,3
	Akraba	31	26,5
	Bakıcı	26	22,2
TOPLAM		117	100

Tablo 4.1.1’de çalışmaya katılan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Bakım veren bireylerin yaşları 18 ile 65

arasında değişmektedir. Katılımcıların yaş ortalamaları $43,21 \pm 14,13$ olup, %65,8' i (n=77) kadın, %34,2' si (n=40) erkektir.

Araştırmaya alınan bakım verenlerin %59' u (n=69) evli, %41' i (n=48) bekar, %33,3' ünün (n=39) çocuğu olmayıp, %66,7' sinin (n=78) çocuğu vardır. Çocuk sahibi olanların %24,4' ünün (n=19) 1 çocuğu, %50' sinin (n=39) 2 çocuğu, %21,8' inin (n=17) 3 çocuğu, %3,8' inin (n=3) 4 çocuğu vardır.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %12,8' i (n=15) ilkokul mezunu, %13,7' sinin (n=16) ortaokul mezunu, %29,9' unun (n=35) lise mezunu, %33,3' ünün (n=39) üniversite mezunu, %10,3' ünün (n=12) yüksek lisans ve üstü eğitim görmüştür.

Bakım verenlerin %52,1' i (n=61) gelir getiren bir işte çalışıyor, %33,3' ü (n=39) çalışmıyor, %14,5' i (n=17) ise emeklidir. Gelir düzeyleri incelendiğinde %23,9' u (n=28) düşük gelirli, %65,8' i (n=77) orta gelirli, %10,3' ü (n=12) yüksek gelirli olarak saptanmıştır.

Bakım veren katılımcıların hasta ile yakınlık derecesine bakıldığında %51,3' ü (n=60) çocuğu, %26,5' i (n=31) akraba, %22,2' si (n=26) bakıcıdır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özellikleri (N=117)

		N	%
Bakım verme alanı	Maddi destek	3	2,6
	Psikolojik destek	12	10,3
	Tüm ihtiyaçlar	102	87,2
Bakım eğitimi alma durumu	Aldım	31	26,5
	Almadım	86	73,5
Hasta ile birlikte yaşama durumu	Evet	70	59,8
	Hayır	47	40,2
Bakımda destek alma durumu	Alıyorum	76	65
	Almıyorum	41	35
Bakımda desteğe ihtiyaç duyulan konular	Hastanın fiziki bakımı	Evet	97
		Hayır	20
	Ekonomik destek	Evet	50
		Hayır	67
	Ev işleri	Evet	72
		Hayır	45
	Refakat	Evet	61
		Hayır	56
	Tedavi	Evet	64
		Hayır	53
	Ulaşım	Evet	52
		Hayır	65
Psikolojik destek alma durumu (ilaç, terapi vb.)	Alıyorum	10	8,5
	Almıyorum	107	91,5
Bakım verme nedeni	Ailevi sorumluluk/aile bağı	81	69,2
	Bakacak kimsesi yok	14	12
	Ekonomik katkı	18	15,4
	Diğer	4	3,4
TOPLAM		117	100

Katılımcıların bakım verme süreleri değerlendirildiğine ortalama bakım verme süresi $33,22 \pm 36,86$ aydır (Min:1-Max:180 ay).

Bakım verme alanına bakıldığında bakım verenlerin %2,6' sı (n=3) hastalarına maddi destek, %10,3' ü (n=12) psikolojik destek verdiğini, %87,2' si (n=102) ise hastalarının tüm ihtiyaçlarını karşıladığını belirtmiştir. Bakım veren bireylerin %26,5' i (n=31) bakım verme eğitimi aldığını, %73,5' i (n=86) almadığını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılanların %59,8' i (n=70) hasta ile birlikte yaşarken %40,2' si (n=47) hastadan ayrı bir yerde yaşamakta olup, %65 (n=76) katılımcı bakımda destek aldığını, %35 (n=41) katılımcı destek almadığını belirtmiştir. Bakımda desteğe ihtiyaç

duyulan konular incelendiğinde bakım verenlerin %17,1' inin (n=20) hastanın fiziki bakımı konusunda desteğe ihtiyaç duymadığını, %82,9' unun (n=97) bu konuda desteğe ihtiyaç duyduğunu, %57,3' ünün (n=67) ekonomik desteğe ihtiyaç duymadığını, %42,7' sinin (n=50) ihtiyaç duyduğunu, %38,5' inin (n=45) ev işleri konusunda desteğe ihtiyaç duymadığını, %61,5' inin (n=72) bu konuda desteğe ihtiyaç duyduğunu, %47,9' unun (n=56) hastaya refakat konusunda ihtiyaç duymadığını, %52,1' inin (n=61) refakate ihtiyaç duyduğunu, %45,3' ünün (n=53) hastanın tedavi desteği açısından ihtiyacının olmadığını, %54,7' sinin (n=64) desteğe gereksinim duyduğunu, ulaşım açısından ise %55,6' sının (n=65) ihtiyaç duymadığını, %44,4' ünün (n=52) ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya katılanların sadece %8,5' i (n=10) psikolojik destek (ilaç desteği) aldığını belirtmiştir. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %69,2' si (n=81) ailevi sorumluluk/aile bağı nedeniyle, %12' si (n=14) hastanın bakacak kimsesi olmadığı için, %15,4' ü (n=18) kendisine ekonomik katkı sağladığı için, %3,4' ü ise (n=4) diğer sebepler yüzünden hastalara bakım verdiğinden bahsetmiştir (Tablo 4.1.2).

4.2. BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırmadaki Alzheimer hastalarına bakım verenlerin BVEY puan ortalamaları ve BVEY puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.2.1 Katılımcıların Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (BVEY) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ort.± Ss
Zaman- bağımlılık yükü	0	20	13,35 ± 6,18
Gelişimsel yük	0	20	9,23 ± 6,56
Fiziksel yük	0	20	8,26 ± 6
Sosyal yük	0	20	4,96 ± 4,70
Emosyonel yük	0	20	3,65 ± 4,53
BVEY Toplam	0	100	39,45 ± 22,10

Bakım verenlere uygulanan BVEY' nin toplam puan ortalaması 39,45 ± 22,10, alt ölçek puan ortalamaları ise; “zaman-bağımlılık yükü” 13,35 ± 6,18, “gelişimsel

yük” $9,23 \pm 6,56$, “fiziksel yük” $8,26 \pm 6$, “sosyal yük” $4,96 \pm 4,70$, “emosyonel yük” $3,65 \pm 4,53$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2 Katılımcıların Cinsiyete Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kadın Ort.±Ss	Erkek Ort.±Ss	p	Z
Zaman-bağımlılık yükü	14,16±5,80	11,80±6,64	0,075*	-1,783
Gelişimsel yük	10,39±6,53	7,00±6,10	0,007*	-2,697
Fiziksel yük	9,37±5,99	6,13±5,49	0,004*	-2,856
Sosyal yük	5,04±4,88	4,80±4,39	0,903*	-0,122
Emosyonel yük	3,83±4,51	3,30±4,59	0,217*	-1,236
BVYE Toplam	42,78±21,70	33,02±21,72	0,017*	-2,388
*Mann-Whitney U Testi				

Bakım verenlerin yükü puanlarının, genel olarak toplam puan ve alt boyutların tamamında, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların sadece gelişimsel yük ($Z=-2,697$; $p=0,007$), fiziksel yük ($Z=-2,856$; $p=0,004$) ve BVYE toplam yük ($Z=-2,388$; $p=0,017$) puanları açısından istatistiksel anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3 Katılımcıların Medeni Duruma Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Evli Ort.±Ss	Bekar Ort.±Ss	p	Z
Zaman-bağımlılık yükü	14,55±5,93	11,63±6,17	0,008*	-2,643
Gelişimsel yük	9,07±6,50	9,46±6,71	0,771*	-0,291
Fiziksel yük	8,13±5,81	8,44±6,33	0,883*	-0,147
Sosyal yük	5,26±5,02	4,52±4,20	0,639*	-0,469
Emosyonel yük	3,83±4,94	3,40±3,89	0,944*	-0,071
BVYE Toplam	40,84±22,09	37,44±22,20	0,289*	-1,061
*Mann-Whitney U Testi				

Bakım verenlerin BVYE zaman-bağımlılık yükü alt boyut puanı ($Z=2,643$; $p=0,008$) evlilerde bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4 Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalışıyor Ort.±Ss	Çalışmıyor Ort.±Ss	Emekli Ort.±Ss	P**	X²
Zaman- bağımlılık yükü	11,31±6,41	15,44±4,91	15,88±5,68	0,001*	14,180
Gelişimsel yük	7,43±6,31	11,87±6,71	9,65±5,15	0,005*	10,515
Fiziksel yük	7,03±5,04	9,81±6,68	9,12±6,90	0,108*	4,456
Sosyal yük	4,93±4,37	4,67±4,89	5,71±5,55	0,779*	0,498
Emosyonel yük	3,36±4,29	3,74±4,98	4,47±4,43	0,761*	0,545
BVYE Toplam	34,06±20,27	45,53±22,58	44,82±23,66	0,024*	7,447
*Kruskal Wallis Test					
**İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile Önemlilik seviyesi $p=0,05/3=0,016$ 'dır.					

BVYE toplam ve alt boyut puanları ile çalışma durumu ile karşılaştırıldığında, zaman-bağımlılık yükü ($X^2=14,180$; $p<0,001$), gelişimsel yük ($X^2=10,515$; $p=0,005$) ve toplam yük ($X^2=7,447$; $p=0,024$) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Post Hoc analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre zaman-bağımlılık yüklerinin çalışan bakım verenlerin çalışmayan ve emekli bakım verenlerden daha düşük olduğu; gelişimsel ve toplam yüklerinin çalışmayan bakım verenlerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5 Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Düşük gelir Ort.±Ss	Orta gelir Ort.±Ss	Yüksek gelir Ort.±Ss	p	X ²
Zaman-bağımlılık yükü	16,61±4,23	12,61±6,39	10,50±6,04	0,002*	12,061
Gelişimsel yük	12,14±7,20	8,81±6,29	5,17±3,59	0,013*	8,739
Fiziksel yük	10,67±6,71	7,87±5,80	5,10±3,17	0,031*	6,939
Sosyal yük	5,82±5,71	4,97±4,50	2,83±2,44	0,371*	1,982
Emosyonel yük	3,89±4,58	3,95±4,74	1,17±1,40	0,151*	3,777
BVYE Toplam	49,13±22,98	38,21±21,78	24,77±9,80	0,006*	10,098
*Kruskal Wallis Test					

Bakım verenlerin gelir durumları ile zaman-bağımlılık yükü ($X^2=12,061$; $p=0,002$), gelişimsel yük ($X^2=8,739$; $p=0,013$), fiziksel yük ($X^2=6,939$; $p=0,031$) ve toplam yük ($X^2=10,098$; $p=0,006$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), tüm alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının düşük gelir düzeyi olan katılımcılarda orta ve yüksek gelir düzeyi olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. Katılımcıların Yakınlık Derecesine Göre Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuğu Ort.±Ss	Akraba Ort.±Ss	Bakıcı Ort.±Ss	p	X ²
Zaman-bağımlılık yükü	14,90±5,82	10,58±5,86	13,08±6,37	0,006*	10,401
Gelişimsel yük	10,38±6,67	8,77±6,61	7,12±5,85	0,109*	4,436
Fiziksel yük	8,90±6,54	7,54±5,59	7,64±5,15	0,626*	0,938
Sosyal yük	5,05±5,24	5,84±4,43	3,69±3,37	0,173*	3,515
Emosyonel yük	3,78±4,79	4,39±5,22	2,46±2,45	0,549*	1,199
BVYE Toplam	43,01±23,64	37,12±21,94	33,99±17,37	0,191*	3,314
*Kruskal Wallis Test					

Yakınlık derecesi ve bakım verenlerin yükü karşılaştırıldığında sadece zaman-bağımlılık yükü ($X^2=10,401$; $p=0,006$) ile anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2.6).

4.3. BAKIM VERENLERİN RUHSAL BELİRTİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin KSE puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.3.1 Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut ve Global İndeks Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ort.± Ss
Somatizasyon	0	3,29	0,86 ± 0,81
Obsesif-kompulsif bozukluk	0	3	1,11 ± 0,70
Kişiler arası duyarlılık	0	3,50	0,94 ± 0,90
Depresyon	0	4	0,94 ± 0,96
Anksiyete	0	3,33	0,85 ± 0,82
Hostilite	0	4	1,08 ± 0,99
Fobik anksiyete	0	2,80	0,64 ± 0,75
Paranoid düşünceler	0	3,80	1,05 ± 0,91
Psikotizm	0	3,40	0,70 ± 0,77
Ek maddeler	0	3,25	0,95 ± 0,80
RCİ	0	3,30	0,91 ± 0,70
BTİ	0	10	8,11 ± 2,46
SRİ	0	17,50	5,42 ± 3,40

Alzheimer hastalarına bakım verenlere uygulanan KSE alt ölçek puan ortalamaları “somatizasyon” 0,86 ± 0,81, “obsesif-kompulsif bozukluk” 1,11 ± 0,70, “kişiler arası duyarlılık” 0,94 ± 0,90, “depresyon” 0,94 ± 0,96, “anksiyete” 0,85 ± 0,82, “hostilite” 1,08 ± 0,99, “fobik anksiyete” 0,64 ± 0,75, “paranoid düşünceler” 1,05 ± 0,91, “psikotizm” 0,70 ± 0,77 ve “ek maddeler” 0,95 ± 0,80’ dir.

Global indeksler puan ortalamaları “RCİ” 0,91 ± 0,70, “BTİ” 8,11 ± 2,46, “SRİ” 5,42 ± 3,40’tır (Tablo 4.3.1.).

Tablo 4.3.2 Katılımcıların Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kadın Ort.±Ss	Erkek Ort.±Ss	p	Z
Somatizasyon	1,03±0,85	0,53±0,62	0,001*	-3,213
Obsesif-kompulsif bozukluk	1,18±0,74	0,98±0,61	0,199*	-1,286
Kişiler arası duyarlılık	1,03±0,95	0,78±0,76	0,210*	-1,253
Depresyon	1,08±1,04	0,67±0,69	0,075*	-1,783
Anksiyete	0,97±0,90	0,60±0,60	0,044*	-2,017
Hostilite	1,05±1,00	1,14±0,99	0,587*	-0,543
Fobik anksiyete	0,72±0,82	0,48±0,56	0,222*	-1,221
Paranoid düşünceler	1,06±0,98	1,05±0,78	0,680*	-0,413
Psikotizm	0,79±0,84	0,60±0,61	0,580*	-0,553
Ek maddeler	1,05±0,86	0,76±0,63	0,120*	-1,554
* Mann-Whitney U Testi				

KSE alt boyut puanlarının ortalaması genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuş olup somatizasyon ($Z=-3,213$; $p<0,001$) ve anksiyete ($Z=-2,017$; $p=0,044$) alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3 Katılımcıların Medeni Duruma Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Evli Ort.±Ss	Bekar Ort.±Ss	p	Z
Somatizasyon	0,80±0,77	0,94±0,87	0,429*	-0,791
Obsesif-kompulsif bozukluk	1,02±0,69	1,24±0,69	0,044*	-2,015
Kişiler arası duyarlılık	0,81±0,91	1,14±0,85	0,010*	-2,562
Depresyon	0,80±0,90	1,15±1,00	0,042*	-2,037
Anksiyete	0,77±0,84	0,95±0,79	0,103*	-1,630
Hostilite	0,96±0,97	1,26±1,00	0,062*	-1,866
Fobik anksiyete	0,54±0,73	0,78±0,77	0,035*	-2,109
Paranoid düşünceler	0,96±0,96	1,20±0,82	0,060*	-1,882
Psikotizm	0,61±0,80	0,83 ±0,73	0,013*	-2,497
Ek maddeler	0,83±0,70	1,12±0,90	0,099*	-1,649
RCİ	0,81±0,70	1,05±0,68	0,019*	-2,339
BTİ	7,62±2,64	8,81±2,00	0,007*	-2,692
SRI	4,99±3,38	6,04±3,37	0,059*	-1,890

* Mann-Whitney U Testi

Bakım verenlere yönelik KSE alt boyut puan ortalamaları tamamında bekarlarda evlilere göre daha yüksek düzeyde olduğu, obsesif-kompulsif bozukluk ($Z=-2,015$; $p=0,044$), kişiler arası duyarlılık ($Z=-2,562$; $p=0,010$), depresyon ($-2,037$; $p=0,042$), fobik anksiyete ($Z=-2,109$; $p=0,035$), psikotizm ($Z=-2,497$; $p=0,013$) alt boyut puan ortalamaları ile RCİ ($Z=-2,339$; $p=0,019$) ve BTİ ($Z=-2,692$; $p=0,007$) açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.3.4 Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalışıyor Ort.±Ss	Çalışmıyor Ort.±Ss	Emekli Ort.±Ss	p	X²
Somatizasyon	0,82±0,83	0,91±0,74	0,86±0,92	0,643*	0,885
Obsesif-kompulsif bozukluk	1,13±0,76	1,16±0,55	0,91±0,79	0,220*	3,027
Kişiler arası duyarlılık	1,09±0,86	0,94±0,99	0,46±0,61	0,013*	8,735
Depresyon	1,03±0,98	1,02±1,03	0,43±0,43	0,062*	5,565
Anksiyete	0,92±0,86	0,86±0,84	0,55±0,60	0,265*	2,655
Hostilite	1,10±0,98	1,17±1,13	0,81±0,66	0,716*	0,667
Fobik anksiyete	0,81±0,86	0,51±0,64	0,33±0,33	0,089*	4,843
Paranoid düşünceler	1,20±0,86	0,98±1,01	0,71±0,81	0,034*	6,739
Psikotizm	0,90±0,86	0,55±0,68	0,35±0,47	0,012*	8,845
Ek maddeler	0,99±0,80	1,01±0,88	0,66±0,54	0,390*	1,882
RCİ	0,99±0,76	0,92±0,68	0,62±0,43	0,198*	3,236
BTİ	8,54±2,14	7,90±2,77	7,06±2,51	0,029*	7,075
SRI	5,69±3,71	5,47±3,33	4,32±2,10	0,498*	1,395
* Kruskal Wallis Test					

Araştırma kapsamındaki gelir getiren bir işte çalışan katılımcılarda, kişiler arası duyarlılık ($X^2=8,735$; $p=0,013$), paranoid düşünceler ($X^2=6,739$; $p=0,034$), psikotizm ($X^2=8,845$; $p=0,012$) alt boyut puanları ve BTİ ($X^2=7,075$; $p=0,029$) puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5. Katılımcıların Yakınlık Derecesine Göre Kısa Semptom Envanteri (KSE) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuğu Ort.±Ss	Akraba Ort.±Ss	Bakıcı Ort.±Ss	P**	X²
Somatizasyon	0,85±0,79	0,98±0,86	0,74±0,80	0,520*	1,308
Obsesif- kompulsif bozukluk	0,99±0,71	1,38±0,65	1,06±0,65	0,030*	7,031
Kişiler arası duyarlılık	0,76±0,88	1,21±0,98	1,04±0,74	0,025*	7,402
Depresyon	0,81±0,85	1,18±1,08	0,97±1,00	0,349*	2,103
Anksiyete	0,84±0,81	0,98±0,96	0,71±0,67	0,689*	0,744
Hostilite	1,12±1,06	1,26±1,06	0,78±0,66	0,260*	2,693
Fobik anksiyete	0,46±0,62	0,99±0,97	0,63±0,58	0,029*	7,081
Paranoid düşünceler	0,85±0,91	1,49±0,93	0,63±0,75	0,003*	11,596
Psikotizm	0,56±0,72	0,88±0,87	1,02±0,75	0,158*	3,693
Ek maddeler	0,90±0,78	1,11±0,88	0,87±0,75	0,480*	1,469
* Kruskal Wallis Test **İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile Önemlilik seviyesi p=0,05/3=0,016'dır.					

Bakım verenlerin bakım verdikleri bireye yakınlık derecesi ile KSE alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında bireyin akrabası olan katılımcılarda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Obsesif-kompulsif bozukluk ($X^2=7,031$; $p=0,030$), kişiler arası duyarlılık ($X^2=7,042$; $p=0,025$), fobik anksiyete ($X^2=7,081$; $p=0,029$), ve paranoid düşünceler ($X^2=11,596$; $p=0,003$) alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Post Hoc analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre bakım verdikleri bireyin akrabası olan katılımcılarda çocuğu olan katılımcılara göre obsesif-kompulsif bozukluk, fobik anksiyete, ve paranoid düşünceler alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.5).

4.4. BAKIM VERENLERİN BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ İLE KISA SEMPTOM ENVANTERİ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde BVE ile KSE arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.1 Katılımcıların BVE ile KSE Arasındaki Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Doğrusal İlişki

		BVE Toplam
KSE Somatizasyon	<i>rs</i>	0,407
	<i>p</i>	0,000
	<i>n</i>	117
KSE Obsesif-kompulsif bozukluk	<i>rs</i>	0,329
	<i>p</i>	0,000
	<i>n</i>	117
KSE Kişiler arası duyarlılık	<i>rs</i>	0,180
	<i>p</i>	0,052
	<i>n</i>	117
KSE Depresyon	<i>rs</i>	0,195
	<i>p</i>	0,035
	<i>n</i>	117
KSE Anksiyete	<i>rs</i>	0,376
	<i>p</i>	0,000
	<i>n</i>	117
KSE Hostilite	<i>rs</i>	0,337
	<i>p</i>	0,000
	<i>n</i>	117
KSE Fobik anksiyete	<i>rs</i>	0,101
	<i>p</i>	0,279
	<i>n</i>	117
KSE Paranoid düşünceler	<i>rs</i>	0,053
	<i>p</i>	0,573
	<i>n</i>	117
KSE Psikotizm	<i>rs</i>	0,033
	<i>p</i>	0,725
	<i>n</i>	117
KSE Ek maddeler	<i>rs</i>	0,189
	<i>p</i>	0,041
	<i>n</i>	117
KSE RCİ	<i>rs</i>	0,267
	<i>p</i>	0,004
	<i>n</i>	117
KSE BTİ	<i>rs</i>	0,051
	<i>p</i>	0,583
	<i>n</i>	117
KSE SRİ	<i>rs</i>	0,350
	<i>p</i>	0,000
	<i>n</i>	117

Bakım verenlerin BVYE toplam puan ile KSE arasındaki ve alt puan boyutları arasındaki doğrusal ilişki incelendiğinde; BVYE toplam puanı ile KSE somatizasyon ($r_s=0,407$, $p<0,05$), obsesif- kompulsif bozukluk ($r_s=0,329$, $p<0,05$), depresyon ($r_s=0,195$, $p=0,035$), anksiyete ($r_s=0,376$, $p<0,05$), hostilite ($r_s=0,337$, $p<0,05$) ek maddeler ($r_s=0,189$, $p=0,041$) alt ölçek puanları ve RCİ ($r_s=0,267$, $p<0,05$), SRİ ($r_s=0,350$, $p<0,05$) global indeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. BVYE toplam puan ile KSE kişiler arası duyarlılık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm alt ölçek puanları ve BTİ global indeks puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Tablo 4.4.1).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükünün ve ruhsal belirtilerin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bu bölümde Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükünün ve ruhsal belirtilerin belirlenmesine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.1. ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre bakım yükü ile ilgili anlamlı bulunan bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadın bakım verenlerin gelişimsel, fiziksel yüklerinin ve genel olarak bakım verme yüklerinin erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç kadınların gelecekleri hakkında umutsuz olduklarını (gelişimsel yük) ve fiziksel sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiğini (fiziksel yük) göstermektedir. Literatürde araştırma bulgusuna benzer sonuçlar yer almaktadır (11,76,86,87). Taylan ve Uygun'un (2018) Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmada kadın bakım verenlerde gelişimsel, emosyonel ve toplam yükün daha fazla olduğu bulunmuştur (11). Akpınar'ın (2009) araştırmasında kadınlarda bakım verme yükünün daha fazla olduğu, kadınların bakım için daha fazla zaman harcadıkları, fiziksel ve duygusal olarak olumsuz etkilendikleri saptanmıştır (76). Yazar ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında Türk kültüründe olduğu gibi çoğu kültürde bakım verme işinin kadına ait bir görev olduğu düşünülmekte ve kadının yapması gereken basit bir iş gibi görülmektedir (86). Pudelewicz ve arkadaşlarının (2018) Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada kadınların zamanlarını büyük bir kısmını bakım verme için harcadıkları ve kendilerine zaman ayıramadıklarını bulmuştur (87). Araştırma sonucumuz literatür ile paralel olarak bakım vermede kadına atfedilen rolü düşündürmektedir.

Araştırma kapsamında evli bakım verenlerin bekarlara göre zaman-bağımlılık yükü daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç evli bakım verenlerin bakım verme için daha fazla zaman harcadıklarını ve hastalarının kendilerine bağımlı olmaları konusunda daha fazla stres yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin medeni durumlarına göre bakım yüklerinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda bakım verenlerin medeni durumları ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (6,7,15,88). Yurtsever ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında bekar bakım verenlerin bakım yükleri evli olanlara göre daha düşük bulunmuştur (89). Araştırmamızda evli bakım verenlerin bakım yükünün fazla olmasında, evli bireylerin bekarlara göre aile içi görevlerinin ve bakmakla sorumlu olduğu başka aile üyelerinin olmasının etkili olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre bakım verme yükü incelendiğinde; emeklilerin zaman-bağımlılık yüklerinin, çalışmayanların ise gelişimsel yüklerinin ve genel olarak bakım verme yüklerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Aydın ve Akpınar'ın (2016) çalışmasında bakım verenin gelir getiren bir işte çalışma durumunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (76). Onat Kaya ve Çelik'in (2016) yaptığı çalışmada herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların genel olarak bakım yükü açısından daha fazla yüke sahip oldukları belirtilmektedir (78). Taylan ve Uygun'un (2018) çalışmasında ise çalışmayan bakım vericilerin sosyal hayatlarında daha fazla sıkıntı yaşadıkları ve takdir edilmediklerini düşündükleri saptanmıştır (11). Tornatore ve Grant'ın (2002) Alzheimer hastaları ile yapmış olduğu çalışmada çalışan bakım verenlerin bakım yükünün çalışmayan bakım verenlere göre daha az olduğu saptanmıştır (90). Bu araştırma sonucuna göre çalışan bakım verenlerin gün içerisinde iş yerinde olmalarından dolayı hastadan uzak kalmaları gelecekle ilgili umutsuzluk duygularını ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Araştırma bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve genel olarak bakım yüklerinin daha

fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin bakım için fazla zaman harcadıkları ve hastalarının kendilerine bağımlı olasından daha fazla stres yaşadıkları, gelecekleri ile ilgili daha fazla umutsuz oldukları ve fiziksel sağılıklarının daha fazla olumsuz etkilendiğı söylenebilir. Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yapılan bazı çalışmalarda gelir düzeyi ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (6, 15, 71). Taylan ve Uygun'un (2018) alışmasında ise düşük gelir düzeyi olan katılımcıların olumsuz duygular yaşadıkları ve bu duygulardan dolayı suçluluk hissettikleri bulunmuştur (11). Bakım verenlerin gelir durumu azaldığında bakım verme yükü artmaktadır.

Bu çalışmada bakım verdikleri Alzheimer hastasının çocuğu olanların zaman-bağımlılık yüklerinin yani bakım için daha fazla zaman harcadıkları ve daha fazla stres yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (15). Çetinkaya ve Karadakovan' ın (2012) yaptığı çalışmada bakım verdiği bireyin çocuklarının bakım için daha fazla zaman harcadıkları ve diğer aile yeleri tarafından ihmal edildikleri, yeterince takdir edilmedikleri saptanmıştır (91). Lai ve arkadaşlarının (2018) araştırma sonuçlarına göre katılımcıların bakım verdikleri bireyin çocuklarında bakım yükü daha fazla bulunmuştur (92). Araştırma bulgusu literatürle uyumluluk göstermektedir. Bu sonuç, toplumumuzun kültür yapısına göre aile bağlarının kuvvetli olması nedeniyle bireylerin ihtiyaç duydukları desteğin daha çok çocukları tarafından karşılandığını göstermektedir.

5.2. ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN RUHSAL BELİRTİLERİNE İLİşKİN BULGULARIN TARTIşILMASI

Bu bölümde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre ruhsal belirtileri ile ilgili anlamlı bulunan bulgular tartışılmıştır.

Bu araştırmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerden cinsiyet, medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma durumu ve yakınlık derecesinin ruh sağlığını etkilediği bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki kadın bakım verenlerde somatizasyon ve anksiyete belirtileri daha sık görüldüğü bulunmuştur. Literatürde bakım veren kadınların ruhsal belirtilerinin daha fazla olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Dökmen'in (2012) Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada kadınlarda somatizasyon belirtileri daha fazla bulunmuştur (12). García-Alberca ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtileri daha fazla bulunmuştur (93). Yacı ve arkadaşlarının (2011) araştırmada ise bakım veren kadınların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon belirtilerinin erkeklere oranla daha fazla oldukları saptanmıştır (15). Araştırma sonucumuz kadınların bakım sürecinden erkeklere göre ruhsal olarak daha fazla olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Bu sonuç literatürle uyumluluk göstermektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin ruhsal belirtileri medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde obsesif-kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, psikotizm belirtileri bekarlarda evlilere göre daha fazla bulunmuştur. Koopmanschap ve arkadaşları (2004) bekâr, boşanmış ya da dul kadınların ruhsal belirtilerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir (94). Dökmen' in (2012) çalışmasında evli olmanın ruh sağlığına olumlu katkıda bulunduğu, ruhsal belirti sayısını ve olumsuz benlik algısını düşürdüğü belirtilmiştir (12). Manzini ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında evli bakım verenlerin depresyon, stres ve anksiyete belirtilerinin bekarlara göre daha az olduğu belirtilmiştir (95). Falcao ve arkadaşları da (2018) bakım veren bekarların daha fazla stres, utanç duygusu yaşadığını bulmuştur (96). Bu araştırmada elde edilen bulgular literatürle paralellik göstermektedir.

Alzheimer hastalarına bakım veren katılımcılardan çalışanların kişiler arası duyarlılık, paranoid düşünceler, psikotizm belirtilerinin çalışmayan ve emekli olan bakım verenlere göre daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuç, çalışan bakım verenlerin kendine ayırabileceği zamanının ve sosyal yaşantısının sınırlılığı ruhsal sağlığında bozulmaya neden olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin çalışma durumları ile ruhsal belirtilerin değerlendirildiği farklı ölçeklerle yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Yacı ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada depresyon bakımından çalışan ya da çalışmayan bakım verenler arasında bir fark olmadığı bulunmuştur (15). Kimura ve arkadaşlarının (2020) yaptığı

araştırmada da çalışma durumu ve bakım verenler arasında depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (97). Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak bakım verenlerin çalışma durumu ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışma kapsamında bakım verdikleri bireyin akrabası olan katılımcılarda obsesif-kompulsif bozukluk, fobik anksiyete ve paranoid düşünceler belirtilerinin daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bunun sonucunda Türk toplumunun geleneksel aile yapısına sahip olması nedeniyle bakım işinin aile bireyleri tarafından karşılanması hasta bakımını aile bireylerinin birbirlerine karşı sorumluluğu, bir görev ya da yardım etme olarak algılanmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Bakım verdikleri bireyin akrabası olanların bakım işinde takıntılı davranışları, verdikleri bakımın diğer aile üyeleri tarafından beğenilmeme düşünceleri, kendini yetersiz hissedip kaçma ve kaçınma davranışları olabileceği için ruhsal belirtiler daha fazla görülebilir. Literatürde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin ruhsal sağlık sorunları ile bakım verdikleri bireye yakınlık derecesinin birlikte incelendiği araştırma çok sınırlı olup, Yacı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bakım verenin hastaya yakınlığının depresyon açısından anlamlı olmadığı bulunmuştur (15).

5.3. ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ İLE RUHSAL BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Bu bölümde Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım yükü ile ruhsal belirtileri arasındaki ilişki tartışılmıştır.

Bu çalışmada bakım verenlerin bakım yükünün genel olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde benzer çalışmalar (92,95,96) olup Bergvall ve arkadaşları (2011) tarafından Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan çalışmada bakım verenlerin hafif- orta düzeyde yük algıladığı saptanmıştır (98). Eğilli ve Sunal'ın (2016) çalışmasında bakım veren aile bireylerinin bakım yükünün orta derecede olduğu belirlenmiştir (71).

Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin bakım yükü ile somatizasyon, obsesif- kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, hostilite, yeme,içme bozuklukları

ve ölüm üzerine düşünceler ile pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre bakım verenlerin bakım yükü arttıkça somatizasyon, obsesif- kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, hostilite, yeme,içme bozuklukları ve ölüm üzerine düşünceler belirtileri de artmaktadır. Literatürde bakım verenin algıladığı yükün, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal destek gibi değişkenlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (99-101). Manzini ve arkadaşları (2020), tarafından yapılan araştırmada tüm Alzheimer hastalarına bakım veren bakıcıların yarısından azının hafif ve orta derecede depresyon belirtilerine sahip olduğu belirlenmiştir (95). Ay ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise anksiyete ile bakım yükü arasında orta düzeyde ilişki bulunmuştur (80). Liu ve arkadaşlarının (2017) Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada bakım verenlerde stres, depresyon, anksiyete, uyku kalitesinin bozulması gibi belirtilerin arttığı bulunmuştur (102). Araştırma sonucumuz, Alzheimer hastasına bakım vermenin, kişide fiziksel olarak fazla enerji tüketen, zamanının büyük bir kısmını oluşturan, maddi ve psikolojik olarak yorucu bir görev olduğunu göstermektedir. Ayrıca bakım verenlerin sürekli uyanık olmak zorunda olmaları, sorumluluk duygusu, bakım verenler üzerinde stres oluşturmaktadır. Gelecekteki günlerini düşündüklerinde kaygı duymaktadırlar. Bakmak zorunda oldukları kendi ailesine karşı da sorumluluk duydukları için rol çatışması yaşamaktadırlar. Bununla birlikte bakım verdikleri bireyin normal olmayan davranışlarına karşı tepki verdikleri için suçluluk duygusu hissetmektedirler.

6.SONUÇLAR

Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım yükünün ve ruhsal belirtilerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma toplam 117 katılımcı ile birlikte yürütülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar, 18 ile 65 arasında değişen yaşlarda olup, yaş ortalaması $43,21 \pm 14.13$ ’ dür. Bakım veren katılımcıların %65,8’ i (n=77) kadın, %59’ u (n=69) evli, %33,3’ ü (n=39) üniversite mezunu, %66,7’ sinin (n=78) çocuk sahibi, %52,1’ i (n=61) gelir getiren bir işte çalışan ve bakım verdiği bireyin %51,3’ ü (n=60) oğlu veya kızıdır.

Araştırma kapsamında ulaşılan sonuçlar;

- Araştırmada katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi ve bakım verdiği bireye yakınlık durumu ile BVYE alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Bakım verenlerin cinsiyet değişkenine göre kadınlarda gelişimsel, fiziksel yüklerinin ve genel olarak bakım verme yükü puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu,
- Bakım verenlerin medeni durum değişkenine göre evlilerde zaman-bağımlılık yükünün daha fazla olduğu,
- Bakım verenlerin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre emeklilerin zaman-bağımlılık yükü, çalışmayanların ise gelişimsel ve genel olarak bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu,
- Gelir düzeyi düşük olan katılımcılarda bakım yükünün önemli düzeyde fazla olduğu,
- Bakım verenlerin yakınlık derecesi değişkenine göre hastanın çocuğu olanlarda zaman-bağımlılık yükü puanlarının yüksek olduğu,

- Araştırmada katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu ve bakım verdiği bireye yakınlık durumu ile KSE alt boyut ve global indeks puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Bakım verenlerin cinsiyet değişkenine göre kadınlarda somatizasyon ve anksiyete belirtilerinin daha sık görüldüğü,
- Bakım verenlerin medeni durum değişkenine göre bekarlarda obsesif-kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, psikotizm belirtilerinin daha sık görüldüğü,
- Çalışan bakım verenlerde kişiler arası duyarlılık, paranoid düşünceler, psikotizm belirtilerinin daha fazla olduğu,
- Bakım verdikleri bireyin akrabası olanlarda obsesif-kompulsif bozukluk, fobik anksiyete ve paranoid düşünceler belirtilerinin daha sık görüldüğü saptanmıştır.
- BVYE toplam puanlarının orta düzeyde olduğu,
- KSE alt boyut ve global indeks puanlarının zayıf-orta düzeyde olduğu,
- Bakım verme yükü arttıkça somatizasyon, obsesif- kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, hostile, yeme,içme bozuklukları ve ölüm üzerine düşünceler belirtilerinin de arttığı saptanmıştır.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenlerin iyilik durumunun devamlılığının sağlanabilmesi ve daha sağlıklı bakım verebilmeleri amacıyla bakım, destek ve tedavi hizmetlerinden faydalanmaları için profesyonel ekiplerden oluşan destek grupları oluşturulması,
- Bakım verenlere bakım verme ile ilgili eğitimler düzenlenmesi,
- Ailenin diğer bireylerinde ve sağlık çalışanlarında bakım verme sorumluluğunun paylaşılması amacıyla bakım yükü ile ilgili farkındalık oluşturulması,
- Düşük gelir düzeyinin bakım yükü üzerinde etkisi fazla olduğu için, buna yönelik gerekli maddi desteklerin artırılması,

- Bu konu ile ilgili daha büyük örneklem grupları ile çalışmalar yapılması önerilmektedir.



7.KAYNAKLAR

1. Akyar, İ., Akdemir, N., (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16(3), 32-49.
2. Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., & Fulmer, T., (2008). Evidence Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice. 3rd Edition, Springer Publishing Company, New York, pp.127.
3. Gauthier, S., (1999). Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease, Second Edition, Martin Dunitz Ltd., United Kingdom,
4. Özkay, Ü., D., Öztürk, Y., Can, Ö., D., (2011). Alzheimer Hastalığı. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 18(1) /35-42
5. Akdemir, N., Birol, L., (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara
6. Tezcan, S., Yıldız, A., (2017). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadıkları Güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye
7. Aydın, Ö., Akpınar, E., (2016). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Hastalık Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana
8. Sakakibara, K., Kabayama, M., Ito, M. (2015). Experiences Of "Endless" Caregiving Of Impaired Elderly At Home By Family Caregivers: A Qualitative Study. BMC Research Notes. 8: 827.
9. Özer, S. (2010). Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. Türk Geriatri Dergisi, Özel Sayı- 3, 27-35.
10. Sales, E., (2003). Family Burden And Quality of Life. Qual Life Res, 12(Suppl 1), 33-41
11. Kaya Uygun Ü., Taylan, H. H., (2018). Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, Jass Studies-The Journal of Academic Social Sci-ence Studies, Doi number: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7819>, Number: 71 Autumn II, p. 513-531.
12. Dökmen, Z. Y., (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(1), 3-38.
13. Yıldırım, F. G., Işıl, Ö., (2014). Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Durumları ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
14. Ören, N., Özdemir, S., (2016). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
15. Yacı, Ö., Kulaksızoğlu, B., İ., (2011). Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
16. Selekler, K., (2009). Alzheimer Hastalığı' nın Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörleri, Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics, 2(1):10-3
17. Taneli, B., (2017). Geriatrik Psikiyatri'de Alzheimer Hastalığı ve Önleme Stratejileri, Gerontoloji, Nobel Yayınevi www.bto.org.tr
18. Williams, J., W., Plassman, B., L., Burke, J., Holsinger, T., Benjamin S., (2010). Preventing Alzheimer's Disease And Cognitive Decline, AHRQ Publication No. 10-E005
19. Carter, C., L., Resnick, E., M, Mallampalli, M., Kalbarczyk, A., (2012). Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease: Recommendations For Future Research, Journal of Women's Health, Volume 21, Number 10
20. Selekler, K., (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı, Türk Geriatri Dergisi, 13/ Özel Sayı 3: 9-14
21. Liu, C-C., Kanekiyo, T, Xu, H., Bu, G., (2013). Apolipoprotein E And Alzheimer Disease: Risk, Mechanisms And Therapy, Nature Reviews Neurology, Feb 9(2): 106-118
22. Polat, F., (2009). Alzheimer Tipi Demansta Kraniyal MRG Volumetrik İnceleme. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, 78 s.
23. Işık, A., T., (2012). Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı, Geriatrik Sendromlar Dizisi 5, 183-197
24. www.nhs.uk, (2011). Alzheimer's in The News Fear And Fascination
25. Povova, J., Ambroz, P., Bar, M., Pavukova, V., Sery, O., Tomaskova, H., Janout, V., (2012). Epidemiological of And Risk Factors For Alzheimer's Disease: A review, Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. Jun, 156(2): 108-114

26. Barnes, E., D, Yaffe, K., (2011). The Projected Effect of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence, *Lanset Neurol* 10: 819-28
27. Green, R., C., Cupples, L., A, Kurz, A., Auerback, S., Go, R., Sadovnick, D., Duara, R., Kukull, W., A., Chui, H., Edeki, T., Griffith, P., A, Friedland, R., P., Bachman, D., Farrer, L., (2003). Depression As A Risk Factor For Alzheimer Disease, *Arch Neurol*, 753-759
28. Gürvit, H., Emre, M., Tinaz, S., ve ark., (2008). The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*; 23(1): 67-76.
29. Bickel, H., Kurz A., (2009). Education, Occupation, and Dementia: The Bavarian School Sisters Study, *Dement Geriatr Cogn Disord*, 27:548–556
30. Mesulam, M., (2004). Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri In: Gürvit IH Ed., Ankara: Yelkovan Yayıncılık
31. Erkol, G., (2009). Alzheimer Hastalığı'nın Etiyolojisi ve Patofizyolojisi Üzerine Teoriler. *Türkiye Klinikleri J Neurol Special Topics*, 2(1):14-19.
32. Mesulam, M-M. (2000). Aging, Alzheimer's Disease and Dementia: Clinical and neurobiological perspectives. In: M.-Marsel Mesulam (ed): *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*, New York, Oxford University Press.; (2nd edition), pp. 439–522.
33. 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.
34. Öktem, Ö. (2003). Alzheimer Hastalığının Erken Orta ve İleri Dönemlerinde Genel Kognitif Profil. In: Karakaş S Ed., *Beyin ve Nöropsikoloji*. Ankara, Çizgi Yayıncılık
35. Gürvit, I., H., (2014). İlerleyici Kognitif Bozukluklar ve Demans. In: Gürvit IH, Ankara, Ada Yayıncılık
36. Feldman, H., H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H., M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H., (2008). Diagnosis and Treatment of Dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*, 178(7): 825–836.
37. Köroğlu, Ç., (2014). Alzheimer Hastalarında Yürüyüş ve Denge Değerlendirmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli
38. Polat, G. D., (2013). Alzheimer Hastalığının Antropolojisi, Doktora Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
39. Terry, R., D., Katzman, R., Bick, K., L, Sisodia, S., S., (1999). Alzheimer Disease. In: Gürvit IH Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2nd ed., Ankara: Yelkovan Yayıncılık, 11–25.
40. Şahin, H. A., (2009). Alzheimer Hastalığını Klinik Belirtileri ve Seyri, *Türkiye Klinikleri*, 2(1)
41. Eker, E., (2005). Demansta Davranış ve Psikolojik Semptomlar. *Türkiye Klinikleri J. Int Med Sci*, 1(29):17–25
42. Tamam, L. ve Öner, S., (2001). Yaşlılık Çağı Depresyonları, *Demans Dergisi*, 1(2)
43. Bylsma, F., W., Folstein, M., F., Devenand, D., P., Richards, M., Bello, J., Albert, M., Stern, Y., (1994). Delusions and patterns of cognitive impairment . *Neuropsychiatr Neuropsychology Behav. Neurology*, 7: 98-103.
44. Kulaksızoğlu, İ. B. (1999). Demanslı Hastalarda Görülen Psikiyatrik ve Davranışsal Sorunlar, *Nöropsikiyatri Arşivi* 36(2), 103-108
45. Gürvit, I., H., (2010). Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. Erişim: www.itfnoroloji.com.
46. Gürvit, H., (2004). Sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları. Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. In: Öge AE Eds. *Nöroloji*, İstanbul: Nobel Matbaacılık; 367–415.
47. Camargos, E. F., Scoralick F. M, Louzada, L. L., Quintas, J. L., Nobrega, O. T., (2015). Alzheimer's Disease and Sleep Disorders: A Descriptive Study of Actigraphic and Clinical Presentation Based on Neuropsychiatric Inventory. *Austin Alzheimers J Parkinsons Dis*, 2(1): 1019.
48. Galasko, D., Bennet, D., Sano, M., Ernesto, C., Thomas, R., Grundman, M., Ferris, S., (1997). An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. *Alz Dis Assoc Disord*, 11: 33–39.
49. Yazıcı, T. G., Şahin, H. A., (2010). Alzheimer Hastalığı. *Klinik Gelişim Dergisi*, (1): 48-52.
50. Özkay, D. Ü., Can, Ö. D., Özkay, Y., Öztürk, Y., (2017). Anti-Alzheimer Etki Potansiyelleri Açısından Benzotiyazol/ Piperidin/ Piperazin Türevleri, 18 Haziran 2020 tarihinde http://anes.anadolu.edu.tr/upload/anes2017_kitapcik.pdf adresinden erişildi.

51. Taşdemir, G., (2008). İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara
52. Dereli, N., Gün, Ö., Haşçıçek, C. (2016). Alzheimer Hastalığı Tedavisinde Nano Boyutlu İlaç Taşıyıcı Sistemlerinin Kullanımı, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 40(1), 54-73.
53. Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T., (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Nöropsikiyatri Arşivi, 46:38-42.
54. Karahan, A. Y., İslam, S., (2013). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, MÜSBED;3(Suppl. 1): S1-S7
55. Hunt, C. K., (2003). Concepts in Caregiver Research. J Nurs Scholarship; 35: 27–32
56. Tekin, T. G., Yurtsever S., (2018). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin
57. 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.
58. 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.
59. Alzheimer's Association. (2017). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dement, 13, 325-373
60. 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.
61. 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
62. 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
63. 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
64. 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.
65. 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
66. 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
67. 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.
68. Williams, C., (2011). Marriage and mental health: When a spouse has Alzheimer's disease. Arch Psychiatr Nurs, 25, 220-222.
69. Alzheimer's Association Report (2018), Alzheimer's disease facts and figures. URL: https://www.alz.org/documents_custom/2018-facts-and-figures.pdf
70. Selçuk, K. T., ve Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 1-9.
71. Eğilli, Ç.E., Sunal, N., (2017). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. JAREN, 3(2), 83-91.
72. Duffy, H., (2005). The Alzheimer's Association National Policy Agenda, Nc Med., 66(1), s.26-29
73. Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Alzheimer Hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişilerin yükü. Nöropsikiyatri Arşivi, 54, 81-86.

74. Ponce, C. C., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Dias dos Santos, G., Viola, L. F., Nunes, P. V., Forlenza, O. V., & Cachioni, M., (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*, 5(3), 226-237.
75. Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane K., Covinsky, K.E., (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*, 287(16), 2090-2097.
76. Akpınar, B. (2009). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
77. Uslu, A., (2018). Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ile Yaşam Kaliteleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
78. Onat, Kaya, H., Çelik Y., (2018). Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4): 625-640
79. Kalıncara, V., Kalaycı, I., (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik, *YSAD-EIRJ*, 10(2):19-39
80. Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O., Sayar, H. G., (2017) Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, *Family Practise Palliative Care*. Dec;2(3):38-44
81. Soner, S., Aykut, S., (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, Cilt 3, Sayı 2, Sayfa 375-387
82. Yıldırım, S., Engin, E., Başkaya, V. A., (2013) İnnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50 : 169-174
83. Novak M, Guest C. Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory, *Gerontologist* 1989; 29(6): 798-803
84. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. (2009) Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumı için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *J Neurol Sci Turk*, 26(1): 60-73.
85. Şahin, N. H., Durak A., (1994). Kısa Semptom Envanteri:Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 9(31): 44–56.
86. Yazar, T., Yazar, H. O., Demir, Y. E., Özdemir, F., Çankaya, S., Enginyurt, Ö., (2018). Assessment of the mental health of carers according to the stage of patients with diagnosis of Alzheimer-type dementia, *Neurological Sciences*, <https://doi.org/10.1007/s10072-018-3293-6>
87. Pudelewicz, A., Talarska, D., Bazczyk, G., (2018). Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease, *Nordic College of Caring Science, Scand J Caring Sci*, doi:10.1111/scs.12626
88. Malak, A., Dicle, A., (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-21.
89. 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: Crosssectional study *journal of nursing education and practice*, Vol. 3, No. 9. www.sciedu.ca/jnep.
90. Tornatore, J., and Grant, L., (2002). Burden Among Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease in Nursing Homes. *The Gerontologist* 42(4): 497-506.
91. Çetinkaya, F., Karadakovan, A., (2012). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 15 (2): 171-178
92. Lai, C., Cipriani, M., Renzi, A., Luciani, M., Lombardo, L., Aceto, P., (2018). The Effects of the Perception of Being Recognized by Patients With Alzheimer Disease on a Caregiver's Burden and Psychophysical Health, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-7
93. 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'l. J. Psychiatry In Medicine*, Vol. 41(1) 57-69
94. Koopmanschap, M. A., van Exel NJA, van den Bos GAM, van den Berg B, Brouwer WBF. (2004). The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy*; 68: 309–320.
95. Manzini, C. S. S., Vale, F. A. C. Do, (2020). Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease, *Dement Neuropsychol March*;14(1):56-61, <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010009>

96. Falcão, D., Braz, M., Garcia, C., Santos, G., Yassuda, M., Cachioni, M., et al. (2018). Psychogerontology attention for caregivers of seniors relatives with alzheimer's disease. *Psic Saúde Doenças*;19(2):377-89
97. Kimura, N. R.S., et al, (2020). Young- and Late-Onset Dementia: A Comparative Study of Quality of Life, Burden, and Depressive Symptoms in Caregivers *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 1-11
98. Bergvall, N., Brinck, P., Eek, D., Gustavsson, A., et al. (2011) Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 23:73–85.
99. Tel, H., Ertekin, P. Ş., (2013). Investigation of the Relationship between Burnout and Depression in Primary Caregivers of Patients with Chronic Mental Problems. *Journal of Psychiatric Nursing*; 4:145–52.
100. Schulze B, Rössler W. (2005). Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry*; 18:684–91.
101. Atagün, M. İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., ve ark., (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3:513–52
102. Liu, S., Liu, J., Wang, XD., Shi, Z., Zhou, Y., Li, J., Yu, T., and Ji, Y., (2017). Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease *International Psychogeriatrics*: page 1 of 8 © International Psychogeriatric Association, doi:10.1017/S1041610217002630



8. EKLER

EK 1: Veri Toplama Formu

EK 2: Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (BVYE)

EK 3: Kısa Semptom Envanteri (KSE)

EK 4: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı

EK 5: SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi TÜEK Onayı,

EK 6: Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni

EK 7: Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni

EK 8: Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni

EK 9: Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri (BVYE) Kullanma İzni

EK 10: Kısa Semptom Envanteri (KSE) Kullanma İzni

EK 1**VERİ TOPLAMA FORMU**

Tanıtıcı formda yanıtalamanız için kimliğinizi ortaya çıkarmadan doğum yılı, cinsiyet gibi özellikler ve konuya ilişkin sorular sorulmuştur. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmanın seyri hakkında bilgi almak isterseniz araştırmacılara ayrıca e-posta adresi veriniz.

1) Cinsiyet: () Kadın () Erkek

2) Doğum tarihi (yıl):.....

3) Medeni durum: () Evli () Bekar () Dul/Boşanmış

4) Çocuk sahibi olma durumu: () Var(sayısı.....) () Yok

5) Eğitim durumu: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans ve üstü

6) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?: () Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli

7) Gelir düzeyiniz: () Düşük gelirli () Orta gelirli () Yüksek gelirli

8) Hastaya yakınlık dereceniz: () Eşi () Oğlu/kızı () Akraba () Bakıcı

9) Bakım verme süresi :.....

10) Bakım verme alanı: () Maddi destek () Psikolojik destek () Tüm ihtiyaçlar

11) Kronik hastalığınız: () var () yok

12) Bakım eğitimi : () Aldım () Almadım

13) Hasta ile birlikte yaşama durumu: () Evet () Hayır

14) Bakımda destek alma durumu: () Alıyorum () Almıyorum

15) Bakımda desteğe ihtiyaç duyulan konular: () Hastanın fiziki bakımı () Ekonomik destek
() Ev işleri () Refakat () Tedavi () Ulaşım

16) Herhangi bir psikolojik destek (ilaç ,terapi vb.) alma durumu: () Alıyorum (belirtiniz)
() Almıyorum

17) Bakım verme nedeniniz: () Ailevi sorumluluk/aile bağı () bakacak kimsesi yok () Ekonomik katkı () Diğer.....

18) Hastanızın doğum tarihi (yıl):.....

19) Hastanızın cinsiyeti: () Kadın () Erkek

20) Hastanızın hastalık süresi:.....

21) Hastanızın medeni durumu: () Evli () Bekar () Dul/ boşanmış

22) Hastanızın eğitim durumu: () Okur-yazar değil () ilköğretim () lise () üniversite/y.lisans

23) Hastanızın kronik hastalığı : () var () yok

24) Hastanızın sosyal güvencesi: () var () yok

25) Hastanızın geliri : () var () yok

EK 2

BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ				
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	3 puan Oldukça Tanımlıyor	4 puan Çok Tanımlıyor
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.				
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.				
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım				
4. Bakım verdiğim kişi bir çok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.				
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok				
Puan				
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum				
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.				
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi				
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum				
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum				
Puan				
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.				
12. Sağlığım olumsuz etkilendi				
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.				
14. Fiziksel olarak yorgunum.				
Puan				
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.				
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor				
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum				
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum				
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.				
Puan				
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.				
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum				
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum				
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum				
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum				
Puan				
TOPLAM PUAN				

EK 3

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne

kadar var?

	Hiç				Çok fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	①	①	②	③	④
2.Baygınlık, başdönmesi	①	①	②	③	④
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	①	①	②	③	④
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	①	①	②	③	④
5.Olayları hatırlamada güçlük	①	①	②	③	④
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	①	①	②	③	④
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	①	①	②	③	④
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	①	①	②	③	④
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	①	①	②	③	④
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	①	①	②	③	④
11.İştahta bozukluklar	①	①	②	③	④
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	①	①	②	③	④
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	①	①	②	③	④

14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	①	①	②	③	④
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	①	①	②	③	④
16.Yalnızlık hissetmek	①	①	②	③	④
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	①	①	②	③	④
18.Hiçbirşeye ilgi duymamak	①	①	②	③	④
19.Ağlamaklı hissetmek	①	①	②	③	④
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	①	①	②	③	④
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	①	①	②	③	④
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	①	①	②	③	④
23.Mide bozukluğu, bulantı	①	①	②	③	④
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	①	①	②	③	④
25.Uykuya dalmada güçlük	①	①	②	③	④
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	①	①	②	③	④
27.Karar vermede güçlükler	①	①	②	③	④
28.Otobüs,tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	①	①	②	③	④
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	①	①	②	③	④
30.Sıcak, soğuk basmaları	①	①	②	③	④
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	①	①	②	③	④
32.Kafanızın bomboş kalması	①	①	②	③	④

33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	①	①	②	③	④
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	①	①	②	③	④
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	①	①	②	③	④
36.Konsantrasyonda(dikkati birşey üzerine toplama) güçlük	①	①	②	③	④
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	①	①	②	③	④
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	①	①	②	③	④
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	①	①	②	③	④
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	①	①	②	③	④
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği	①	①	②	③	④
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışma	①	①	②	③	④
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	①	①	②	③	④
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	①	①	②	③	④
45.Dehşet ve panik nöbetleri	①	①	②	③	④
46.Sık sık tartışmaya girmek	①	①	②	③	④
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	①	①	②	③	④
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	①	①	②	③	④
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	①	①	②	③	④
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	①	①	②	③	④
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	①	①	②	③	④

52.Suçluluk duyguları	①	①	②	③	④
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	①	①	②	③	④



EK 4


T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

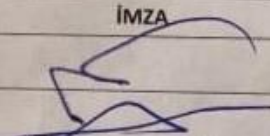
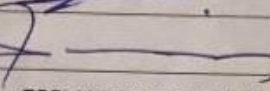
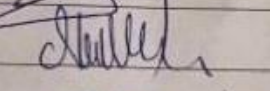
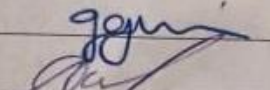
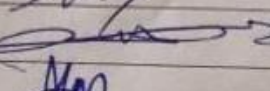
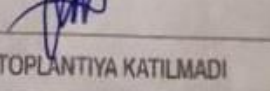
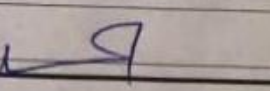
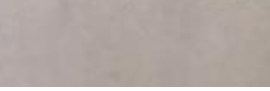
Sayı : 46418926 12.11.2019

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 12 KASIM 2019 SALI
 TOPLANTI NO : 2019/16
 PROJE/ KARAR NO : 19/367 (Değerlendirilme Tarihi: 12.11.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ'ün sorumlu araştırmacı, Ümmühan DİKİLİLER'in yardımcı araştırmacı olduğu 19/367 kayıt numaralı, "**Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Ruhsal Belirtiler**" başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Üroloji AD Bşk.lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (KBRN, Enstitü)	TOPLANTIYA KATILMADI
5	Prof. Dr. Yusuf İZCI (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)	
6	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANİ (Histoloji AD.Bşk.lığı)	
7	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Hemşirelik Fakültesi)	
8	Doç. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Genel Cerr. AD Bşk.lığı)	
9	Doç. Dr. Cantürk TAŞÇI (Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)	
10	Doç.Dr. Suat DOĞANCI (Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)	
11	Doç. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	TOPLANTIYA KATILMADI
12	Dr.Öğr.Üyesi Mustafa GÜNEY (Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
 Etik-Ankara
 Telefon: 0 (312) 304 6135

EK 5



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARASTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 26.12.2019

KARAR NO: 14/1

26.12.2019 TARİHLİ 14/1 KURUL KARARININ DEVAMIDIR

9. GEAH Gastroenteroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Harun ERDAL**'ın 03.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-806.02.02.20418 sayılı "Uzm.Dr. Harun ERDAL'ın Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Hepatit C Enfeksiyonunda Karaciğer Patolojik Evreleri İle Albumin-Bilirubin Skoru Arasındaki İlişki**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
10. GEAH Gastroenteroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Harun ERDAL**'ın 03.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-806.02.02.20419 sayılı "Uzm.Dr. Harun ERDAL'ın Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Kolorektal Polipler İle Mide Premalign Lezyonları Arasındaki İlişki**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
11. GEAH Gastroenteroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Harun ERDAL**'ın 03.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-806.02.02.20415 sayılı "Uzm.Dr. Harun ERDAL'ın Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**CSSQP Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
12. GEAH Dahiliye ve Yoğun Bakım Kliniğinde görev yapmakta olan **Tezsiz Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Atike SOY**'un 04.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-806.02.02.20476 sayılı "Bilimsel Çalışma Hk. (Hem.Atike SOY)" konulu dilekçesi ve "**0-5 Yıl Deneyimi Olan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yoğun Bakımda Gerçekleşen Ölümlere Karşı Düşüncelerinin Belirlenmesi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş olup, araştırma konusu ile ilgili olarak uygulanacak olan **anket/ölçek formundaki bazı soruların kurum ile ilgili idari hususları içermesi nedeniyle araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmemiştir**.
13. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 28.11.2019 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.56 sayılı ve "Emine ÖKSÜZ (Ümmühan DİKİLİLER) (Tez Çalışması)" konulu **Araştırmacı Ümmühan DİKİLİLER**'in "**Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Ruhsal Belirtiler**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
14. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 29.11.2019 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.63 sayılı ve "Merve ÇAKICI (Tez Çalışması)" konulu **Yüksek Lisans Öğrencisi Merve ÇAKICI**'nın "**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Dispne, Bakım Bağımlılığı ve Kırdanlık Arasındaki İlişki**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
15. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 28.11.2019 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.59 sayılı ve "Aylin HELVACI (Leyla ÖZDEMİR, Nur İZGÜ) (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR ile Dr.Öğr. Üyesi Nur İZGÜ**'nün "**Oksijen Tedavisi Kullanan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yorgunluk Algısı: Nitel Bir Araştırma**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
16. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 11.12.2019 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.136 sayılı ve "Uzm.Dr. Sabri DEMİR (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Uzm.Dr. Sabri DEMİR**'in "**Acil Doktorlarının Çocuk Yanık Olgularına Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi: Bir Anket Çalışması**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması araştırma konusu ile ilgili olarak uygulanacak olan **anket/ölçek formundaki bazı soruların kurum ile ilgili idari hususları içermesi nedeniyle araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmemiştir**.

EK 6

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

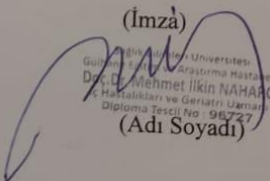
FORM 3

TARİH
18.09.2019

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA**

Sorumlu araştırmacısı Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ olan “ Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Ruhsal Belirtiler ” isimli projenin Anket yöntemlerini içeren kısmı Geriatri Anabilim Dalımızda yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

(İmza)

Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ
Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı
Diploma Tescil No : 96727
(Adı Soyadı)

EK 7



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

FORM 3

TARİH
18-09-2019

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA**

Sorumlu araştırmacısı Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ olan “ Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Ruhsal Belirtiler ” isimli projenin Anket yöntemlerini içeren kısmı Nöroloji Anabilim Dalımızda yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

(İmza)
Gülhane Eği. ve Araştırma Hast.
Doç. Dr. Ömer KARADAĞ
Nöroloji Uzmanı
Sicil No DR193708
(Adı Soyadı)

EK 8



FORM 3

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

TARİH
18.09.2019

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA**

Sorumlu araştırmacısı Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ olan “ Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Ruhsal Belirtiler ” isimli projenin Anket yöntemlerini içeren kısmı İç Hastalıkları Anabilim Dalımızda yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

(İmza)
Prof. Dr. Ömer ARAL
Dah. Tıp Bil. Böl. Başkanı
(Adı Soyadı)

EK 9

19.07.2020

Gmail - anket hk



Ümmühan DİKİLİLER <ummuhandikililer@gmail.com>

anket hk

aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>

23 Eylül 2019 11:39

Alıcı: Ümmühan DİKİLİLER <ummuhandikililer@gmail.com>

Sayın Dikililer,
söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. iyi çalışmalar...
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün
[Alınan metin gizlendi]

EK 10

19.07.2020

Gmail - Ölçek hk.



Ümmühan DİKİLİLER <ummuhandikililer@gmail.com>

ölçek hk.

Özlem Küçükgüçlü <ozlem.kguclu@deu.edu.tr>

14 Ekim 2019 15:28

Alıcı: Ümmühan DİKİLİLER <ummuhandikililer@gmail.com>

Sayın Ümmühan Dikililer

Türkiye’de geçerlik güvenirliği ben ve arkadaşlarım tarafında gerçekleştirilen Bakımverenlerin Yükü Envanteri’ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçek hakkında ayrıntılı bilgiyi ekte bulabilirsiniz. Bir sorunuz olursa çekinmeden sorabilirsiniz.

Prof. Dr. Özlem Küçükgüçlü

[Alınan e-posta metni gizlendi]

ölçek bilgi.doc
77K

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ümmühan DİKİLİLER

Doğum yeri ve tarihi: Konya, 03.10.1983

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu :0 505 457 72 74

Yabancı dili: İngilizce 2018 YÖKDİL notu: 58,75

II- Eğitimi

2000-2004: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

2018-2020: Gülhane SBÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

III- Ünvanları

Hemşire

Aile Danışmanı

Meslek Dersi Öğretmeni

IV- Mesleki Deneyimi:

2004-2005: GATA Hematoloji Kliniği

2005-2007: 2. J. Eğt. Tug. K.lığı Reviri

2007-2010: J. Gn. K.lığı Sağlık Kısım Amirliği

2010-2013: Şırnak Asker Hastanesi

2013-2014: GATA Göz Kliniği

2016-2018: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

2018-2019: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

2019-.....: Özel Ankara Ayyıldız Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: --

VI-Bilimsel İlgi Alanları: Makale okumak ve analiz etmek, Aile Danışmanlığı,

Bilişsel Davranışçı Terapi

Yayınları: --

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: --

Katıldığı paneller (panelist olarak): --

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

2017 Pedagojik Formasyon Sertifikası

2019 Aile Danışmanlığı Sertifikası

2019 İşyeri Hemşireliği, Diğer Sağlık Personeli Sertifikası

