



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**ALZHEIMER HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM
YÜKLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ**

Büşra Neva TEKİN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

ALZHEIMER HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM
YÜKLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Büşra Neva TEKİN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

KABUL VE ONAY

Büşra Neva TEKİN tarafından hazırlanan “Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi” başlıklı bu çalışma, 01.06.2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nigar Esra ERKOÇ ATAÖĞLU (Başkan)

Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)

Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK (Üye)

Doç. Dr. Mesut TELEŞ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

01/06/2022

Büşra Neva Tekin

¹ “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

(1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

(2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

(3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Büşra Neva TEKİN

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgisi ve tecrübesiyle her zaman yol gösterici olan, her gün beni zor soruları sormaya ve cevapları bulana kadar durmamaya zorlayarak bana ilham veren tez danışmanım Prof. Dr. SIDIKA KAYA'ya

Çalışmamın veri toplama sürecinde katkı sağlayan, sıcak tavırlarıyla desteğini esirgemeyen ve tez jürimde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Nigar Esra ERKOÇ ATAÖĞLU'na, çalışmama katılmayı kabul edip zaman ayırarak katkı sağlayan Alzheimer hasta yakınlarına,

Tez yazma sürecimde ve iş hayatımda telkinleri ve enerjisi ile bana her zaman destek olan içten dostluğunu her zaman hissettiğim sevgili arkadaşım Öğr. Gör. Elvan ÖZCAN GÜLŐEN'e,

Hayat boyu her zaman arkamda olup her zorluğumda bana destek olan ve bugün olduğum kişi olmamda belirleyici olan, sevgili annem Handan DUYMAZ'a, babam Aydın DUYMAZ'a ve kardeşim Beyza DUYMAZ'a,

Son olarak her zaman desteğini hissettiğim, tez yazma sürecimdeki tüm stres ve kaygılarımı paylaştığım, yoğun çalışma dönemlerimde sabrı ve anlayışıyla daima yanımda olan hayattaki en değerli varlığım sevgili eşim Baransel TEKİN'e sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

TEKİN, Neva Büsra. *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.

Alzheimer hastalığı, aşamalı olarak ilerleyen bilişsel ve işlevsel eksikliklerin yanında davranış değişiklikleri içeren nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer hastaları, hastalığın ileri evrelerinde bilişsel kayıp nedeniyle tam zamanlı bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu araştırmanın amacı, Ankara’da bir üniversite hastanesinin demans polikliniğine başvuran Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirmektir. Ayrıca Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, bakım veren ve alan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre değişip değişmediği de incelenmiştir. Çalışmada Novak ve Guest (1989) tarafından geliştirilen ve Küçükgüçlü ve arkadaşları (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan “Bakım Verenlerin Yükü Envanteri” ile Walker ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen, Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır. Anketler 18.06.2021–15.04.2022 tarihleri arasında demans polikliniğine başvuran 84 Alzheimer hastasına bakım veren kişiye uygulanmıştır. Verilerin analizinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik (t) testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), pearson korelasyon analizi (r) ve regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre 50-64 yaşlarındaki bakım verenlerin 34-49 yaşlarındakilere, hasta ile aynı evde yaşayanların aynı evde yaşamayanlara, bir işte çalışanların emekli olanlara, evde 1-2 kişi olarak yaşayanların 3 ve üzeri kişi olarak yaşayanlara göre bakım verme yükünün daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaya 2 ve daha az yıldır bakım verenlerin 3-4 yıldır bakım verenlere göre daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiği saptanmıştır. Bakım Verenlerin Yükü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,396$, $p\leq 0,001$) saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları değişiminin %16’sı bakım verme yükü tarafından açıklanmaktadır. Bakım veren kişilere Alzheimer hastalığı konusunda bilgilendirici ve destekleyici eğitimler verilmesinin veya programlar sunulmasının planlanması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler

Bakım verme yükü, Alzheimer Hastalığı, Bakım veren, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları,

ABSTRACT

TEKİN, Neva Büsra. *The Effect of Care Burden of Caregivers of Alzheimer's Patients on Their Healthy Lifestyle Behaviours*, Master Thesis, Ankara, 2022.

Alzheimer's disease is a neurodegenerative disease that causes gradually increasing cognitive and functional deficits as well as behavioural changes. In advanced stages, patients need full-time care due to the cognitive loss. The aim of this study is to evaluate the effects of caregiving burdens on healthy lifestyle behaviors of individuals who takes care of the Alzheimer's patients who applied to the dementia clinic of a university hospital in Ankara. In addition, it was also investigated whether the care burden and healthy lifestyle behaviors of caregivers of Alzheimer's patients change according to the sociodemographic characteristics of caregivers and care recipients. In the study, "Caregiver Burden Inventory" developed by Novak and Guest (1989) and adapted into Turkish by Küçükgüçlü et al. (2009), and "Healthy Life Style Behaviour Scale II" developed by Walker et al. (1996) and adapted into Turkish by Bahar et al. (2008)." were used. The questionnaires were applied to 84 caregivers of Alzheimer's patients who applied to the dementia outpatient clinic between 18.06.2021 and 15.04.2022. Significance (t) test of the difference between two means, one-way analysis of variance (ANOVA), pearson correlation analysis (r) and regression analysis were used. It was determined that the caregivers aged 50-64 compared to aged 34-49, those living in the same house with the patient compared to those who do not live in the same house, those who work compared to those who are retired, those who live as 1-2 people compared to those who live ≥ 3 people have a higher caregiving burden than the latter. A negative and significant relationship ($r=-0.396$; $p\leq 0,001$) was found between Caregivers Burden and Healthy Lifestyle Behaviours. 16% of Healthy Lifestyle Behaviours change is explained by caregiving burden. It has been suggested to plan programs that inform and support caregivers on Alzheimer's disease.

Keywords

Caregiver burden, Alzheimer's Disease, Caregiver, Healthy lifestyle behaviours

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: YAŞLILIK.....	4
1.1. YAŞLILIK KAVRAMI	4
1.2. NÜFUSUN YAŞLANMASI.....	4
1.2.1. Türkiye’de ve Dünyada Yaşlılık	5
2.BÖLÜM: ALZHEIMER HASTALIĞI.....	7
2.1. ALZHEIMER HASTALIĞI TARİHÇESİ.....	7
2.2. ALZHEIMER HASTALIĞININ TANIMI	8
2.3. ALZHEIMER HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ	10
2.4. ALZHEIMER HASTALIĞININ RİSK FAKTÖRLERİ	11
2.4.1. Alzheimer Hastalığı için Değiştirilemez Risk Faktörleri	12
2.4.1.1. İleri Yaş	12
2.4.1.2. Cinsiyet	12
2.4.1.3. Genetik	12
2.4.1.4. Down Sendromu	13
2.4.2. Alzheimer Hastalığı için Değiştirilebilir Risk Faktörleri	13
2.4.2.1. Eğitim Seviyesi	14
2.4.2.2. İşitme Kaybı	14
2.4.2.3. Hipertansiyon, Diyabet, Obezite	15
2.4.2.4. Sigara Kullanımı	15
2.4.2.5. Fiziksel Aktivite Eksikliği	16
2.4.2.6. Sosyal İzolasyon	16
2.4.2.7. Hava Kirliliği	16
2.4.2.8. Depresyon	17

2.4.2.9. Travmatik Beyin Hasarı	17
2.4.2.10. Alkol.....	17
2.5. ALZHEIMER HASTALIĞI TANISI	18
2.6. ALZHEIMER HASTALIĞININ EVRELERİ.....	19
2.7. ALZHEIMER HASTALIĞINDA TEDAVİ VE ÖNLEME YOLLARI.....	21
3. BÖLÜM ALZHEIMER HASTALARINA BAKIM VERME VE BAKIM YÜKÜ ..	24
3.1. BAKIM VERME KAVRAMI.....	24
3.2. BAKIM VERME YÜKÜ	25
3.3. ALZHEIMER HASTASINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	27
3.3.1. Psikolojik Durum	27
3.3.2. Cinsiyet	28
3.3.3. Yaş.....	28
3.3.4. Bakım Verme Süresi	29
3.3.5. Birlikte Yaşama ve Akrabalık Durumu.....	30
3.3.6. Alzheimer Hastalığının Evresi	31
4. BÖLÜM: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI.....	33
4.1. SAĞLIK VE SAĞLIK DAVRANIŞI KAVRAMLARI	33
4.1.1. Sağlık	33
4.1.2. Sağlık Davranışı	33
4.2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	34
4.2.1. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	34
5. BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
5.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI.....	36
5.2 ARAŞTIRMANIN MODELİ VE PROBLEM CÜMLELERİ.....	38
5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	38
5.3.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu	39
5.3.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri.....	39
5.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	41
5.4. EVREN VE ÖRNEKLEM	41
5.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	42
5.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI	43

6. BÖLÜM: BULGULAR.....	44
6.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....	44
6.1.1. Alzheimer Hastalarına ve Bakım Veren Kişilere İlişkin Sosyodemografik Özellikler.....	44
6.2. ÖLÇEKLER VE ÖLÇEKLERİN ALT BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR.....	49
6.3. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLELERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	51
6.3.1. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bakım Veren Kişilerin ve Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Açısından İncelenmesi	51
6.3.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	86
7. BÖLÜM TARTIŞMA	89
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	107
KAYNAKÇA	116
EK 1. ANKET FORMLARI	133
EK 2. ETİK KURUL İZİNİ.....	140
EK 3. ORJİNALLİK FORMU	141

KISALTMALAR DİZİNİ

ADI:	Alzheimer Disease International
AH:	Alzheimer Hastalığı
APP:	Amiloid prekürsör protein
ASHB:	T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
BM:	Birleşmiş Milletler (The United Nations)
BOMC:	Kısa Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (Short Blessed Orientation- Memory-Concentration Test)
BT:	Bilgisayarlı Tomografi
BYE:	Bakım Verenlerin Yükü Envanteri
CDR:	Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (Clinical Demantia Rating)
DALY:	Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (The Disability-Adjusted Life Year)
DSM:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
KB:	T.C. Kalkınma Bakanlığı
MMSE:	Mini Mental Durum Muayenesi (The Mini-Mental State Examination)
MRI:	Manyetik Rezonans Görüntüleme (Magnetic Resonance Imaging)
NINCDS-ADRDA:	Ulusal nörolojik ve iletişim hastalıkları enstitüsü ve inme, Alzheimer hastalığı ve ilişkili hastalıklar derneği (The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association)
NMDA:	N-metil D-aspartat
PET:	Pozitron Emisyon Tomografi

SB:	Sağlık Bakanlığı
SPSS:	Statistical Package for Social Science for Windows
STMS:	Mental Durum için Kısa Test (Short test of Mental Status)
SYBDÖ II:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP:	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme)
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YLL:	Kaybedilen Yaşam Yılları (The Years of Lost Life)
3MS:	Modifiye-Mini-Mental Test (Modified Mini Mental Test)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Alzheimer Hastalığı Klinik Evreleri	21
Tablo 2. Alzheimer veya Diğer Demans Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Görevleri ..	26
Tablo 3. Bakım Veren Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Dağılımı	45
Tablo 4. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Dağılımı	47
Tablo 5. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Alt Boyutlarına İlişkin Madde Numaraları, Alfa Katsayıları ve Tanımlayıcı İstatistikler	48
Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Katsayıları	50
Tablo 7. Bakım Veren Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	52
Tablo 8. Bakım Veren Kişilerin Yaşlarına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	54
Tablo 9. Bakım Veren Kişilerin Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	56
Tablo 10. Bakım Veren Kişilerin Hasta ile Aynı Evde Yaşaması Durumuna Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	58
Tablo 11. Bakım Veren Kişilerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	60
Tablo 12. Bakım Veren Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	61
Tablo 12. Bakım Veren Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Devamı)	62
Tablo 13. Bakım Veren Kişilerin Eğitim Düzeyine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	63
Tablo 14. Bakım Veren Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	65
Tablo 15. Bakım Veren Kişilerin Hastaya Bakma Süresine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	68
Tablo 16. Bakım Veren Kişilerin Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	70
Tablo 17. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	72
Tablo 18. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Yaşına Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	74

Tablo 19. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	75
Tablo 20. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	76
Tablo 21. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Eğitim Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	78
Tablo 22. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Tanı Aldığından Bu yana Geçen Süreye Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	81
Tablo 23. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Gelir Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	83
Tablo 24. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Alzheimer Hastalığı Dışında Tanı Konulmuş Başka Bir Hastalığının Varlığı	84
Tablo 26. Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği Puanının, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı Üzerindeki Etkisi	87
Tablo 27. Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği Alt Boyutları ile Bakım Veren ve Alan Kişilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi.....	88

GİRİŞ

Tıp alanındaki gelişmeler ve sosyal hayattaki ilerlemeler ile insanların yaşam süreleri artmıştır. Yaşam süresinin artması yaşlı nüfus oranını da artırmıştır. Türkiye’de 2020 Aralık ayı itibariyle yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı %9,5’tir (TÜİK, 2021) ve bu durum Türkiye’nin yaşlı nüfusa sahip bir ülke olarak nitelendirildiğini göstermektedir. Altmış beş yaş ve üzeri yaşlı nüfusun artması Türkiye’de yaşa bağlı olarak artış gösteren Alzheimer gibi kronik hastalıkların artacağını göstermektedir (Keskin, 2021). Alzheimer, ileri yaş hastalığı olarak bilinen ve çağın hastalığı olarak adlandırılan kronik bir rahatsızlıktır (Kaya, 2019). Alzheimer hastalığı, demansın en yaygın şeklidir ve vakaların %60-70’ini oluşturmaktadır (WHO, 2017). Alzheimer hastalığı, aşamalı olarak ilerleyen bilişsel ve işlevsel eksikliklerin yanında davranış değişiklikleri içeren nörodejeneratif bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Apostolova, 2016). Alzheimer hastalığının belirtileri kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Kelime bulmada zorluk, görsel-uzamsal sorunlar, bozulmuş muhakeme yeteneği gibi bilişin hafıza dışı yönlerindeki düşüş hastalığın ilk aşamalarında bile görülebilmektedir (National Institute on Aging, 2021). Alzheimer hastalığı tipik olarak üç genel aşamada ilerlemektedir; bunlar erken, orta ve geç evre (bazen tıbbi bağlamda hafif, orta ve şiddetli olarak adlandırılmaktadır (Alzheimer’s Assosiaton, 2021). Alzheimer hastalığının tüm aşamalarında hastalar farklı yardım türlerine ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hastalığın ilerlemesi ile hastaların bağımsızlığı giderek kısıtlanmaktadır (Pudelewicz et al., 2018). Hastalığın son evresine doğru hastalar, hareket edememeleri, yeme zorluğu çekmeleri, arkadaşları ve yakın çevreyi tanıyamamaları sebebiyle hayatlarını yatağa bağlı bir şekilde geçirmektedirler (Klimova et al., 2015).

Hasta bireyler, hastalığın tüm aşamalarında farklı yardım türlerine ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar ve hastaya bakımı genelde aile üyelerinden birisi vermektedir. Bireylerin Alzheimer hastalığı ilerledikçe bakımı da karmaşık bir hale dönüşmektedir ve yalnızca yaşlı nüfusu değil aynı zamanda ailelerini ve özellikle birincil bakım veren kişiyi etkilemektedir. Birçok ailenin bakımı yapacak veya paylaşacak başka aile üyeleri olmadığı için, bu bakım süreci duygusal ve fiziksel açıdan aşırı yük taşımaktadır. Aile içinde hastaya bakım veren

kişiler gayriresmi bakıcı olarak adlandırılmakta ve bu kişilerde yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete, daha sık psikotropik ilaç kullanımı, daha az koruyucu sağlık davranışına girme ve tıbbi hastalık ve ölüm riskinin arttığı görülmüştür. Bakıcı yükünün yüksek olması, hastaların erken dönemde hastaneye yatırılmasının bir sebebi olmuştur (D'onofrio et al., 2015). Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin daha çok aile içi bireylerden oluştuğu ve bakımın evde verildiği düşünüldüğünde hastaya bakım sağlayan kişilerin üzerindeki yük anlaşılacaktır (Görken, 2019). Hastalığın kalıcı bir tedavisi yoktur fakat tedavi yöntemleri ile hastalığın seyri yavaşlatılarak bakım veren bireylerin yüklerini hafifletmek amaçlanmaktadır (Selekler, 2010). Bakım verenler bir taraftan sevdikleri bir insanı kaybederken bir taraftan hastanın günlük yaşam ihtiyaçlarını gidermeye çalışmaktadırlar. Bu durum da bakım verenleri fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkilemektedir (Bonnell, 1996).

Alzheimer hastalarının bakımında yaşanan zorluklar ve bakım verenlerin yükleri ile ilgili literatürde pek çok yayın bulunmaktadır. Fakat bakım verenlerin yükü ile bu kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterip göstermediğini veya ne düzeyde gösterdiğini birlikte inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, birlikte değerlendirilecektir. Bu çalışmanın amacı, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Bir diğer amacı ise Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, bakım veren ve alan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediğini incelemektir.

Bu çalışma sekiz bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde yaşlılık kavramı ve nüfusun yaşlanmasından bahsedilmiştir. İkinci bölümünde, Alzheimer hastalığının tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi, tedavi yolları, risk faktörleri gibi konular ele alınmıştır. Üçüncü bölümünde, bakım verme ve bakım yükü kavramları ele alınmıştır. Dördüncü bölümde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgilere yer verilmiştir. Beşinci bölümde, araştırmanın gereç ve yönteminden bahsedilmiştir. Altıncı bölümde, araştırmanın bulgularına

yer verilmiştir. Yedinci bölümde elde edilen bulgular tartışılmıştır. Son olarak çalışmadan elde edilen sonuçlara değinilmiş ve bu sonuçlara göre önerilerde bulunulmuştur.



1. BÖLÜM: YAŞLILIK

1.1 YAŞLILIK KAVRAMI

Yaşlılık kavramı kişilerin içinde bulunduğu zamana, kültüre, topluma ve koşullara göre değişmektedir. Bazı toplumlarda kişilerin gücünü yitirmesi yaşlılık olarak adlandırılırken bazı toplumlarda kişilerin belirli bir yaşa gelmesi yaşlılık olarak adlandırılmaktadır (Müftüler, 2018).

Yaşlılık kavramını belirlemek için ortak bir takvim yaşı kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler (BM) yaş kavramını farklı tanımlamaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü kronolojik olarak 65 yaş ve üzerini “yaşlı” olarak kabul ederken Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üzeri kişileri yaşlı olarak tanımlamaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı [KB], 2018).

Yaşlılığın tanımı oldukça geniştir. İnsanlarda değişimlerin ve kayıpların gerçekleştiği çevresel, sosyal, ekonomik, beslenme gibi faktörleri içeren bir kavramdır (Soyuer ve Soyuer 2008). Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığın, geniş çeşitlilikteki moleküler ve hücresel hasarın zaman içerisinde birikmesinden kaynaklandığını belirtmektedir. Bu hücresel hasarın birikmesi durumunda fiziksel ve zihinsel kapasitede azalma, artan hastalık ve en sonunda da ölüm riski oluşmaktadır (World Health Organization [WHO], 2022). Yaşlılığın bir diğer tanımı ise; hücre, molekül, organ, doku ve sistemler seviyesinde süreç içerisinde oluşan dönüşü olmayan fonksiyonel değişikliklerdir (Aiken, 1995). Yaşlanma beden yapısındaki ve işlevindeki bozuklukların birikmesi sonucu oluşmaktadır ve önlenmesi mümkün görünmeyen kronolojik, biyolojik ve sosyal bir süreçtir (KB, 2014).

1.2 NÜFUSUN YAŞLANMASI

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır. İnsanoğlu var olduğu zamandan bu yana sağlıklı ve uzun yaşamak için çareler aramıştır. Sağlıklı, güçlü ve bağımsız bir şekilde uzun yaşamak insanoğlunun en büyük amaçlarından birisi olmuştur ve insanoğlu uzun yaşam hedefine yaklaşmış görünmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığı [SB], 2016). Kronolojik olarak yaşlanma sınıflandırılmıştır ve 65-74 arası genç-yaşlı, 74-84

yaş arası orta-yaşlı, 85 yaş ve üzeri ise yaşlı olarak gruplandırılmıştır (Soyuer ve Soyuer, 2008). DSÖ, 2019 yılında 60 yaş ve üzeri insan sayısının 1 milyar olduğunu ve bu sayının 2030'a kadar 1,4 milyara ve 2050'ye kadar 2,1 milyara çıkacağını, 80 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2020 ile 2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşacağını belirtmiştir. Bu artış eşi görülmemiş bir hızla gerçekleşmekte ve önümüzdeki yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlanacağı belirtilmektedir (WHO, 2021). Yaşam süresinin tarihte hiç olmadığı kadar uzamış olması ile gerek 60 gerekse 65 yaş, gelişmiş ülkeler için genç yaş olarak görülebilmektedir; gelişmekte olan ülkelerde de yaşam süreleri bu yaşlara erişmiş ve hatta geçmiş durumdadır (KB, 2018).

Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve nüfusun giderek yaşlanması hastalık ve sakatlık yükünü artırmaktadır (Guralnik ve diğerleri, 1996). Yaşam süresinin uzaması sağlık hizmetlerine ve ürünlerine duyulan ihtiyacı artırmakta ve yaşlılara özel ihtiyaçları çoğaltmaktadır. Yaşlı bireylerde yaştan ilerlemesiyle birlikte hastalıklar, sosyal statüdeki değişimler, kronik dejenerasyonlar gibi birçok değişim meydana gelmektedir. Bireyler birçok değişimin oluşmasıyla birlikte yavaş yavaş başka insanlara maddi ve manevi olarak bağımlı olmaya başlamaktadır (SB, 2016).

Yaşam süresinin artmasıyla birlikte toplumda Alzheimer gibi demansın bir türü olan nörodejeneratif hastalıklar artmaktadır (Selekler,2010). Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun artması da Alzheimer gibi birincil risk faktörü yaşlanma olan kronik hastalıkların artacağını göstermektedir.

1.2.1 Türkiye’de ve Dünyada Yaşlılık

Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı rapora göre 2019 yılı için doğumda beklenen yaşam süresi global olarak 73,3’tür. Türkiye için ise 78,6’dır (WHO, 2020). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının (UNDP) 2020 yılında yayınladığı rapora göre Türkiye için doğumda beklenen yaşam süresi 77,7 yıl ve dünya nüfusu için ise en fazla 85 yıldır (UNDP, 2020).

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, Türkiye’de 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişiye yükselmiştir. Yaşlı nüfusun miktarının toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılı itibariyle %9,5'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2'sini erkek nüfus, %55,8'ini kadın nüfus oluşturmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9 artarak 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6'ya ulaşacağı öngörülmüştür (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021).

Türkiye’de 2020 yılı Aralık ayı itibariyle 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki oranı %9,5'tir. Türkiye’deki yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve Türkiye’nin çok yaşlı nüfuslu ülkeler içinde yer alacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2021). Türkiye’nin yaşlı nüfusunun toplam nüfus içerisindeki oranının %10'lara yaklaşması yaşlı nüfusa sahip bir ülke olarak nitelendirildiğini göstermektedir (T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı [ASHB], 2020).

2.BÖLÜM: ALZHEIMER HASTALIĞI

2.1. ALZHEIMER HASTALIĞI TARİHÇESİ

Alzheimer hastalığı adını, vasküler demans ve nörosifiliz çalışmaları üzerine odaklanan, akademik dünyaya ilk Alzheimer vakasını bildiren Alman psikiyatristi ve nöropatoloğu olan Alois Alzheimer'dan almaktadır. Alzheimer, karısının vefatı üzerine onun acısını unutmak ve hastaları tedavi etmek için kendisini araştırmalara adanmış esnada 25 Kasım 1901'de Frankfurt akıl hastanesine yatırılan 51 yaşında bir kadın hasta olan Auguste Deter ile tanışmıştır. Auguste Deter 1901'de kontrol edilemez davranışlar sergilemeye başlamıştır. Hasta kısa süreli amnestik bozukluk, oryantasyon bozukluğu ve disfrazi gibi birkaç anormal davranış göstermiştir. Ev işlerinde dikkatsizlik, eşyaları kasıtlı olarak saklama, yazı yazmada sorunlar, olağan konuşmada ciddi değişiklikler, uykusuzluk, yabancıların her hareketinden şüphe duyma gibi bir takım normal dışı davranışlarda bulunmuş ve bunun üzerine eşi Karl, Auguste'yi bir hastaneye götürmüştür. Hastanedeki doktor, Auguste'nin hafıza bozukluğu, uykusuzluk ve ajitasyon gibi semptomlar nedeniyle bir akıl hastanesine yatırılmasını önermiştir. Bunun üzerine Karl, Auguste'yi 25 Kasım 1901'de Frankfurt akıl hastanesine getirmiştir. O sırada Frankfurt akıl hastanesinde çalışan Alois Alzheimer Auguste'nin bakımını denetlemiş ve klinik geçmişi çıkartmıştır. Auguste'nin semptomları giderek kötüleşmiş ve Alzheimer, vakaya 'Prezenil Demans' (erken bunama) adını koymuştur. Alois Alzheimer hastasının sürekli gözetim altında tutulmasını ve hastanede kalmasını istemiş fakat eşi Karl tedavi masraflarını ödeyemeyeceği için başka bir hastaneye geçmesini istemiştir, bunun üzerine Alzheimer tüm tedavi masraflarını üstleneceğini söylemiş fakat karşılığında tüm tıbbi kayıtları ve ölümünden sonra da Auguste'nin beyni üzerinde inceleme yapmak istemiştir. Alzheimer, tıbbi kayıtlarında hafıza kaybının sürecini ve yönlerini ayrıntılı olarak özetlemiş ve semptomlarını ilerleyici bilişsel bozukluk, lokal nörolojik semptom, halüsinasyon, sanrı ve psikolojik sosyal yetersizlik olarak tanımlamıştır. 8 Nisan 1906'da Auguste 55 yaşındayken tüm bilişsel yetilerini kaybetmiş septisemi ve zatürreye yenik düşerek ölmüştür. Kararlaştırıldığı gibi, Alzheimer, Auguste'nin beyin ve tıbbi kayıtlarını alıp beynini incelemeye başlamıştır. Auguste tarihte Alzheimer hastalığı tanısı konulan ilk hasta olmuştur. İlk olarak, tıbbi kayıtlar ile hastanın semptomları arasındaki

ilişkiyi araştırmak için bir beyin biyopsisi yapmıştır. Serebral korteksin genel olarak incelendiğini bulmuştur. Hafızayı, dili, yargılamayı ve düşünmeyi kontrol eden bölgenin ciddi şekilde bozulduğunu görmüştür. Nöronlarda yaşlılık plakları oluşmuş ve sinir liflerinde düğümler bulunmuştur. O zamanlar tıp doktorları arasındaki fikir birliği, 70 yaşındaki hastalarda senil plak bulunabileceği iken, nörofibriler yumakların ortaya çıkması yeni bir gözlem olmuştur. Yaşı göz önüne alındığında, her iki bulgu da olağanüstüydü. 1906 yılında Güney-Batı Alman Akıl Hastalıkları Uzmanları Kongresi'nde bu vakayı "serebral korteksin garip bir hastalığı" adıyla sunmuştur. Alois Alzheimer 1907'de 'Genel Psikiyatri ve Adli Tıp Dergisinde (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychich-Gerichtliche Medizine) bu vakayı "Serebral Korteksin Özgün Bir Hastalığı" başlığıyla yayınlamıştır. Bu hastalığa Alzheimer'ın ismini veren asıl bilim insanı Dr. Alzheimer'ın klinik şefi olan Dr. Emil Kraepelin'dir. Emil Kraepelin 1910'da yayınlanan Klinik Psikiyatri kitabında belirtiyi "Alzheimer Hastalığı" olarak adlandırmıştır. Alzheimer 1908 yılında profesör unvanını almış ve 19 Aralık 1915 yılında 51 yaşında endokardit ve böbrek yetmezliği nedeniyle kalp yetmezliğinden vefat etmiştir (Yank ve diğerleri, 2016; Selekler, 2010).

2.2. ALZHEIMER HASTALIĞININ TANIMI

Alzheimer hastalığı, beyne baskı yapan ve bunamaya yol açan dejeneratif bir hastalık olan yaşlılığın en yaygın demans (bunama) bozukluklarından birisidir. Demans, günlük aktiviteleri ve sosyal ilişkileri etkileyecek derecede zihinsel fonksiyonlarda düşüş ile nitelendirilen bir semptom grubudur (Hebert ve diğerleri, 1995). Alzheimer hastalığı, demansın en yaygın şeklidir ve vakaların %60-70'ini oluşturmaktadır (WHO, 2017). Alzheimer hastalığı, ileri yaş hastalığı olarak bilinen ve çağın hastalığı olarak adlandırılan kronik bir rahatsızlıktır (Kaya, 2019). Altmış beş yaş üzeri yaşlılık dönemi olarak adlandırıldığında 65 yaş üzerinde bilişsel fonksiyonlarda bozulmanın en yaygın nedeni Alzheimer hastalığıdır. Hastalığın görülme sıklığı yaş ile birlikte artmaktadır (Küçükgüçlü, 2003). Alzheimer hastalığının bir diğer özelliği ise, aşamalı olarak ilerleyen bilişsel ve işlevsel eksikliklerin yanında davranış değişiklikleri içeren nörodejeneratif bir hastalık olmasıdır (Apostolova, 2016).

Alzheimer Demansı, yaşa bağlı hafıza bozukluğu ve yaşlanmaya bağlı unutkanlık gibi durumlardan; zaman ve mekan yönelimi, dil ve iletişim becerileri, soyut düşünme ve öğrenme, matematiksel hesaplamalar yapma, hafızada ilerleyici ve kaçınılmaz düşüşler gibi semptomlarla ayrılmaktadır. Bunlara ek olarak muhakeme yeteneğinin kaybı ve kişilik bozukluğu ile yaşa bağlı unutkanlıktan ve hafıza bozukluğundan ayrılmaktadır. Kişiyeye göre hastalığın ilerleme hızı değişmektedir fakat genellikle ileri aşamada hastalar kendilerine bakım veremez hale gelmektedirler (Hebert ve diğerleri, 1995).

Alzheimer hastalığı genel olarak ileri yaşta başlar ve hangi yaşta başlarsa başlasın patolojik ve klinik olarak benzer bir seyir izlemektedir. Fakat yaşın ilerlemesi ile birlikte başka morbiditeler de eklenmektedir. Hasta yakınlarının hastalar için gözlemledikleri ilk semptom genellikle unutkanlıktır. Bu semptomu ek olarak hesaplama yapmada bozukluk, yolunu kaybetme diğer semptomlar arasındadır. Hastalığın seyrinde bellek bozukluğu gizli olarak seyreder ve bakım verenler genellikle başlangıçta bir sorun olduğunun farkına varmamaktadırlar. Bakım verenler genellikle hastanın güvenliği tehlikeye girmediği sürece ya da hasta garip davranışlar sergileyinceye kadar belirtileri inkâr ederler ve kabullenmekte güçlük çekerler (Küçükgüçlü, 2003).

Alzheimer hastalarının ortalama yaşam süreleri tanı konulduktan sonra 5 ile 20 yıl arasında değişmektedir. Hastalar bu süreçte tüm bilişsel yeteneklerini yitirerek yatağa bağımlı hale gelmektedirler (Selekler, 2010). Yukarıdaki tanımlara ek olarak aşağıdaki bilgiler verilmiştir;

- Gelişmiş ülkelerde meydana gelen benzeri görülmemiş yaşlanma seviyesinin, muazzam bir Alzheimer hastalığı yüküne yol açacağı öngörülmektedir.
- Yaşayan hastalarda Alzheimer hastalığı tanısı klinik muayeneye dayanır, kesin bir tanı testi yoktur ancak klinik biyobelirteçlerin kullanımıyla desteklenebilmektedir.

- Alzheimer hastalığı kalıtım derecesi, başlangıç yaşına bağlı olarak %58-79 arasında değişir; bununla birlikte, bu hastalığa olası önemli genetik katkının sadece bir kısmı belirlenmiştir.
- Birkaç genetik olmayan faktör (bilinen vasküler risk faktörleri dahil) Alzheimer hastalığı ile ilişkilendirilmiştir, ancak bu faktörlerle bağlantılı altta yatan mekanizmalar belirsizdir (Reitz ve diğerleri, 2011).

2.3. ALZHEIMER HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Demans, çoğunlukla ilerleyici olan, hafızayı, diğer bilişsel yetenekleri ve davranışları etkileyen ve bir kişinin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme becerisine önemli ölçüde müdahale eden çeşitli hastalıklar için bir şemsiye terimdir. Alzheimer hastalığı ise demansın en yaygın şeklidir ve vakaların %60-70'ini oluşturmaktadır (WHO, 2017). Yetmiş beş yaşına kadar yaşayan bir insanın Alzheimer hastası olma ihtimali %10 ile %12 arasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Dünya Sağlık Örgütüne göre 2019'da Alzheimer hastalığı ve diğer bunama türleri, 7. önde gelen ölüm nedeni olarak yer almıştır ve kadınlar Alzheimer hastalığından orantısız şekilde etkilenmektedir. Küresel olarak, Alzheimer ve diğer bunama türlerinden ölümlerin %65'i kadınlardan oluşmaktadır (WHO, 2020). Dünya Sağlık Örgütü dünya çapında 55 milyondan fazla kişinin demans ile yaşadığını ve her yıl yaklaşık 10 milyon yeni vakanın ortaya çıktığını ifade etmiştir (WHO, 2021). Demans vakalarının %60 ile %70'ini Alzheimer hastalığının oluşturduğu düşünüldüğünde demansın alt tipi olan Alzheimer vakasının sayısı oldukça yüksektir.

Alzheimer hastalığının prevalansı yaşla birlikte katlanarak artar ve 65-74 yaş arasındakilerde %3'ten, 85 yaş ve üzerindekilerde neredeyse %50'ye yükselir. Avrupa'daki popülasyona dayalı çalışmaların birleştirilmiş verileri, 65 yaş üstü kişilerde Alzheimer hastalığı için yaşa göre standardize edilmiş prevalansın Alzheimer hastalığı için %4,4 olduğunu göstermektedir

(Ortiz ve diğeri, 2012). Sistematik bir derlemede, gelişmekte olan ülkelerde Alzheimer'ın genel prevalansının %3,4 olduğu tahmin edilmiştir (Kalaria ve diğeri, 2008). Nijerya ve Hindistan'da yapılan çalışmalar, Avrupa meta-analizinde gözlemlenenen daha düşük bir Alzheimer hastalığı prevalansı olduğunu göstermektedir (Ortiz ve diğeri, 2012).

Türkiye'nin Alzheimer için 2019 yılında engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) 110,1 ve kaybedilen yaşam yılı (YLL) 198,2'dir (WHO, 2020). Ülkemizde Alzheimer hastalığının sıklığı ile ilgili yapılan ulusal çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte Türkiye'de 600.000 kişinin Alzheimer hastalığı ile mücadele ettiği düşünülmektedir. Bu verilerin bazıları toplum temelli çalışmalar, bazıları ise hastane veri tabanlarına göre yapılan çalışmalardır. Hastane veri tabanlarına göre yapılan çalışmalarda, bilişsel bozukluk nedeni ile hastaneye başvuran hastaların büyük çoğunluğunu Alzheimer hastaları (%67,6) oluştururken bunların %57,7'si kadınlardan oluşmaktadır. Hastalar 30 haftalık bir sürede ortalama 2,79 kez hastaneye gelmektedirler (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASHB], 2017). Türkiye'de Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların sayısı, 2015 yılında 12 bin 59 iken 2019 yılında 13 bin 498'e yükselmiştir. Alzheimer hastalığından yaşamını yitiren yaşlıların oranı 2015 yılında %4,3 olup 2019 yılında da aynı kalmıştır. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde azalış, kadınlarda artış olduğu görülmüştür. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2015 yılında erkeklerde %3,4 iken kadınlarda %5,2'dir. Bu oranlar 2019 yılında erkeklerde %3,2'ye düşerken, kadınlarda %5,4'e yükselmiştir (TÜİK, 2021).

2.4. ALZHEIMER HASTALIĞININ RİSK FAKTÖRLERİ

Alzheimer hastalığı için risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilemez risk faktörleri arasında ileri yaş, cinsiyet, genetik, down sendromu gibi insanın doğası gereği değiştiremeyeceği faktörler yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında ise eğitim seviyesi, işitme kaybı, travmatik beyin hasarı, hipertansiyon, obezite, alkol, sigara kullanımı, depresyon, fiziksel aktivite eksikliği, sosyal izolasyon, hava kirliliği ve diyabet bulunmaktadır.

2.4.1. Alzheimer Hastalığı için Değiştirilemez Risk Faktörleri

2.4.1.1. İleri Yaş

Alzheimer hastalığı için yaş en belirgin ve birincil risk faktörüdür. Alzheimer hastalığının görülme sıklığı yaş ile birlikte katlanarak artmaktadır. 65-74 yaş arasındakilerde %3'ten, 85 yaş ve üzerindekilerde neredeyse %50'ye yükselmektedir (Ortiz ve diğerleri, 2012).

2.4.1.2. Cinsiyet

Cinsiyet ve Alzheimer hastalığı arasındaki ilişki, çalışmalar arasında tutarsızlık gösterse de birçok çalışma Alzheimer hastalığına yakalanma oranının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Menopoz sonrası dönemde kadınlarda östrojen replasman tedavisinin bilişsel işlevi iyileştirdiğine ve hem bilişsel bozulma hem de Alzheimer riskini azalttığına dair artan kanıtlar olduğu için cinsiyet ve Alzheimer hastalığı arasındaki ilişki önem kazanmaktadır (Gao, 1998).

2.4.1.3. Genetik

Alzheimer hastalığında en önemli risk faktörü ileri yaş olsa da erken başlangıçlı Alzheimer, 65 yaş öncesinde görülebilir. Erken başlangıçlı Alzheimer'a sebep olan genler Amiloid prekürsör protein (APP), Presenilin 1 (PSEN1), Presenilin 2 (PSEN 2)'dir. Geç başlangıçlı Alzheimer'dan sorumlu gen ise, Apolipoprotein E (APOE) olarak belirlenmiştir. Genetik ve çevresel faktörler birlikte bulunmaktadır. Özellikle geç başlangıçlı Alzheimer hastalığından sorumlu epigenetik mekanizmalar, Alzheimer patofizyolojisini ortaya çıkaran en önemli faktörlerdendir. Yaşlanma ve diğer çevresel faktörlerin de (mitokondriyal oksidatif stres ve ağır metallere karşı savunma, kalsiyum metabolizması, glukokortikoidler, insülin, serebrovasküler durum, hücre döngüsü) etkisiyle kromatin materyalinde meydana gelen kalıtsal olmayan değişiklikler sonucu, Alzheimer hastalığı meydana gelmektedir (Özpak ve diğerleri, 2017). Çekirdek ailesinde yani, anne-baba-kardeş gibi birinci derecede yakınlarında Alzheimer hastalığı olan insanların demans hastalığı gelişme riski ortalama dört

kat fazladır. İki veya daha fazla birinci derece yakını Alzheimer hastası olan kişilerde bu risk daha da artmaktadır (Selekler, 2010).

2.4.1.4. Down Sendromu

Alzheimer'a sebep olan 3 gen defektinden birisi kromozom 21'deki amiloid prekürsör protein (APP)'dir. APP proteininin ve Down sendromundaki defektin 21. kromozomda bulunması down sendromlu hastaların çoğunluğunun 40 yaşlarına geldiklerinde Alzheimer hastalığının tüm klinik ve nöropatolojik bulgularına sahip olmalarına sebep olmaktadır (Arnoğlu, 2003).

2.4.2. Alzheimer Hastalığı için Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Alzheimer için değiştirilebilir risk faktörleri bulunmaktadır. Dünya çapındaki Alzheimer vakalarının üçte biri potansiyel olarak değiştirilebilir risk faktörlerine atfedilmektedir. Alzheimer hastalığı insidansı, eğitime erişimin iyileştirilmesi ve vasküler risk faktörlerinin (fiziksel hareketsizlik, sigara, orta yaş obezite, diyabet, orta yaş hipertansiyon) ve depresyonun yaygınlığını azaltmayı hedefleyen etkili yöntemlerin kullanılması yolu ile azaltılabilir (Norton ve diğerleri, 2014). Alzheimer için değiştirilebilir risk faktörleri erken yaşam faktörleri (<18), orta yaşam faktörleri (45-65 yaş) ve geç yaşam faktörleri (>65) olmak üzere 3'e ayrılmaktadır.

Erken yaşam faktörü;

-Eğitim Seviyesi

Orta yaşam faktörleri;

-İşitme kaybı

-Travmatik beyin hasarı

-Hipertansiyon

-Obezite

-Alkol

Geç yaşam faktörleri;

- Sigara kullanımı
- Depresyon
- Fiziksel aktivite eksikliği
- Sosyal izolasyon
- Hava kirliliği
- Diyabet

Lancet komisyonunun oluşturduğu bu model demans vakalarının üçte birinden fazlasının önlenbilir olduğunu göstermektedir. Bu riskleri tamamen ortadan kaldırmak imkânsız olsa da önleyici stratejilerin demansı geciktirme veya önleme potansiyeline sahip olduğu gösterilmiştir. Değiştirilebilir risk faktörleri arasından en büyük etkiye sahip faktör işitme kaybı (%9) olmuştur (Ortega ve diğerleri, 2019; Livingston ve diğerleri, 2020).

2.4.2.1. Eğitim Seviyesi

Çocukluk döneminde yüksek eğitim almak ve hayat boyu yüksek eğitim seviyesine sahip olmak Alzheimer riskini düşürmektedir. 20 yaş sonrasında kazanılan eğitim seviyesi çocukluk döneminde kazanılan eğitim seviyesine göre Alzheimer riskini düşürmede daha az etkili olmaktadır (Livingston ve diğerleri, 2020).

2.4.2.2. İşitme Kaybı

İşitme kaybı Lancet dergisinin 2017 yılında yayınladığı rapora göre demansa bağlı Alzheimer için değiştirilebilir risk faktörleri arasındaki en büyük katkıyı sağlayan risk faktörüdür (Livingston ve diğerleri, 2017). Altmış beş yaş ve üzeri 3777 kişi üzerinde yapılan 25 yıllık prospektif bir çalışmada, işitme cihazı kullananlar dışında, işitme sorunu yaşayan kişilerde artan Alzheimer insidansı bulunmuştur. Benzer şekilde, kesitsel bir çalışma, işitme kaybının, yalnızca işitme cihazı kullanmayanlarda daha kötü biliş ile ilişkili olduğunu bulmuştur. ABD popülasyonunu temsil etmek üzere tasarlanmış ve ortalama yaşı 59,4 olan 6451 bireyden oluşan bir kesitsel çalışma, işitmede her 10 dB'lik azalmayla birlikte bilişte bir azalma olduğunu tespit etmiştir. ABD'de 50 yaşından büyük 2040 kişiyle yapılan bir

çalışma, diğer risk faktörlerine göre ayarlanarak, işitme cihazı kullanımına başlandıktan sonra anında ve gecikmeli hatırlamanın daha az kötüleştiğini bulmuştur. İşitme kaybı, azaltılmış bilişsel uyarım yoluyla bilişsel gerilemeye neden olabilmektedir (Livingston ve diğerleri, 2020).

2.4.2.3. Hipertansiyon, Diyabet, Obezite

Vasküler risk faktörleri arasında hipertansiyon demansı etkileyen en yüksek risk faktörüdür, ancak hepsinin (obezite, alkol kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği) payı %5'in altındadır. Obezite, prediyabet ve metabolik sendrom ile bağlantılıdır. Periferik insülin anomalilerinin beyin insülin üretiminde azalmaya neden olduğu ve bunun da amiloid klirensini bozabileceği düşünülmektedir. Enflamasyondaki artış ve yüksek kan şekeri konsantrasyonlarının da diyabetin bilişi bozduğu mekanizmalar olabileceği belirtilmiştir (Livingston ve diğerleri, 2017).

Orta yaşta ve uzun süreli hipertansiyona sahip olmak damar duvarında sertleşmeye ve hasara neden olmasından dolayı beyine kan akımını azaltmaktadır ve böylelikle tıkanıklık oluşmaktadır. Bu durum da bilişsel” bozukluğa sebep olup demans riskini 5-10 kat arttırmaktadır. Çalışmalarda kontrol edilemeyen orta yaş hipertansiyonun geç başlangıçlı Alzheimer hastalığına sebep olduğu görülmüştür (Işık, 2012, akt. Bostancı, 2014). Birleşik Krallıkta yapılan bir kohort çalışmasında orta yaşta hipertansiyona uzun süre sahip olmanın demans riskini artırdığı görülmüştür (Abell ve diğerleri, 2018).

2.4.2.4. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı ABD, Avrupa ve Birleşik Krallık için yaklaşık on Alzheimer hastalığı vakasından birini oluşturmaktadır. Dünya çapında Alzheimer hastalığı vakalarının yaklaşık %14'nün (4.7 milyon) ve ABD'de %11'nin (574.000) potansiyel olarak sigaraya atfedilebileceği hesaplanmıştır. Sigara içme prevalansını %10 oranında azaltmak dünya çapında yaklaşık 412.000 Alzheimer vakasını azaltabilmektedir. Sigara içme prevalansında

%25'lik azalmanın dünya çapında 1 milyondan fazla vakayı önleyebileceği öngörülmektedir (Barnes ve Yaffe, 2011).

2.4.2.5. Fiziksel Aktivite Eksikliği

Egzersiz yapan yaşlı yetişkinlerin, egzersiz yapmayan yaşlı yetişkinlere göre bilişlerini sürdürmeleri daha olası gözükmetedir. Egzersizin bilişsel gerilemeyi veya bunamayı önlediğini gösteren randomize çalışmalar mevcut değildir fakat gözlemsel çalışmalar egzersiz ile bunama riski arasında ters bir ilişki olduğunu saptamıştır (Livingston ve diğerleri, 2017).

Yakın zamanda yayımlanan bir rapora göre yazarlar, çalışmaların hafif bilişsel bozulma veya klinik olarak anlamlı bilişsel gerilemeyi azaltmada egzersizin önemli bir etki göstermediği, ancak çalışmaların yetersiz olduğu sonucuna varmıştır. Kanıtların, fiziksel aktivitenin normal biliş üzerinde küçük, faydalı bir etkiye sahip olduğuna ve çoğunlukla aerobik egzersizin hafif bilişsel bozulmada olası bir etkiye sahip olduğuna işaret ettiği sonucuna varılmıştır (Livingston ve diğerleri, 2020).

2.4.2.6. Sosyal İzolasyon

Yapılan meta analiz sonuçlarında düşük sosyal aktivite seviyeleri, zayıf sosyal ağlar ve sosyal izolasyonun daha sonraki yaşamda zayıf bilişsel işlevlerle önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalar, geniş bir sosyal ağa sahip olmanın ve sosyal aktiviteye katılmanın yaşamın ileriki yıllarında zayıf bilişsel işlevi önlemeye küçük ama istatistiksel olarak anlamlı bir katkı sağladığını göstermektedir (Evans ve diğerleri, 2019).

2.4.2.7. Hava Kirliliği

Hava kirliliği güncel ve giderek büyüyen küresel bir sorundur. Kanseri, kalp hastalığı, felç gibi hastalıklar dahil olmak üzere birçok bulaşıcı olmayan hastalıkta bilinen bir nedensel faktördür. Demans da büyüyen bir küresel sorundur. Hava kirliliği ile artan demans riski

arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Hava kirliliğine, özellikle de ince partikül maddeye maruz kalmanın, hipertansiyon, ateroskleroz, oksidatif stres, insülin direnci, pıhtılaşma eğiliminde artış, iltihaplanma ve felç riskini artırdığı ve bunların hepsinin aynı zamanda bilişsel riski ve demansı da artırdığı düşünülmektedir. Mevcut kanıtlar, hava kirliliğine daha fazla maruz kalmanın bilişsel gerileme ve bunama riskini artırabileceğini göstermektedir (Ruth ve diğerleri, 2019).

2.4.2.8. Depresyon

Depresyon, demans insidansı ile ilişkilidir. Depresyon, demansın prodromunun (teşhis için kullanılan semptomlardan önce ortaya çıkan bir semptom) bir parçasıdır. Demansa ne ölçüde depresyon veya tersi neden olabileceği açık değildir ve her ikisi de olabilir. Her halükarda, depresyonu yönetmek ve tedavi etmek önemlidir, çünkü bunama hastalarında artan engellilik, fiziksel hastalıklar ve daha kötü sonuçlarla ilişkilidir (Alzheimer Disease International [ADI], 2020).

2.4.2.9. Travmatik Beyin Hasarı

Çalışmalar travmatik beyin hasarının Alzheimer hastalığı riskini artırdığını ortaya koymuştur. Travma öyküsü olmayanlarla karşılaştırıldığında, travmatik beyin hasarı geçirmiş bireylerde, özellikle APOE-14 aleli taşıyanlarda, Alzheimer riski daha yüksektir (Mayeux ve Stern, 2012). Travmatik beyin hasarı nedeniyle Alzheimer erkekler için daha büyük bir risk faktörüdür. Ayrıca araştırmalar tek ve tekrarlayan travmatik beyin hasarı arasında risk açısından bir fark bulamamıştır (Livingston ve diğerleri, 2017).

2.4.2.10. Alkol

Alkolün kötüye kullanımı ve haftada 21 birimden fazla alkol kullanmanın Alzheimer riskini artırdığı görülmüştür. Alkolün zararlı kullanımı ile bir dizi zihinsel ve davranışsal bozukluk, diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar arasında nedensel bir ilişki vardır (ADI, 2020).

2.5. ALZHEIMER HASTALIĞI TANISI

Alzheimer hastalığının klinik tanısı için yaygın biçimde kullanılan iki tanı ölçütü vardır. Birincisi, Ulusal nörolojik ve iletişim hastalıkları enstitüsü ve inme, Alzheimer hastalığı ve ilişkili hastalıklar derneği (NINCDS-ADRDA) ve ikincisi Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ölçütleridir. Alzheimer tipi demans için DSM-IV kriterleri, afazi, apraksi, agnozi veya yürütücü işlev bozukluğu dahil olmak üzere bir veya daha fazla diğer bilişsel alanın bozulmasının eşlik ettiği hafıza bozukluğu gelişimini içermektedir. Bilişsel bozukluklar kademeli olarak ilerleyicidir, işlevsel yetenekleri bozmaya yetecek şiddettedir ve diğer nörolojik veya psikiyatrik bozukluklarla açıklanamaz. Alzheimer tanısını koymak için yeterli bir öykü gereklidir. Hem hastayı hem de hastayı iyi tanıyan bir aile üyesi veya bakım veren kişiden hastanın öyküsünü dinlemek çok önemlidir. Hastanın tipik günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerisindeki değişikliklerle ilgili sorular sormak, bilişsel bozulmanın ciddiyetinin değerli bir ölçüsünü sağlamaktadır. Ek olarak, Mini-Mental Durum Muayenesi (MMSE), Modifiye- Mini- Mental Test (3MS), Kısa Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOMC), Mental Durum için Kısa Test (STMS) veya Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) gibi bilişsel bozuklukları taramak için tasarlanmış araçlar oldukça faydalı olabilmektedir. Hiçbirinin diğerlerinden üstün olduğu gösterilmemiştir (Kelley ve Petersen, 2007).

Alzheimer hastalığının en önemli ipuçları aynı şeylerin tekrar anlatılması ve aynı soruların tekrar tekrar sorulmasıdır. Ev içi yaşanan kazalarda artış, önceden uğraştığı hobilere karşı ilgisizleşme, çocuklarının, torunlarının, tanıdıklarının ve eşya isimlerinin unutulması Alzheimer hastalığı belirtileri olabilmektedir. Alzheimer tanısı konulurken kişilerin çocuklukla ilgili bilgiler, okuduğu okul, askerlik anıları, kaç çocuğa sahip olduğu gibi sorulara verdikleri cevaplar uzak hafızayı değerlendirmek için kullanılabilir. Yakın hafızayı test etmek için ise; güncel olarak kullandığı ilaçlar sorulabilir. Tanı için kişiye sorgulama yapılırken, kişide yeni şeyler öğrenememe, cümle içeriğinin azalması, hesaplama yapamama, bildiği ve tanıdığı yerlerde kaybolma, bir işi planlayıp bitirememesi gibi psikiyatrik ve davranışsal problemlerin varlığı sorgulanmaktadır. Alzheimer hastalığının

laboratuvar değerlendirmesinde tam kan sayımı, vitamin B12 seviyesi, tiroid fonksiyon testleri, üre, kreatinin, glukoz, kalsiyum gibi parametrelere bakılmalıdır. Bir diğer tanı yöntemi olan manyetik rezonans görüntüleme (MRI), bilgisayarlı tomografi (BT) ve pozitron emisyon tomografi (PET) tetkiklerinin rutin olarak kullanılması tartışmalıdır fakat Alzheimer'ın erken aşamasında bu yöntemlere başvurulması önerilmektedir. Hastalara tanı konulurken dikkat edilmesi gereken bir husus da Alzheimer'ın diğer hastalık ve durumlarla karıştırılmamasıdır. Bunlar depresyon, metabolik hastalıklar, alkolizm, delirium, amnestik bozukluklar gibi diğer psikiyatrik hastalıklardır (Cankurtaran ve Arnoğul, 2002).

2.6. ALZHEIMER HASTALIğININ EVRELERİ

Alzheimer hastalığı üç klinik evrede incelenmektedir. Bunlar erken evre, orta evre ve geç evredir.

Erken evrede en büyük problemlerden birisi normal yaşılanma ile Alzheimer tipi demansın ayırt edilmesidir. Normal yaşılanmada demansdan farklı olarak kişiler günlük işlerini yapabilmektedir ve yürütücü işlevleri sağlam kalmaktadır. Erken evrede en temel bulgu bellek bozukluğudur. Alzheimer hastalığı için ilk 3-4 yıl erken evre olarak görülmektedir. Kişiler hesaplama yapmada, bildikleri yolları bulmalarında, iş ve ev idaresinde, araç veya eşya kullanımında sorunlar yaşamaya başlarlar. Hastaların yetenek kayıpları sonucunda içgörülerini bozulmuş ve unuttuklarını bile unuttur hale gelmeye başlamışlardır (Söylemez, 2013). Soyut düşünme gücünü, ani duygu durum ve davranış değişiklikleri, bir işe konsantre olamama, kişisel görünüşü ve başkalarına gösterdiği nezaket konusunda kayıtsız davranma gibi belirtiler vardır. Kişiler bu durumu değişik durumlardan uzak durarak ve bildiği ve aynı şeyleri yaparak telafi etmeye çalışabilir. Erken evredeki çoğu kişi yaşadığı problemlerin farkında değildir ve farkında olmamaları da bir Alzheimer bulgusu olabilir (Dökmetaş, 2013).

Orta evrede Alzheimer'ın uyarıcı belirtileri daha belirgindir. Bu belirtiler aile üyelerinin ve hastanın tanıdıklarının dikkatini çekebilmektedir. Tanı çoğunlukla bu evrede konulmaktadır (Dökmetaş, 2013, s.103). Orta evrede hastada önemli kısa süreli bellek kaybı, kişisel

olayların belleğinde azalma ve sosyal geri çekilme vardır. Artık önemli kişisel veya tıbbi bilgileri sağlayamayabilir. Hasta artan bir kafa karışıklığı yaşar ve soruları doğru yanıtlayma konusunda tutarsız bir yeteneğe sahiptir. Diş fırçası gibi tanıdık nesnelere tanıyamama (agnozi) ve bunları ustaca ve amaçlı olarak kontrol edememe (apraksi) genellikle hastalığın bu aşamasında ortaya çıkmaktadır. Bu bozukluklar, hastaya banyo yapma, giyinme, tuvalet yapma, hareket kabiliyetini sağlama (bir yatak veya sandalyeye inip çıkma gibi) ve beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerinde yardım sağlanmasını gerektirmektedir (Friedlander ve diğerleri, 2006). Hasta, ilaçlarını almayı sürekli unutma, fırın ve ocak gibi bazı ev aletlerini kapatmayı unutma, yazma ve okuma gibi iletişim yetilerinde kayıp, saldırganlık, içe kapanma veya öfke patlamaları, kuruntu ve halüsinasyonlar görme gibi belirtiler yaşamaktadır.

Geç evrede, hastalığın bu aşamasında, belirtiler çok şiddetlidir. Kişiler çevrelerine yanıt verme, konuşmayı sürdürme ve nihayetinde hareketi kontrol etme yeteneklerini kaybetmektedirler. Kelimeleri ve ifadeleri hala söyleyebilirler fakat kendilerini ifade etmek ve acılarını dile getirmekte zorlanırlar. Hafıza ve bilişsel beceriler kötüleşmeye devam ettikçe, önemli kişilik değişiklikleri meydana gelir ve hastaların tam kapsamlı bir bakıma ihtiyacı olur. Geç evrede kişiler günlük 24 saat bakıma ihtiyaç duymaktadırlar, yakın zamandaki deneyimlerin yanında çevreleriyle ilgili farkındalıklarını da kaybetmektedirler. Enfeksiyonlara özellikle pnömoniye karşı savunmasız hale gelmektedirler. Yürüme, oturma ve yutkunma gibi fiziksel aktiviteler ileri aşamada kaybedilmektedir (Alzheimer's Association, 2018). Bu evrede hastaların %40-%50'sinde sanrılar olacaktır. Görsel halüsinasyonlar bu aşamada yaygındır ve yalnızca görsel değil işitsel ve koku alma halüsinasyonları da olabilir. Hastalar normal uyku-uyanıklık düzenini kaybederler ve uykuları parçalıdır (Kumar ve diğerleri, 2018).

Alzheimer hastalığı belirtilerinin 3 evresi tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Alzheimer Hastalığı Klinik Evreleri

1) Erken Evre	2) Orta Evre	3) Geç Evre
Kelime bulmada güçlük, afazi	Unutkanlığın ilerlemesi	Beslenmede başkasına bağımlı olma
Kişilik değişikliği	Afazi artışı, uygunsuz kelimeler kullanma	İdrar, dışkı kontrolü yapamama
İlerleyici, günlük hayatı etkileyen unutkanlık	Öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma	Mobilite problemleri ve yatağa bağımlılık
Hesaplama yapmada zorluklar	Akrabaları ve arkadaşları hatırlayamama	Dil, mutizm
Eşyaların yerini karıştırma, kaybetme	İletişim kurmada zorluklar	
Cümlelerin ve soruların tekrarlanması	Davranışsal ve psikiyatrik bozukluklar; ajitasyon, delüzyon	
Hafif oryantasyon bozukluğu		

Kaynak: Cankurtaran ve Arıoğul, 2002

2.7. ALZHEIMER HASTALIğINDA TEDAVİ VE ÖNLEME YOLLARI

Alzheimer hastalığının kesin bir tedavisi olmamakla birlikte yapılan tedaviler semptomatik tedavilerdir ve beyindeki patolojinin üretimini ve genel yükünü azaltmayı amaçlamaktadır. Alzheimer'ın kesin tedavisi için çalışmalar halen devam etmektedir (Weller ve Budson, 2018).

Alzheimer hastalığının tedavisi için iki ilaç kategorisi onaylanmıştır: Kolinesteraz inhibitörleri ve kısmi N-metil D-aspartat (NMDA) antagonistleridir (Kumar ve diğerleri, 2018). D vitamini eksikliği de Alzheimer tipi demans için bağımsız bir risk faktörü olarak

tanımlanmıştır ve D vitamini eksikliği olan hastalarda takviye önerilmektedir (Weller ve Budson, 2018).

Son çalışmalarda balık yağı da dahil omega-3 yağ asidi takviyesi alan hafif bilişsel bozukluğa sahip hastalarda düşünme ve hafızada iyileşme olduğu görülmüştür fakat bu çalışmalar örneklem sayıları ile sınırlı kalmış ve etkili müdahale dozajları konusunda daha fazla araştırma yapılması önerilmiştir (Lee ve diğerleri, 2013; Bo ve diğerleri, 2017). Son olarak kardiyovasküler risk faktörlerinin önlenmesi nörodejeneratif hastalıklarda genel beyin sağlığına katkıda bulunmuştur. Son sistematik araştırmalarda Akdeniz diyetinin Alzheimer ve bilişsel gerilemeye sahip kişilerde hastalığın ilerleme riskini azalttığı görülmüştür. Alzheimer hastaları için düzenli aerobik egzersizin, fonksiyonların korunmasında etkili olduğu ve bakıcıların yükünü hafiflettiği ifade edilmiştir (Weller ve Budson, 2018). Fiziksel aktivitelerin, hastaların yaşlandıkça güç kayıplarını önlediği ve nöropsikiyatrik semptomlar ile bu sorunlara ilişkin bakım yükünü azalttığı belirtilmektedir (Dregan ve Gulliford, 2013; Weller ve Budson, 2018).

Diğer tedavi seçeneklerine bakıldığında literatürde E vitamini alımının fonksiyonel semptomların ilerlemesini azalttığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bunlara ek nonsteroidal antiinflatuvar ilaç ya da östrojen replasman tedavisinin Alzheimer hastalığını ertelediği ifade edilmektedir. Fakat nonsteroidal antiinflatuvar ilaçların, Glinkgo ve Östrojen Biloba gibi ürünlerin kullanımının etkinliği ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (Söylemez, 2013).

Alzheimer hastalarının klinik yönetimi birkaç önemli görevi yerine getirmelidir. Hastaların, optimize edilmiş bir rejimde uygun ilaçların yanı sıra tanı ve prognostik danışmanlık alması gerekir. Hastaların bir arada var olan davranışsal ve nörolojik olmayan durumlarının en iyi şekilde yönetilmesi gerekir. Hekimler, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanları arasında bakımı koordine etmeye ve hastalarda işlevsel bozukluk ve yetersiz muhakeme olduğunda uygun gözetim ve güvenlik önlemlerinin alınmasına hayati önem verilmelidir. Hastaları sosyal aktivitelere, yetişkin gündüz bakım merkezlerine ve egzersiz programlarına katılmaya

teşvik etmenin yanı sıra hem hastaları hem de bakıcıları destek gruplarında yer almaya teşvik etmek önemlidir (Apostolova, 2016).



3. BÖLÜM ALZHEIMER HASTALARINA BAKIM VERME VE BAKIM YÜKÜ

3.1. BAKIM VERME KAVRAMI

Bakım verme, başka bir kişinin sağlık ihtiyaçları ve refahı ile ilgilenmeyi ifade etmektedir. Bakım verme genellikle banyo yapma ve giyinme, faturaları ödeme, alışveriş yapma ve ulaşımı kullanma dahil olmak üzere bir veya daha fazla günlük yaşam aktivitesine yardımcı olmayı içermektedir. Bakım verme ayrıca Alzheimer'lı kişilere duygusal destek sağlamanın yanı sıra diğer aile üyeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişim ve bakımı koordine etme, evde ve başka yerlerde güvenliği sağlama ve sağlık koşullarını yönetmeyi de içermektedir (Alzheimer's Association, 2021).

Bakım verme iki türe ayrılmaktadır; bunlar formal bakım ve informal bakımdır. İnformal bakım, aile üyeleri, dost, akraba tarafından verilen ve karşılığında maddi bir yardım alınmayan hizmetlerdir. Formal bakım ise özel ve kamu kurumları tarafından verilen profesyonel bakımı kapsayan hizmetler bütünüdür (Soner, 2017).

Aile bakıcıları, fiziksel, zihinsel veya bilişsel işlevlerinde kısıtlamaları olan birine genellikle ücretsiz yardım sağlayan akrabalar, arkadaşlar, eşler veya komşulardır. Bakıcılar geniş ve çeşitli bir birey grubunu temsil eder. Tüm yaşları kapsar ve bakım sağladıkları kişiyle ilişkileri ve coğrafi yakınlıkları ve sağladıkları yardımın niteliği, süresi ve yoğunluğu dahil olmak üzere birçok boyutta heterojendir (Schulz ve diğerleri, 2020). Amerika'da yapılan geniş kapsamlı bir araştırmaya göre demans hastalarına verilen bakımın %83'ünü informal bakım sağlayan kişiler vermektedir (Friedman ve diğerleri, 2016).

Bakım vermek, aile üyeleri için yeni bir rol değildir. İnsanlar, aile üyelerine ve kendilerini yakın hissettikleri diğer kişilere her zaman duygusal, fiziksel ve finansal destek sağlamıştır; son otuz yılda değişen şey, bu rolü üstlenen bireylerin sayısı, sağlanan bakımın süresi, yoğunluğu ve verilen bakımın karmaşıklığı olmuştur. Nüfusun yaşlanması, önemli kronik hastalığı ve sakatlığı olan yaşlı yetişkinlerin daha uzun ömürlü olması ve yetersiz

finanse edilmiş bir sağlık ve sosyal destek sistemi, tüm bakım yükünün aile üyelerine yüklenmesine sebep olmuştur (Schulz ve diğerleri, 2020).

3.2. BAKIM VERME YÜKÜ

Bakım verme yükü, bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı fiziksel yorgunlukların yanında, sağlık sorunları, psikolojik sorunlar, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin yıpranması ve kontrolün kendisinin dışında olduğu duygusunu yaşama gibi öznel ve nesnel olumsuz sonuçların tümüdür. Bakım verme yükü, bakıma ihtiyacı olan yaşlı ve kronik hastalığa sahip olan bireye bakım veren kişilerin birtakım zorluklar yaşaması, baskı altında hissetmesi, gerilmesi gibi durumların sonucunda ortaya çıkmaktadır (Carter, 1994:130-133, akt. Kalıncara ve Kalaycı, 2017).

Bakım verme yükü iki kategoride incelenmektedir. Bunlardan birincisi objektif bakım yüküdür. Objektif bakım yükü, bakım verme sürecinde yaşanan zorluklardan kaynaklanmaktadır ve nesnel ve gözlemlenebilirdir. Subjektif bakım yükü ise bakım veren kişilerin duyguları, düşünceleri ve iç dünyaları ile ilgilidir (Soner ve Aykut, 2017).

Bakım veren kişiler yardım sağlama konusundaki yeterlilik, beceri, motivasyon, eğitim, cinsiyet, kültür gibi konularda farklılık göstermektedir (Schulz ve diğerleri, 2020). Bu durum da kişiler arasındaki bakım yükünü etkilemektedir. Bakım verme yükü, bakım vermenin bir sonucu olarak yaşanan stres ve birçok faktörden etkilenmektedir (Susan ve diğerleri, 2002).

Bakım verme yükünü etkileyen faktörler oldukça değişken ve birçok faktöre bağlıdır. Yapılan sistematik çalışmalarda ortak risk faktörleri şunlardır; bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, fiziksel ve zihinsel sağlığı, hasta ile birlikte yaşamak ve akrabalık (Van dem Kieboom ve diğerleri, 2020). Diğer araştırmalara göre ise bakım verme yükü için risk faktörleri arasında cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, bakım alan kişinin yanında ikamet etme, depresyon, sosyal izolasyon, finansal stres, bakım için harcanan saat sayısının fazla olması ve bakıcı olma konusunda seçim yapamama yer almaktadır (Adelman ve diğerleri, 2014).

Alzheimer ve diğer demans hastalarına bakım veren kişilerin yapmaları gereken görevleri bulunmaktadır bu görevler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Alzheimer veya Diğer Demans Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Görevleri

- Ev işleri, alışveriş, yemek hazırlama, ulaşım sağlama, doktor randevularını ayarlama, mali işleri ve yasal işleri yönetme ve telefona cevap verme gibi günlük yaşamın faaliyetlerine yardımcı olmak.
- Hatırlatıcılar veya ilaçların doğrudan uygulanması yoluyla kişinin ilaçları doğru bir şekilde almasına yardımcı olmak.
- Kişinin bunama veya diğer tıbbi durumlar için tedavi önerilerine uymasına yardımcı olmak.
- Banyo yapma, giyinme ve beslenme gibi günlük yaşamın kişisel aktivitelerine yardımcı olmak ve kişinin yürümesine, yataktan sandalyeye geçmesine, tuvaleti kullanmasına yardımcı olmak.
- Saldırgan davranış, gezinme, depresif ruh hali, ajitasyon, kaygı, tekrarlayan aktivite ve gece rahatsızlıkları gibi hastalığın davranışsal semptomlarını yönetmek.
- Destek grupları ve yetişkinlere yönelik gündüz hizmet programları gibi destek hizmetlerini bulma ve kullanma.
- Ücretli evde, huzurevinde veya yardımcı yaşam bakımı için düzenlemeler yapmak.
- Bakım sağlayan diğerlerini işe almak ve denetlemek.

Kaynak: Alzheimer’s Association, 2021

3.3.ALZHEIMER HASTASINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

3.3.1. Psikolojik Durum

Bakım verme durumunun bakım veren kişilerin psikolojik durumunu etkilediği ve bu durumun da bakım verme yüküne etki ettiği yapılan çalışmalarda görülmüştür. Bakım veren kişilerin durumu genellikle tutarsız bir programa sahip olan ve hem gece hem gündüz uyanık kalması gereken dönüşümlü bir vardiya çalışanına benzemektedir. Bu aşırı sorumluluğun kronik yorgunluğa, bakım kalitesinin düşmesine ve bakım verenlerde anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı hastalıklarına yol açabilen subjektif bakıcı yükünün artmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Xue ve diğerleri, 2018). Alzheimer ve diğer demansları olan kişilere bakım veren aile üyelerinin %59'unun bakım vermenin duygusal stresini yüksek ve çok yüksek olarak değerlendirdiği görülmüştür (Alzheimer's Association, 2021).

Alzheimer hastalığı olan yaşlı yetişkinlere bakım veren kişilerde depresif duygudurum, anksiyete ve psikolojik sıkıntı düzeyini bakım vermeyen kişilerle karşılaştıran bir meta analiz çalışması yapılmıştır ve bu çalışmada 72.353 katılımcıdan toplanan veriler ile Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin bakım vermeyen kişilere göre daha zayıf mental sağlığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bakım veren kişilerin kaygı düzeyi de bakım vermeyenlere göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Ma ve diğerleri, 2018).

Alzheimer hastasına bakım veren kişilerde anksiyete ve depresyon oranını ölçen bir diğer çalışmada 153 kişiden oluşan bakım vericilerde %23,5 oranında anksiyete ve %10,5 oranında depresyon görülmüştür. Bu çalışmada kadın bakıcıların daha çok risk altında olduğu bulunmuştur (Mahoney ve diğerleri, 2005). Yapılan bir diğer çalışmada ise bakım veren kişilerin olumlu yönlerinin çok olmasının ve zorluklarla mücadele etmede daha yetenekli olmalarının bakım verme yüküne etki ettiği ve bu kişilerin depresyon ve anksiyete seviyesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Xue ve diğerleri, 2018).

3.3.2. Cinsiyet

Araştırmalar Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin cinsiyetine göre bakım verme yükünün değiştiğini göstermektedir ve kadın bakım verenlerin bakım yükünün erkek bakım verenlere göre daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür. Alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yüklerinin belirlenmesi ve bakım verene ait tanıtıcı özelliklerin bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaya bakım veren kişilerin %75,9'unun kadın olduğu ve kadın bakım verenlerin bakım yükü puanının erkek bakım verenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Altay ve diğerleri, 2018). Bir diğer çalışmada ise Alzheimer hastası kişilere bakım veren kadın ve erkek bireylerin bakım yükü düzeyleri karşılaştırılmış ve kadın bakım verenlerin erkeklere göre bakım yükü düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Akpınar, 2009). Çeşitli kaynaklar, Alzheimer ve diğer demansları olan kişilere bakım veren kişileri demografik açıdan incelemiştir. Amerika'nın sekiz eyaletinde ve Columbia Bölgesi'nde gerçekleştirilen ankette elde edilen veriler, Alzheimer ve diğer demansları olan kişilerin bakıcılarının %65'inin kadın olduğunu tespit etmiştir (Bouldin ve Andresen, 2014).

Kadın bakım verenler bakım vermenin sonucu olarak evlilikte zorlanmayı ve eşleriyle daha az zaman geçirme konusunda erkeklerden daha çok zorlandıklarını bildirmişlerdir. Kadınların %47'si ve erkeklerin %24'ü bakıcılık rollerinin fiziksel olarak stresli olduğunu düşünmektedir. Kadınların %62'si ve erkeklerin %52'si bakıcılık rollerinin duygusal olarak stresli olduğunu düşünmektedir. Bakıcıların yaklaşık %30'u bakıcılık rollerinde kendilerini izole hissettiklerini bildirmişlerdir ve bu oran kadın ve erkekler arasında benzer bulunmuştur ancak, kendilerini izole hissettiklerini bildirenlerin arasında, kadınların izolasyonu depresif hissetmekle ilişkilendirme olasılığı erkeklerden çok daha yüksek bulunmuştur (Alzheimer Association, 2014).

3.3.3. Yaş

Bakım veren kişilerin yaşının bakım verme yükünü etkileyen bir diğer faktör olduğu düşünülmektedir. Yaşın bakım verme yükünü etkilediğine dair yapılan çalışmalar oldukça azdır. Farklı yaş grupları bakım verme yükü ve zorlukları açısından farklı deneyimler

yaşayabilmektedirler (Yacı, 2011). Chumbler, genç bakım verenlerin yaşlı bakım verenlere göre daha çok bakım yükü algıladıklarını tespit etmiştir (Chumbler ve diğerleri, 2003). Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin genelde orta yaş ve üzerinde olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür ve bakım veren kişilerin %30'unun 65 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmiştir. Amerika'nın sekiz eyaletinde ve Columbia Bölgesi'nde gerçekleştirilen anketlerden elde edilen veriler, Alzheimer ve diğer demansları olan kişilerin bakıcılarının %21'inin 65 yaş ve üzerinde olduğunu tespit etmiştir (Bouldin ve Andresen, 2014). Amerika'da yapılan bir diğer çalışmada bakım veren kişilerin %30'nun 65 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (Alzheimer's Association, 2021). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise bakım veren kişilerin çoğunluğunu %36,8 ile 40-49 yaş aralığındakiler oluştursa da bakım verme yükü açısından 50-59 yaş grubu arasındaki kişilerin daha yüksek bakım yüküne sahip olduğu belirtilmiştir (Altay ve diğerleri, 2018). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da bakım veren kişilerin %72'sinin 30-54 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (Akyar ve Akdemir, 2009).

3.3.4. Bakım Verme Süresi

Bakım verme süresi, bakım verme yükünü etkileyen bir diğer faktördür. Bakım verme süresi ile bakım verme yükü yapılan çalışmalarda ilişkilendirilmiştir (Allegri ve diğerleri, 2006).

Bakım verme süresinin çok olması, kişilerin kendi yaşamları için daha az vakit harcamasına, ekonomik durumlarının kötüleşmesine, sosyal çevrelerine ve iş hayatlarına daha az vakit harcamalarına sebep olmaktadır (Pearlin ve diğerleri akt. Yacı, 2011). Araştırmalar bakım verme süresinin artmasının bakım verme yükünü de artırdığını göstermektedir (Yacı, 2011). 2014 Alzheimer Association'nın yaptığı çalışmaya göre kadın bakıcıların %35'i ve erkek bakıcıların %26'sı 5 yıldan uzun süredir bakım verdiklerini bildirmişlerdir. Alzheimer ve diğer demans hastalarının bakıcılarının haftada ortalama 21.9 saat veya yılda 1139 saat bakım sağladığı ifade edilmiştir (Alzheimer Association, 2014). Başka bir çalışmada ise katılımcılar arasında ortalama bakım verme süresi 3 yıl bulunmuştur. Bakım verenlerin yarısı haftada en az 11 saati hastalara günlük yaşam aktivitelerinde yardım ederek, en az 35 saatini de enstrümantal (dolaylı) günlük yaşam aktivitelerine yardım ederek harcadıklarını rapor

etmiştir. Bakım verenlerin yarısından fazlası (%59) bakım verme sorumlulukları nedeniyle günün 24 saati görev başında olduklarını hissettiklerini bildirmiştir (Schulz ve diğerleri, 2003).

Alzheimer'ın aile üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya göre toplumda yaşayan Alzheimer veya diğer demans hastalıklarına sahip olan kişilere bakım veren aile üyeleri veya ücretsiz bakım veren kişilerin %56,9'u hastalara 4 yıl ve üzerinde bakım vermektedir (Kasper ve diğerleri, 2015). Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre ise Alzheimer hastasına bakım verenlerin %38'inin 0 ile 1 yıl arasında, %36'sının 2 ile 3 yıl arasında, %13,9'unun 4 ile 5 yıl arasında, %12'sinin 6 yıldan fazla süredir bakım verdiği tespit edilmiştir (Uygun ve Taylan, 2018).

3.3.5. Birlikte Yaşama ve Akrabalık Durumu

Çalışmalara göre Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri hastalarla olan akrabalık ilişkisine ve hasta ile birlikte yaşama durumuna göre de değişiklik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada bakım veren kişilerin Alzheimer hastalarına yakınlığına göre ve birlikte yaşama durumuna göre bakım yükleri araştırılmıştır. Çalışmada bakım veren kişiler 3 gruba ayrılmış; bir kısmı bakım verilen kişinin eşi, diğeri bakım verilen kişilerin yetişkin çocukları, üçüncü grup ise bakım verilen kişinin birlikte yaşamadığı yetişkin çocuğudur. Bu üç grup arasında bakım verme yükü en yüksek olan grup, hastayla birlikte yaşayan yetişkin çocuklardır. En düşük yüke sahip grup ise hastayla birlikte yaşamayan yetişkin-çocuk bakıcılarıdır (Diez ve diğerleri, 2017). Yine bakım veren yükünü araştıran bir çalışmada hastayla birlikte yaşayan yetişkin çocukların bakım verme yükü en yüksek düzeyde iken hastayla birlikte yaşamayan yetişkin çocukların daha düşük düzeyde yüke sahip olduğu ifade edilmiştir (Conde-Sala ve diğerleri, 2010). Bunun nedeninin ise bakıcı rolüyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Evliliklerin bir parçası olarak eşler ailelerine bakmayı taahhüt ederler ve bu da algılanan daha düşük bir yük ile ifade edilmektedir. Hastaya bakım veren yetişkin çocuklarının tek başına bakıcı olma eğiliminde olduklarından, evli olma olasılıkları daha düşük olduğundan ve dış kaynakları kullanma olasılıkları daha az olduğundan, kendilerini bakıma daha fazla adanmış oldukları düşünülmektedir (Diez ve diğerleri, 2017).

Bin üç yüz doksan (eş bakım veren 985, yetişkin-çocuk bakım veren 405 kişi) bakım veren kişinin katıldığı başka bir çalışmada ise Alzheimer hastasına yetişkin-çocuk olarak bakım verenlerin bakım için daha az zaman ayırmalarına rağmen, eş bakıcılara göre daha büyük bir bakım verme yüküne sahip oldukları belirlenmiştir (Reed ve diğerleri, 2014).

Türkiye’de yapılan çalışmalara göre ise, bakım veren aile bireylerinin %61,8’i Alzheimer hastası kişiyle aynı evde yaşamaktadır. Bu araştırmaya göre hastayla aynı evde yaşayan kişilerin bakım verme yükleri hasta ile birlikte yaşayamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan bakım veren bireylerin bakım verdikleri kişiyle yakınlık derecesine bakıldığında %46,4’ünün kız çocukları, %13,6’sının ise eşi olduğu belirtilmiştir (Toker Tekin, 2018). Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir diğer çalışmada ise bakım verenlerin %62,8’i Alzheimer hastalarının yetişkin-çocuklarından oluşmaktadır (Uslu, 2018).

3.3.6. Alzheimer Hastalığının Evresi

Bakım verme yükünü etkileyen faktörlerin bir diğeri de Alzheimer hastasının bulunduğu evredir. Alzheimer hastalığı tipik olarak üç genel aşamada ilerlemektedir; bunlar erken, orta ve geç (bazen tıbbi bağlamda hafif, orta ve şiddetli olarak adlandırılabilir) olarak adlandırılmaktadır (Alzheimer’s Assosiaton, 2021). Alzheimer hastalığının tüm aşamalarında hastalar farklı yardım türlerine ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hastalığın ilerlemesi ile hastaların bağımsızlığı giderek kısıtlanmaktadır (Pudelewicz ve diğerleri 2018). Buna bağlı olarak da yapılan çalışmalar bakım verilen kişinin hastalık şiddetinin bakım verme yükünü değiştirdiğini göstermektedir. Alzheimer hastalığının kötüleşmesi ile birlikte bakıcı yükünün de arttığı görülmüştür (Park ve diğerleri, 2021). Yapılan farklı bir çalışmada farklı evrelerdeki Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri incelenmiş ve hastalık ilerledikçe bakım yükü oranlarının arttığı görülmüştür. Alzheimer hastalığının evreleri ilerledikçe hastaların bakım verenlere bağımlılığı artar, nöropsikiyatrik belirtiler fazlaşır ve bakım şekli ağırlaşır buna bağlı olarak da bakım verme yükü artar (Yacı, 2011).

Literatürdeki çeşitli çalışmalarda, Alzheimer hastalığının şiddeti arttıkça bakım yükünün de arttığı bildirilmiştir (Andrieu ve diğerleri, 2003).

4. BÖLÜM: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

4.1. SAĞLIK VE SAĞLIK DAVRANIŞI KAVRAMLARI

4.1.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü Ana Sözleşmesi'ne göre sağlığın tanımı herkesin ulaşabildiği, sadece hastalık ve sakatlık durumunun yokluğu değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halidir. Erişilebilir en yüksek sağlık standardından yararlanmak, ırk, dini, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapmaksızın her insanın temel haklarından birisidir (WHO, 1948). Türk sağlık mevzuatına göre ise sağlık “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” (T.C. Resmi gazete, 1961/10705).

4.1.2. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı bireyin, sağlığını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve gerçekleştirdiği davranışların tümüdür (Pender ve diğerleri, 2002 akt. Esin,2012). Sağlık davranışları, bireylerin sağlıklarını etkileyen eylemlerdir. Bunlar, iyi beslenme, fiziksel olarak aktif olma, sigara, alkol kullanmama ve riskli cinsel davranışlarda bulunmama gibi sağlığı iyileştiren eylemleri içermektedir (County Health Rankings, 2022). Diğer bir tanıma göre sağlık davranışı olumlu ve olumsuz olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Olumsuz sağlık davranışı sigara, alkol kullanımı, düzensiz ve verimsiz uyku, aşırı besin tüketimi gibi bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışlardır. Olumlu sağlık davranışı ise, insanların hem kendi sağlıklarını hem de diğer insanların sağlıklarını korumak amacıyla gerçekleştirdikleri bilinçli davranışlardır. Bu davranışlar, sağlıklı ve düzenli beslenmek, yeterli uyku, diğer insanlarla iyi bir iletişim halinde olmak, yılda bir defa sağlık kontrolü yaptırmak gibi davranışlardır (Küçük, 2017 ve Black, 2009, akt. Can, 2021).

4.2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişilerin kendi iyilik seviyelerini korumalarına ve geliştirmelerine hizmet eden davranışlardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli miktarda ve dengeli beslenmeyi, düzenli egzersiz yapmayı, stres seviyesini yönetebilmeyi, manevi gelişimi, diğer insanlarla olan ilişkileri ve kişinin kendi sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk almasını kapsamaktadır (Pender ve diğerleri, 1987 akt. Aksoy ve Uçar, 2014).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğunu alma, stres yönetimi, sağlık kontrolü, egzersiz ve beslenme gibi davranışlarını içermektedir (Karadeniz ve diğerleri, 2008). Çalışmalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (sigara kullanımını azaltma, fiziksel aktivite, alkol kullanımını kısıtlama, diyet) yaşamın ileri dönemlerinde bilişsel işlevi ve demansı önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (Lee ve diğerleri, 2009)

4.2.1. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bakım veren kişilerin bakım verme yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran çok az çalışma bulunmaktadır. Fakat yapılan çalışmalar kronik hastalara bakım veren kişilerin bakım verme yükünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir. Yaşlı ve demans hastalarına bakım verenler arasında yürütülen araştırmalar, bakım veren yükünün; düzenli egzersiz, iyi beslenme ve kendileri için rutin tıbbi takip gibi sağlığı geliştirici yaşam tarzı davranışlarıyla ters orantılı olduğunu göstermiştir. (Mochari-Greenberger ve Mosca, 2012).

Demans hastasına bakım veren kişilerin sağlık davranışlarını araştıran bir çalışmada tam zamanlı bakım sağlamanın, koruyucu sağlık davranışlarına (egzersiz yapma, sağlıklı beslenme vb) ve yüksek riskli davranışlara (alkol, sigara kullanımı ve aşırı yeme) katkı

sağladığı ifade edilmiştir. Yine bu çalışmaya göre bakım veren kişilerin kendi sağlıklarını eşlerinin sağlıklarından daha kötü olarak değerlendirdikleri görülmüştür (Connell, 1994). Genel olarak yürütülen araştırmalar bakım verenlerin, bakım vermeyen kişilere kıyasla daha az sağlığı geliştirici öz bakım davranışında bulduklarını ve bakım verme yükünün, kendilerinin değerlendirdikleri fiziksel sağlıkları, öz bakım ve sağlığı geliştirici davranışları ile negatif ilişkili olduğunu göstermektedir (Mochari-Greenberger ve Mosca, 2012; Connell,1994).



5. BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; araştırmanın amacına, araştırmanın modeli ve soru cümlelerine, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına, araştırmanın evren ve örneklemine, verilerin analizine ve araştırmanın sınırlılıkları ve varsayımlarına yer verilmiştir.

5.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve nüfusun giderek yaşlanması ile birlikte hastalık ve sakatlık yükü artmaktadır (Guralnik ve diğerleri, 1996). Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmış ve yaşlılara özel, ihtiyaçlar çoğalmıştır. Yaşlı bireylerde yaş ile birlikte hastalıklar, sosyal statüde değişimler, kronik dejenerasyonlar gibi birçok değişim meydana gelmektedir. Kişiler birçok değişimin oluşmasıyla birlikte yavaş yavaş başka insanlara maddi ve manevi olarak bağımlı olmaya başlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2016). Alzheimer hastalığı, hastaların maddi ve manevi olarak başkalarına bağımlı olduğu yaş ile birlikte artış gösteren nörodejeneratif hastalıklardandır.

Alzheimer hastalığının tüm evrelerinde hastalar farklı yardım türlerine ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte hastaların bağımsızlığı giderek kısıtlanmaktadır (Pudelewicz ve diğerleri, 2018). Hastalığın son evresinde hareket edememeleri, yeme zorluğu çekmeleri, arkadaşları ve yakın çevreyi tanıyamamaları ve bir yere ulaşmada güçlük yaşamaları sebebiyle genellikle günlerini yatakta geçirmektedirler. Bu yüzden de tam zamanlı bir bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Klimova ve diğerleri, 2015).

Bireylerin Alzheimer hastalığı ilerledikçe bakım verme de karmaşık bir hale dönüşmekte ve yalnızca yaşlı nüfusu değil aynı zamanda ailelerini ve özellikle birincil bakım veren kişiyi etkilemektedir. Bakım veren kişiler bu süreçte kendilerini çaresiz, umutsuz hissedebilir ve bu sorumluluğu gerektiği gibi yerine getirebilmek için yardım arayabilmektedirler. Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin daha çok, aile bireylerinden oluştuğu ve bakımın

evde verildiği düşünöldüğünde hastaya bakım sağlayan kişilerin üzerindeki yük anlaşılmalıdır (Görken, 2019).

Bakıcı rolü bir aile üyesini veya aileyi önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Hastaya bakım veren kişiler işlerinden ayrılmak ve büyük yaşam değışiklikleri yapmak durumunda kalmaktadırlar. Bakım verenlerin yüklerinin fazla olması, hastaların ihtiyaçlarının karşılanmamasına ve evde bakımın tehlikeye girmesine sebep olabilmektedir. Bu gibi nedenlerden dolayı sağlık politika uygulayıcıları bakım veren kişilerin sorunlarına odaklanarak onlara destek olmak için politikalar geliştirmelilerdir (Deeken ve diğerleri, 2003).

Literatürde bakım veren kişilerin yüklerini inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Fakat Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yükleri ile bu kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışını ne düzeyde gösterdiğini birlikte inceleyen sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterip göstermediği ve bakım yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini incelemektir. Bu yönüyle ilk çalışmalardan biri olma özelliği göstermektedir. Çalışmanın bir diğer amacı ise Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım verme yükünün bakım veren ve alan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediğini araştırmaktır. Bu çalışma ile ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bakım verenlerin ve Alzheimer tanısı almış kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın mevcut bilimsel bilgi birikimine en büyük katkısı diğer çalışmaların aksine salt Alzheimer hastasına bakım veren kişi üzerindeki yükü ölçmesi değil bu kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterip göstermediğini, bakım yüklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini ve bakım yüklerinin sosyodemografik özelliklerine göre değışip değışmediğini ölçmesidir.

5.2 ARAŞTIRMANIN MODELİ VE PROBLEM CÜMLELERİ

Bu araştırma, kesitsel türde bir araştırmadır. Tezin amacı doğrultusunda araştırmanın problem cümleleri şunlardır:

- 1) Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri, bakım veren kişilerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerine göre değişmekte midir?
- 2) Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bakım veren kişilerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerine göre değişmekte midir?
- 3) Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemekte midir?

5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan üç ölçek Alzheimer hastasına bakım veren ve araştırmaya gönüllü olarak katılan kişilere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşmeden önce katılımcılara araştırmanın amacı, konusu, önemi ve gizliliği konusunda detaylı bilgiler verilmiş ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu sunulmuştur.

Tüm dünyanın içinde bulunduğu covid-19 salgını ülkemizi de her açıdan etkilemiştir. Hastaneler salgın sebebiyle en riskli bölgeler olarak görülmekte ve bu sebeple insanlar muayene olmak için bile hastanelere gitmeye çekinmişlerdir. İnsanların bir takım hastalık belirtileri olsa dahi veya kronik rahatsızlıkları için düzenli olarak hastanelere gitmeleri gerekse bile salgın sebebiyle minimum seviyede hastanelere gitmişler ve hastanede en az şekilde vakit geçirmişlerdir. Bu sebeple hastanelerin ve Sağlık Bakanlığı'nın da açıklamalarıyla hastanelerde araştırma yapılabilmesi ne yazık ki kısıtlanmış veya minimum seviyede tutulmuştur. Covid-19 salgının getirdiği birtakım zorluklara rağmen Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 2) alınan izin yazısı ile görüşmeler yüz yüze hastane ortamında gerçekleştirilmiştir. Fakat salgının getirdiği yukarıdaki zorluklar anket sayısını azaltmıştır. Anket görüşmelerinin yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına

covid-19 salgını nedeniyle bazı önlemler alarak görüşmelerin yapılacağına dair yazı iletilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanırken Covid-19 sebebiyle alınacak tedbirlere ilişkin bilgilendirme yazısı etik kurula verilmiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan üç veri toplama aracı şunlardır ve bu araçlar Ek 1’de yer almaktadır:

- 1) Sosyodemografik özellikler bilgi formu
- 2) Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II
- 3) Bakım verenlerin yükü envanteri

5.3.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Ankette yer alan ilk bölüm sosyodemografik özellikleri içeren bilgi formudur. Bu formda bakım veren kişiye ve Alzheimer tanısı almış kişiye yönelik iki bölüm bulunmaktadır. Birinci bölüm olan bakım veren kişiye yönelik bilgiler kısmında kişinin cinsiyeti, yaşı, hasta ile yakınlık durumu, çalışma durumu, hastaya bakım verme süresi, hastanın sağlık giderleri, evde bakım ücreti alma durumu gibi katılımcının sosyodemografik özelliklerini içeren sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise Alzheimer tanısı almış kişiye ait cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, ilk kez tanı aldığından bu yana geçen süre, Alzheimer dışında tanı koyulmuş diğer hastalıklar, mesleği ve geliri gibi sorular yer almaktadır.

5.3.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri

Bu ölçek anket formunun ikinci bölümüdür ve Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin bakım yüklerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçek Novak ve Guest (1989) tarafından geliştirilmiş olan ve 24 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Küçükgüçlü ve diğerleri (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin amacı bakım vermenin, hastaya bakım veren kişiler üzerindeki etkisini ölçmektir. Ölçek Likert tipi [Hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1) puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan] bir ölçektir. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar:

- Zaman-bağımlılık Yüğü,
- Gelişimsel Yüğü,
- Fiziksel Yüğü,
- Sosyal Yüğü
- Duygusal Yüğü alt boyutlarıdır.

Tüm boyutlar 5 maddeden oluşmakta yalnızca üçüncü boyut olan fiziksel yüğü 4 maddeden oluşmaktadır. Her boyut 0 ile 20 puan arasında değerlendirilmektedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yüğü boyutunda her bir maddeden alınan puan 1,25 ile çarpılmaktadır. Her bir katılımcının toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmekte ve yüksek puan yüksek derecedeki yüğü, düşük puan ise düşük derecedeki yüğü göstermektedir. Bakım verenlerin yüğü envanterinin (BYE) iç tutarlılığını belirlemek için yapılan Cronbach alfa katsayısının hesaplanması sonucunda iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,94 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Alt boyutlar için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla “Zaman – Bağımlılık Yüğü” için 0,93, “Gelişimsel Yüğü” için 0,94, “Fiziksel Yüğü” için 0,94, “Sosyal Yüğü” için 0,82, “Duygusal Yüğü” için 0,94 olarak bulunmuştur (Küçükgüçlü ve diğeri, 2009).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması için 24 maddelik ölçeğin madde analizleri yapılarak madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında korelasyon katsayılarının 0,52-0,84 arasında değiştiği ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p<0,001$) ifade edilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin yüğü envanterinin her bir alt boyutunun ortalama puanları ile toplam envanter puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde güvenilirlik katsayılarının 0,79 ile 0,96 arasında değiştiği ve tüm maddeler için çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,001$) belirtilmiştir (Küçükgüçlü ve diğeri, 2009).

Bu araştırmada BYE'nin kullanılmasının nedeni, ölçeğin demans hastalarına bakım verenlerin yüklerini belirlemek için geliştirilmiş olmasıdır. Demans hastalıklarının %60-70'ini Alzheimer hastalığının oluşturduğu bilindiğine göre bu çalışmada BYE'nin kullanılması çalışma için uygun görülmüştür.

5.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Anketin üçüncü kısmını sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II oluşturmaktadır. Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen ve ilk hali 48 madde ve 6 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin revizyonu 1996 yılında yapılmıştır. Yenilenen haline sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II (SYBDÖ-II) adı verilmiştir. Yenilenen ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar;

- Sağlık Sorumluluğu,
- Fiziksel Aktivite,
- Beslenme,
- Manevi Gelişim,
- Kişilerarası İlişkiler ve
- Stres Yönetimidir.

2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından SYBDÖ-II'nin Türkçe geçerlilik- güvenilirlik çalışması yapılmış, ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,94 bulunmuştur ve yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin altı alt boyutunun güvenilirlik katsayıları Sağlık Sorumluluğu için 0,77, Fiziksel Aktivite için 0,79, Beslenme için 0,68, Manevi Gelişim için 0,79, Kişilerarası ilişkiler için 0,80, Stres Yönetimi için 0,64 olarak saptanmıştır. Ölçeğin genel puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermekte ve ölçeğin tamamı için en yüksek puanı 208, en düşük puanı ise 52 olmaktadır. Ölçek 4'lü Likert şeklinde olup hiçbir zaman 1'i, bazen 2'yi, sık sık 3'ü ve düzenli olarak 4'ü ifade etmektedir (Bahar ve diğerleri, 2008).

5.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Türkiye'deki Alzheimer hastalarına bakım veren tüm kişilere ulaşmanın imkânsızlığı sebebiyle araştırmanın evrenini 18 Haziran 2021 – 15 Nisan 2022 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniğine gelen Alzheimer hastalarının

bakım vericileri oluşturmaktadır. Öğretim üyesi doktorlar tarafından yapılan hasta muayeneleri anabilim dalı başkanlığındaki poliklinik odalarında yapılmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeyerek 18.06.2021 – 15.04.2022 tarihleri arasında polikliniğe gelen tüm hasta yakınlarına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Anket çalışmasının yapıldığı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır. İzin alındığına dair yazı Ek 3'te verilmiştir.

Gazi Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği'ne başvuran ve öğretim üyesi Nöroloji uzmanı tarafından Alzheimer tanısı konulan veya daha önceden Alzheimer tanısı almış olarak gelen hastalara bakım veren 84 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Alzheimer tanısı almayan hastaların bakım verenleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma sırasında anket formu çalışmaya katılan tüm bakım veren kişilere uygulanmıştır.

5.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve sonrasında Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS) 24.0 programı kullanılarak istatistiksel analizler yapılmıştır. Çalışmada yer alan değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin analizinde merkezi eğilim ölçütü olarak ortalama, yayılım ölçütü olarak ise standart sapma kullanılmıştır. Çalışmada ölçek paunları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için çarpıklık-basıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t) ve tek yönlü varyans analizi (Analysis of Variance [ANOVA]) testi kullanılmıştır. T testi, 2 grulu

demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş ve bakım verenlerin yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinin toplam onbir alt boyutu arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon katsayısı (r) kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını belirlemek ve ilişkinin gücünü belirlemek için Regresyon Analizi kullanılmıştır. Regresyon Analizi ile bağımsız değişkenlerin (bakım veren yükü) bağımlı değişken (sağlıklı yaşam biçimi davranışları) üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

5.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI

Araştırma, sadece Gazi Üniversitesi Hastanesinin Demans Polikliniğine başvuran Alzheimer hastalarına bakım veren kişilere uygulanan anketleri ve hastalarla ilgili bulguları ve sonuçları kapsamaktadır. Bu araştırmanın sonuçları ve bulguları yalnızca bu araştırmaya katılan bakım veren kişilerden elde edilen bilgileri yansıtmaktadır. Araştırmanın en büyük sınırlılığı yalnızca bu hastaneye başvuran kişiler üzerinde yapılıp diğer hastanelerdeki polikliniklerde yapılmamasıdır. Bir diğer kısıtlılık ise COVID-19 salgını nedeniyle veri toplama sürecinde yaşanan zorluklardır. Araştırmada katılımcıların kendilerine ve hastalara yönelik sorulan soruları doğru anladıkları ve tarafsız bir şekilde değerlendirerek cevap verdikleri varsayılmıştır.

6. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde Alzheimer hastasına bakım veren kişilerle gerçekleştirilmiş olan anket çalışmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan bakım verenlerin yükü envanteri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinin alt boyutlarına ilişkin dağılımlar, boyutlar arasındaki ilişkiye dair bulgular, bu ölçeklerden elde edilen puanların sosyodemografik özelliklere göre fark gösterip göstermediğine ilişkin bulgular ve Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular ortaya konmuştur.

6.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, katılımcılara ilişkin sosyodemografik özelliklere ve araştırmadan elde edilen verilerin dağılımlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

6.1.1. Alzheimer Hastalarına ve Bakım Veren Kişilere İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Anketin ilk bölümünde yer alan soruların bir kısmı Alzheimer tanısı almış kişiye ilişkin iken bir kısmı da Alzheimer hastasına bakım veren kişiye ilişkin sosyodemografik sorulardır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, aynı evde yaşama durumu, kaç yıldır bakım verdiği, başka hastalığının olup olmaması vb. ilişkin özellikler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Bakım Veren Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	64	76,2
	Erkek	20	23,8
Yaş	34-49	28	34,1
	50-64	35	42,7
	≥ 65	19	23,2
Bakım verdiği hastası ile yakınlık derecesi	Eşi	34	40,5
	Kızı	34	40,5
	Oğlu	12	14,3
	Gelini	2	2,4
	Diğer	2	2,4
Bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evet	57	67,9
	Hayır	27	32,1
Medeni durumu	Evli	62	73,8
	Bekar	17	20,2
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	5	6,0
Çocuk Sayısı	0	19	22,9
	1-2	39	47,0
	≥ 3	25	30,1
Eğitim durumu	Okur yazar değil	2	2,4
	İlkokul	25	29,8
	Ortaokul	8	9,5
	Lise	15	17,9
	Üniversite	33	39,3
	Yüksek Lisans ve üstü	1	1,2
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	23	27,4
	Çalışmıyor	30	35,7
	Emekli	31	36,9
Evde bakım ücreti alma durumu	Evet	4	4,8
	Hayır	80	95,2
Ne kadar süredir hastasına bakım verdiği (yıl)	< 3	38	45,2
	3-4	20	23,8
	>4	26	31,0
Hastasının sağlık giderleri için aylık ortalama kaç TL harcama yaptığı	0-2000	74	89,2
	2001-4000	8	9,6
	≥4001	1	1,2
Kendisi dahil aynı evde birlikte yaşadığı kişi sayısı	1-2	43	51,2
	≥3	41	48,8

Bakım veren kişiler cinsiyete göre değerlendirildiğinde katılımcıların yarısından çoğunun kadın (%76,2) katılımcılardan oluştuğu ve çoğu katılımcının (%42,7) 50-64 yaş arasında olduğu görülmektedir. Bakım veren kişinin hasta ile yakınlık derecesi incelendiğinde hastanın eşi (40,5) ve hastanın kızı (40,5) olarak bakım verenlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bakım veren kişilerin üçte ikisinin (%67,9) bakım verdiği kişi ile aynı evde yaşadığı ve yaklaşık dörtte üçünün (%73,8) medeni durumunun evli olduğu öğrenilmiştir.

Bakım veren kişilerin çocuk sahibi olma durumu bakıldığında yarıya yakınının (%47,0) 1-2 çocuğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren kişilerin eğitim durumu incelendiğinde çoğunluğu üniversite (39,3) ve ilkokul (29,8) mezunları oluşturmaktadır.

Bakım verenlerin çalışma durumları incelendiğinde ise çoğunluğu emekli (%36,9) ve çalışmayan (%35,7) kişiler oluşturmaktadır. Bunun nedeninin ise Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin özellikle ileri evredeki hastaların çoğunlukla tam zamanlı bir bakıma ihtiyaç duymaları nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların neredeyse tamamının (%95,2) evde bakım ücreti almadığı görülmektedir.

Bakım veren kişilerin hastalara bakım verme süreleri incelendiğinde yaklaşık yarısının (%45,2) 3 yıldan az süredir bakım verdiği tespit edilmiştir. Bakım veren kişilerin hastalarının sağlık giderleri incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun (%89,2) 0-2000 TL arasında harcama yaptığı öğrenilmiştir.

Bakım veren kişilerin kendisi dahil aynı evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı iki gruba ayrılmıştır. Bu gruplandırmaya göre bakım verenlerin yaklaşık yarısı (%51,2) evde 1-2 kişi yaşamakta yine yaklaşık yarısı (%48,8) evde 3 veya daha fazla kişi yaşamaktadır.

Alzheimer tanısı almış kişilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	45	53,6
	Erkek	39	46,4
Yaş	< 65	19	22,6
	≥ 65	65	77,4
Medeni durum	Evli	60	71,4
	Bekar	0	0,0
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	28,6
Çocuk Sayısı	≤ 2	23	27,4
	3-4	43	51,2
	≥ 5	18	21,4
Eğitim durumu	Okur yazar değil	12	14,3
	İlkokul	41	48,8
	Ortaokul	9	10,7
	Lise	11	13,1
	Üniversite	11	13,1
	Yüksek Lisans ve üstü	0	0,0
İlk kez tanı aldığından bu yana geçen süre	<3	34	40,5
	3-4	21	25,0
	>4	29	34,5
Hastanın gelir durumu	Var	63	75,0
	Yok	21	25,0

Alzheimer tanısı almış kişilerin demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde yarısından biraz fazlasının kadın (%53,6) olduğu görülmektedir. Hastaların dörtte üçünden fazlasının (%77,4) 65 yaşında veya daha büyük olduğu öğrenilmiştir. Bunun nedeninin ise Alzheimer hastalığının birincil risk faktörleri arasında yaş faktörünün bulunması ve hastalığın görülme sıklığının yaş ile birlikte artmasıdır. Alzheimer hastalarının medeni durumu incelendiğinde ise çoğunluğunun evli olduğu (%71,4) belirlenmiştir. Alzheimer hastasının sahip olduğu çocuk sayısı incelendiğinde hastaların yaklaşık dörtte birinin (%27,4) bir veya iki çocuğu, yaklaşık yarısının (%51,2) 3-4 tane çocuğu ve yaklaşık beşte birinin

(%21,4) beş ve beşten fazla çocuğu vardır. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde yaklaşık yarısının (%48,8) ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların ilk kez tanı almasından itibaren geçen süre gruplandırılmıştır. Alzheimer hastalarının üçte birinden fazlası (%40,5) üç yıl önce, dörtte biri (%25,0) üç-dört yıl, üçte birinden biraz fazlası (%34,5) dört yıldan daha fazla süre önce ilk kez Alzheimer tanısı almıştır. Hastaların gelir durumu incelendiğinde ise dörtte üçünün gelirin olduğu sonucuna varılmaktadır.

Bakım verenlerin yükü ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeylerini ölçmek için Cronbach Alfa değerlerine bakılmıştır. Bu tez çalışmasında bulunan Cronbach Alfa değerleri, ölçeklerin madde numaraları ile ölçeklerin ve boyutların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Alt Boyutlarına İlişkin Madde Numaraları, Alfa Katsayıları ve Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler ve Alt Boyutları	Maddeler	n	Cronbach's Alpha	Minimum-Maximum	Ort. ¹ ± SS ²
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri	1-24	84	0,932	4,00-85,00	37,52±19,97
Zaman ve Bağımlılık Yükü	1-5	84	0,891	0,00-20,00	11,67±5,88
Gelişimsel Yük	6-10	84	0,917	0,00-20,00	9,04±6,05
Fiziksel Yük	11-14	84	0,825	0,00-16,00	5,55±4,39
Sosyal Yük	15-19	84	0,699	0,00-17,00	5,94±4,49
Duygusal Yük	20-24	84	0,815	0,00-19,00	5,33±4,43
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1-52	84	0,877	101,00-186,00	129,39±16,40
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	84	0,538	16,00-32,00	23,83±3,37
Fiziksel Aktivite	4,10,16,22,28,34,40,46	84	0,830	8,00-29,00	13,80±4,59
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	84	0,387	18,00-30,00	22,88±3,00
Manevi Gelişim	6,12,18,24,30,36,42,48,52	84	0,806	12,00-36,00	25,17±4,82
Kişilerarası İlişkiler	1,7,13,19,25,31,37,43,49	84	0,707	16,00-34,00	24,46±4,21
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	84	0,732	9,00-30,00	19,25±4,39

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Tablo 5'e göre boyutların güvenilirlik düzeylerinin zaman ve bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, duygusal yük, bakım verenlerin yükü, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları için yüksek derecede güvenilir olduğu; sosyal yük, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi alt boyutları için oldukça güvenilir olduğu; sağlık sorumluluğu için güvenilirliğin düşük olduğu ve son olarak beslenme için güvenilir olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların anket sorularına vermiş oldukları cevaplar ölçek ortalamalarıyla ve onbir alt boyutta değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin yükü envanteri beş alt boyutta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği altı alt boyutta değerlendirilmiştir. Bu ölçeklerin hepsi orijinalindeki haliyle puanlandırılmıştır. Bakım verenlerin yükü envanteri "0" ile "4" puan aralığında (Hiç tanımlamıyor (0), çok tanımlıyor (4)) değerlendirilirken SYBDÖ-II "1" ile "4" puan aralığında (1=hiçbir zaman, 4=düzenli olarak) değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin yükü puanları bakımından ortalamasının en yüksek olduğu alt boyut "zaman ve bağımlılık yükü" boyutu ($11,67 \pm 5,88$) iken ortalamasının en düşük olduğu alt boyut 'duygusal yük' boyutudur ($5,33 \pm 4,43$). Alzheimer hastasına bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları bakımından en yüksek ortalamaya sahip oldukları alt boyut 'manevi gelişim' boyutu ($25,17 \pm 4,82$) iken, en düşük ortalamaya sahip oldukları alt boyut 'fiziksel aktivite' alt boyutudur ($13,80 \pm 4,59$).

6.2. ÖLÇEKLER VE ÖLÇEKLERİN ALT BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

Bakım verenlerin yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinin geneli ve toplam onbir alt boyutu arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon katsayısı (r) kullanılmıştır. Bu katsayı -1 ile +1 arasında değişmektedir. Pearson korelasyon katsayısı mutlak değerinin büyüklüğü 0,00-0,19 arasında ise ilişki yok veya önemsenmeyecek seviyede düşük ilişki, 0,20-0,39 değerleri arasında zayıf-düşük ilişki, 0,40-0,69 değerleri arasında orta seviyede ilişki, 0,70-0,89 değerleri arasında güçlü ilişki ve 0,90-1,00 arasında ise çok güçlü ilişki olduğu anlamına gelmektedir (Alpar, 2012,). Boyutlar ve alt boyutlar arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Katsayıları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1. Zaman ve Bağımlılık Yükü	r p	1												
2. Gelişimsel Yük	r p	.559** 0,000	1											
3. Fiziksel Yük	r p	.510** 0,000	.712** 0,000	1										
4. Sosyal Yük	r p	.373** 0,000	.572** 0,000	.580** 0,000	1									
5. Duygusal Yük	r p	.233* 0,033	.669** 0,000	.574** 0,000	.524** 0,000	1								
6. Bakım Verenlerin Yükü	r p	.711** 0,000	.901** 0,000	.843** 0,000	.752** 0,000	.737** 0,000	1							
7. Sağlık Sorumluluğu	r p	0,045 0,683	-0,039 0,723	0,027 0,810	-0,151 0,171	-0,136 0,218	-0,057 0,608	1						
8. Fiziksel Aktivite	r p	-.225* 0,040	-0,080 0,467	-0,181 0,100	-0,190 0,084	0,149 0,175	-0,140 0,205	0,085 0,442	1					
9. Beslenme	r p	.309** 0,004	0,108 0,327	0,185 0,092	0,072 0,517	0,006 0,959	0,182 0,098	.355** 0,001	0,097 0,380	1				
10. Manevi Gelişim	r p	-0,095 0,388	-.434** 0,000	-.378** 0,000	-.293** 0,007	-.446** 0,000	-.407** 0,000	.449** 0,000	0,118 0,285	0,100 0,368	1			
11. Kişilerarası İlişkiler	r p	-0,129 0,243	-.436** 0,000	-.354** 0,001	-.389** 0,000	-.328** 0,002	-.408** 0,000	.334** 0,002	.300** 0,006	.401** 0,000	.634** 0,000	1		
12. Stres Yönetimi	r p	-.330** 0,002	-.497** 0,000	-.634** 0,000	-.443** 0,000	-.395** 0,000	-.574** 0,000	.378** 0,000	.326** 0,003	0,096 0,387	.628** 0,000	.584** 0,000	1	
13. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	r p	-0,146 0,184	-.384** 0,000	-.383** 0,000	-.376** 0,000	-.306** 0,005	-.396** 0,000	.614** 0,000	.514** 0,000	.441** 0,000	.769** 0,000	.826** 0,000	.789** 0,000	1

*p<0,05

Tablo 6'da verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bakım verenlerin yükü ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde iki ölçek arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0,396$; $p\leq 0,001$).

Bu ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde alt boyutlar arasında negatif ve pozitif yönlü ilişkiler olduğu görülmektedir. En yüksek ilişki fiziksel yük alt boyutu ile gelişimsel yük alt boyutu arasındadır ($r=0,712$). İstatistiksel olarak anlamlı en düşük ilişki ise fiziksel aktivite alt boyutu ile zaman ve bağımlılık yükü alt boyutu arasında olup çok zayıf düzeyde ve negatif yönlü bir ilişkidir ($r=-0,225$).

Bakım verenlerin yükü ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde beş alt boyut arasında anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmakta ve bu alt boyutlar arasındaki korelasyonlar 0,233 ile 0,712 arasında değişmektedir. Bu alt boyutlar arasındaki en yüksek ilişki fiziksel yük alt boyutu ile gelişimsel yük alt boyutu arasında ($r=0,712$) iken en düşük ilişki duygusal yük alt boyutu ile zaman ve bağımlılık yükü alt boyutu arasında bulunmuştur ($r=0,233$).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde altı alt boyut arasındaki korelasyonlar 0,300 ile 0,634 arasında değişmektedir. Bu alt boyutlar arasındaki en yüksek ilişki kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile manevi gelişim alt boyutu arasında ($r=0,634$) iken en düşük ilişki ($r=0,300$; $p=0,006$) ise kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile fiziksel aktivite alt boyutu arasındadır.

6.3. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

6.3.1. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bakım Veren Kişilerin ve Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Açısından İncelenmesi

Araştırmanın bu bölümünde sosyodemografik değişkenlere göre belirlenmiş gruplar arasında, ölçek ve alt boyut puanları açısından fark olup olmadığı incelenmiştir. Analiz edilen sosyodemografik değişkenler; bakım veren kişinin cinsiyeti, yaşı, hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde yaşama durumu, çocuk sayısı, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir getiren bir işte çalışma durumu, hastaya bakma süresi ve kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısıdır. Bununla birlikte Alzheimer tanısı almış kişilerin; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk

sayısı, eğitim durumu, tanı almasından itibaren geçen süre ve geliri değişkenleri de incelenmiştir.

Bakım verenlerin yükü ve alt boyutları puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutları puanlarının bakım veren kişinin cinsiyetine göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t) kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Bakım Veren Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	Kadın	64	38,41	19,68	0,722	0,472
	Erkek	20	34,70	21,15		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Kadın	64	11,78	5,87	0,318	0,751
	Erkek	20	11,30	6,05		
Gelişimsel Yük	Kadın	64	9,36	6,11	0,876	0,384
	Erkek	20	8,00	5,87		
Fiziksel Yük	Kadın	64	5,64	4,38	0,346	0,730
	Erkek	20	5,25	4,49		
Sosyal Yük	Kadın	64	5,95	4,61	0,046	0,964
	Erkek	20	5,90	4,20		
Duygusal Yük	Kadın	64	5,67	4,44	1,258	0,212
	Erkek	20	4,25	4,30		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Kadın	64	129,63	17,53	0,231	0,818
	Erkek	20	128,65	12,46		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	64	24,02	3,45	0,885	0,379
	Erkek	20	23,25	3,13		
Fiziksel Aktivite	Kadın	64	13,64	4,67	-0,559	0,578
	Erkek	20	14,30	4,40		
Beslenme	Kadın	64	23,08	3,07	1,077	0,285
	Erkek	20	22,25	2,75		
Manevi Gelişim	Kadın	64	25,08	4,66	-0,299	0,765
	Erkek	20	25,45	5,41		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	64	24,38	4,26	-0,346	0,730
	Erkek	20	24,75	4,17		
Stres Yönetimi	Kadın	64	19,44	4,27	0,698	0,487
	Erkek	20	18,65	4,82		

¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre, bakım verenlerin yükü ve alt boyut puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyut puanlarının bakım veren kişinin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin yaşı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için ANOVA testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.



Tablo 8. Bakım Veren Kişilerin Yaşlarına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Yaş	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Bakım Verenlerin Yükü	34-49 ¹	28	30,71	22,75	3,273	0,043	1-3
	50-64 ²	35	38,34	15,73			
	≥65 ³	19	45,26	20,09			
Zaman ve Bağımlılık Yükü	34-49 ¹	28	10,18	6,64	2,595	0,081	
	50-64 ²	35	11,66	5,42			
	≥65 ³	19	14,11	5,12			
Gelişimsel Yük	34-49 ¹	28	7,07	6,45	2,712	0,073	
	50-64 ²	35	9,29	5,42			
	≥65 ³	19	11,05	5,77			
Fiziksel Yük	34-49 ¹	28	4,32	3,98	4,386	0,016	1-3
	50-64 ²	35	5,20	3,99			
	≥65 ³	19	7,89	4,65			
Sosyal Yük	34-49 ¹	28	4,46	4,73	2,293	0,108	
	50-64 ²	35	6,74	4,17			
	≥65 ³	19	6,58	4,59			
Duygusal Yük	34-49 ¹	28	4,68	4,49	0,369	0,693	
	50-64 ²	35	5,46	3,84			
	≥65 ³	19	5,63	4,65			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	34-49 ¹	28	130,21	16,10	0,423	0,657	
	50-64 ²	35	131,20	17,83			
	≥65 ³	19	126,95	13,84			
Sağlık Sorumluluğu	34-49 ¹	28	23,32	2,92	0,725	0,487	
	50-64 ²	35	24,23	3,95			
	≥65 ³	19	24,32	2,67			
Fiziksel Aktivite	34-49 ¹	28	14,50	4,71	0,674	0,512	
	50-64 ²	35	13,43	4,56			
	≥65 ³	19	13,05	4,48			
Beslenme	34-49 ¹	28	22,46	2,92	0,586	0,559	
	50-64 ²	35	23,23	3,26			
	≥65 ³	19	23,21	2,59			
Manevi Gelişim	34-49 ¹	28	25,25	5,29	0,052	0,949	
	50-64 ²	35	25,49	4,83			
	≥65 ³	19	25,05	4,08			
Kişilerarası İlişkiler	34-49 ¹	28	25,18	3,68	0,745	0,478	
	50-64 ²	35	24,69	4,66			
	≥65 ³	19	23,68	3,73			
Stres Yönetimi	34-49 ¹	28	19,50	4,93	2,105	0,129	
	50-64 ²	35	20,14	3,76			
	≥65 ³	19	17,63	4,36			

p<0,05 ¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım verenlerin yükü puanı bakım veren kişinin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,273$; $p<0,05$). Bu farklılığı görmek için Tukey testi yapılmış ve farklılığın 1. ve 3. gruptan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre 65 yaşından büyük olan bakım verenlerin 34-49 yaşında olan bakım verenlere göre daha yüksek bakım yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 8 incelendiğinde fiziksel yük puanı, bakım veren kişinin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,386$; $p<0,05$). Bu farklılığı görmek için Tukey testi yapılmış ve farklılığın 1. ve 3. gruptan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre 65 yaşından büyük olan bakım verenlerin 34-49 yaşında olan bakım verenlere göre daha yüksek bakım yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Zaman ve bağımlılık puanı, gelişimsel yük puanı, sosyal yük puanı, duygusal yük puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutları puanlarının bakım veren kişinin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin hasta ile yakınlık derecesi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Bakım Veren Kişilerin Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Yakınlık Derecesi	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Bakım Verenlerin Yükü	Eşi ¹	34	41,85	18,77	1,590	0,210	
	Kızı ²	34	35,88	21,16			
	Diğer ³	16	31,81	19,05			
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Eşi ¹	34	12,71	5,91	1,036	0,360	
	Kızı ²	34	11,26	5,86			
	Diğer ³	16	10,31	5,84			
Gelişimsel Yük	Eşi ¹	34	9,59	5,97	0,250	0,780	
	Kızı ²	34	8,76	6,21			
	Diğer ³	16	8,44	6,16			
Fiziksel Yük	Eşi ¹	34	6,76	4,19	2,267	0,110	
	Kızı ²	34	4,74	4,47			
	Diğer ³	16	4,69	4,27			
Sosyal Yük	Eşi ¹	34	7,26	4,71	3,369	0,039	1-3
	Kızı ²	34	5,56	4,56			
	Diğer ³	16	3,94	2,93			
Duygusal Yük	Eşi ¹	34	5,53	4,23	0,399	0,672	
	Kızı ²	34	5,56	4,63			
	Diğer ³	16	4,44	4,57			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Eşi ¹	34	127,94	14,02	0,520	0,596	
	Kızı ²	34	131,62	19,26			
	Diğer ³	16	127,75	14,84			
Sağlık Sorumluluğu	Eşi ¹	34	24,03	3,20	1,451	0,240	
	Kızı ²	34	24,24	3,53			
	Diğer ³	16	22,56	3,29			
Fiziksel Aktivite	Eşi ¹	34	12,97	4,14	0,958	0,388	
	Kızı ²	34	14,47	5,23			
	Diğer ³	16	14,13	3,98			
Beslenme	Eşi ¹	34	23,53	3,00	1,426	0,246	
	Kızı ²	34	22,32	2,87			
	Diğer ³	16	22,69	3,22			
Manevi Gelişim	Eşi ¹	34	24,82	3,72	1,435	0,244	
	Kızı ²	34	26,15	4,82			
	Diğer ³	16	23,81	6,53			
Kişilerarası İlişkiler	Eşi ¹	34	23,94	3,88	0,742	0,479	
	Kızı ²	34	24,50	4,69			
	Diğer ³	16	25,50	3,88			
Stres Yönetimi	Eşi ¹	34	18,65	3,92	0,753	0,474	
	Kızı ²	34	19,94	4,56			
	Diğer ³	16	19,06	5,00			

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Tablo 9 incelendiğinde, sosyal yük puanı bakım veren kişinin hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,369$; $p<0,05$). Bu farklılığın 1. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre bakım yükü, hastanın eşi olduğunu belirtenlerin başka biri olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Analiz sonuçlarına göre zaman ve bağımlılık puanı, gelişimsel yük puanı, fiziksel yük puanı, duygusal yük puanı, bakım verenlerin yükü puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin hasta ile aynı evde yaşaması bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir

Tablo 10. Bakım Veren Kişilerin Hasta ile Aynı Evde Yaşamaları Durumuna Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hasta ile birlikte Yaşama	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	Evet	57	41,70	19,05	2,908	0,005
	Hayır	27	28,70	19,29		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Evet	57	12,63	5,54	2,238	0,028
	Hayır	27	9,63	6,16		
Gelişimsel Yük	Evet	57	10,09	5,86	2,380	0,020
	Hayır	27	6,81	5,94		
Fiziksel Yük	Evet	57	6,30	4,44	2,340	0,022
	Hayır	27	3,96	3,90		
Sosyal Yük	Evet	57	7,11	4,63	4,292	<0,001
	Hayır	27	3,48	3,02		
Duygusal Yük	Evet	57	5,58	4,46	0,737	0,463
	Hayır	27	4,81	4,39		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evet	57	128,96	17,49	-0,346	0,730
	Hayır	27	130,30	14,07		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	57	23,88	3,33	0,172	0,864
	Hayır	27	23,74	3,51		
Fiziksel Aktivite	Evet	57	13,65	4,81	-0,429	0,669
	Hayır	27	14,11	4,14		
Beslenme	Evet	57	23,09	2,95	0,916	0,362
	Hayır	27	22,44	3,12		
Manevi Gelişim	Evet	57	25,19	4,43	0,072	0,943
	Hayır	27	25,11	5,65		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	57	23,96	4,48	-1,593	0,115
	Hayır	27	25,52	3,41		
Stres Yönetimi	Evet	57	19,19	4,56	-0,172	0,864
	Hayır	27	19,37	4,09		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Tablo 10 incelendiğinde, zaman ve bağımlılık yükü puanı bakım veren kişinin hasta ile aynı evde yaşamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (t=2,238 p<0,05).

Ortalama puanlara göre, hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin bakım yükü aynı evde yaşamayanlara göre daha yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre gelişimsel yük puanı ($t=2,380$; $p<0,05$), fiziksel yük puanı ($t=2,340$; $p<0,05$), sosyal yük puanı ($t=4,292$; $p<0,05$) ve bakım verenlerin yükü puanı bakım veren kişinin hasta ile aynı evde yaşamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($t=2,908$; $p<0,05$). Gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve bakım verenlerin yükü ortalamalarına göre aynı evde yaşayanların aynı evde yaşamayanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Analiz sonuçlarına göre duygusal yük puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin hasta ile aynı evde yaşaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin medeni durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır ve analiz sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Bakım Veren Kişilerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	Evli	62	36,47	20,04	-0,812	0,419
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	40,50	19,92		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Evli	62	11,71	6,26	0,112	0,911
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	11,55	4,76		
Gelişimsel Yük	Evli	62	8,53	6,00	-1,286	0,202
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	10,45	6,11		
Fiziksel Yük	Evli	62	5,48	4,27	-0,222	0,825
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	5,73	4,80		
Sosyal Yük	Evli	62	5,73	4,44	-0,733	0,466
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	6,55	4,69		
Duygusal Yük	Evli	62	5,02	4,17	-1,104	0,273
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	6,23	5,09		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evli	62	129,66	14,85	0,250	0,803
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	128,64	20,52		
Sağlık Sorumluluğu	Evli	62	23,89	3,22	0,244	0,808
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	23,68	3,83		
Fiziksel Aktivite	Evli	62	13,32	4,13	-1,396	0,173
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	15,14	5,57		
Beslenme	Evli	62	23,21	3,09	1,703	0,092
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	21,95	2,59		
Manevi Gelişim	Evli	62	25,23	4,31	0,159	0,875
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	25,00	6,15		
Kişilerarası İlişkiler	Evli	62	24,82	3,75	1,119	0,272
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	23,45	5,28		
Stres Yönetimi	Evli	62	19,19	4,10	-0,197	0,844
	Bekar/Ayrı/Boşanmış/Vefat	22	19,41	5,23		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin medeni durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin çocuk sayısı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Bakım Veren Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	n	Ort. ¹	SS ²	F	p
Bakım Verenlerin Yükü	0	19	36,16	17,77	0,079	0,925
	1-2	39	36,87	22,37		
	≥3	25	38,44	17,71		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	0	19	11,16	4,74	2,953	0,058
	1-2	39	10,54	6,41		
	≥3	25	14,04	5,30		
Gelişimsel Yük	0	19	9,32	4,93	0,096	0,908
	1-2	39	8,95	6,45		
	≥3	25	8,52	6,08		
Fiziksel Yük	0	19	4,42	3,93	0,994	0,375
	1-2	39	5,44	4,62		
	≥3	25	6,28	4,15		
Sosyal Yük	0	19	6,47	5,11	0,798	0,454
	1-2	39	6,23	4,37		
	≥3	25	4,96	4,27		
Duygusal Yük	0	19	4,79	3,88	0,595	0,554
	1-2	39	5,72	4,89		
	≥3	25	4,64	3,32		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	0	19	132,42	19,14	0,345	0,709
	1-2	39	128,82	16,05		
	≥3	25	128,92	14,71		
Sağlık Sorumluluğu	0	19	24,63	3,98	0,778	0,463
	1-2	39	23,46	3,20		
	≥3	25	23,96	3,14		
Fiziksel Aktivite	0	19	15,05	5,36	1,600	0,208
	1-2	39	13,77	4,29		
	≥3	25	12,60	4,15		
Beslenme	0	19	22,37	2,79	2,580	0,082
	1-2	39	22,49	2,71		
	≥3	25	24,04	3,35		

Tablo 12. Bakım Veren Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Devamı)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	n	Ort. ¹	SS ²	F	p
Manevi Gelişim	0	19	25,79	5,48	0,161	0,851
	1-2	39	25,03	4,87		
	≥3	25	25,24	4,15		
Kişilerarası İlişkiler	0	19	24,42	5,18	0,058	0,944
	1-2	39	24,49	3,89		
	≥3	25	24,80	3,76		
Stres Yönetimi	0	19	20,16	4,97	1,141	0,325
	1-2	39	19,59	4,01		
	≥3	25	18,28	4,37		

¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin çocuk sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin eğitim düzeyi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Bakım Veren Kişilerin Eğitim Düzeyine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	Ort. ¹	SS ²	F	p
Bakım Verenlerin Yükü	Okur yazar değil/İlkokul	27	42,41	20,16	1,055	0,373
	Ortaokul	8	29,50	18,38		
	Lise	15	36,73	18,93		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	35,88	20,52		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Okur yazar değil/İlkokul	27	13,15	5,33	0,858	0,466
	Ortaokul	8	10,63	7,03		
	Lise	15	10,80	6,09		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	11,12	5,97		
Gelişimsel Yük	Okur yazar değil/İlkokul	27	9,89	6,00	1,322	0,273
	Ortaokul	8	5,13	4,97		
	Lise	15	9,27	5,98		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	9,18	6,24		
Fiziksel Yük	Okur yazar değil/İlkokul	27	6,85	4,66	1,468	0,230
	Ortaokul	8	5,63	4,69		
	Lise	15	5,53	3,89		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	4,50	4,20		
Sosyal Yük	Okur yazar değil/İlkokul	27	6,81	4,79	1,031	0,383
	Ortaokul	8	4,00	4,66		
	Lise	15	6,47	4,98		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	5,47	3,96		
Duygusal Yük	Okur yazar değil/İlkokul	27	5,70	4,40	0,413	0,744
	Ortaokul	8	4,13	4,12		
	Lise	15	4,67	3,44		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	5,62	4,97		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Okur yazar değil/İlkokul	27	126,37	13,97	1,849	0,145
	Ortaokul	8	139,50	10,97		
	Lise	15	125,20	13,19		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	131,26	19,48		

Tablo 13. Bakım Veren Kişilerin Eğitim Düzeyine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Devamı)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	Ort. ¹	SS ²	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Okur yazar değil/İlkokul	27	23,85	3,03	0,510	0,676
	Ortaokul	8	24,88	2,53		
	Lise	15	23,07	3,03		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	23,91	3,94		
Fiziksel Aktivite	Okur yazar değil/İlkokul	27	12,48	3,94	1,792	0,155
	Ortaokul	8	14,88	4,70		
	Lise	15	13,00	3,61		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	14,94	5,22		
Beslenme	Okur yazar değil/İlkokul	27	23,37	3,21	1,672	0,180
	Ortaokul	8	24,38	2,83		
	Lise	15	22,93	2,46		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	22,12	2,99		
Manevi Gelişim	Okur yazar değil/İlkokul	27	24,63	3,77	2,158	0,099
	Ortaokul	8	27,88	2,42		
	Lise	15	23,13	5,22		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	25,85	5,48		
Kişilerarası İlişkiler	Okur yazar değil/İlkokul	27	24,19	3,44	0,868	0,461
	Ortaokul	8	26,75	4,13		
	Lise	15	24,33	3,74		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	24,21	4,93		
Stres Yönetimi	Okur yazar değil/İlkokul	27	17,85	3,63	1,929	0,131
	Ortaokul	8	20,75	3,96		
	Lise	15	18,73	4,89		
	Üniversite/Yüksek Lisans ve üstü	34	20,24	4,61		

¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin eğitim düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin gelir getiren bir işte çalışması bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Bakım Veren Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Bakım Verenlerin Yükü	Çalışıyor ¹	23	28,35	20,41	4,322	0,016	1-3
	Çalışmıyor ²	30	38,00	19,65			
	Emekli ³	31	43,87	17,85			
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Çalışıyor ¹	23	9,83	6,73	2,678	0,075	
	Çalışmıyor ²	30	11,27	5,66			
	Emekli ³	31	13,42	5,05			
Gelişimsel Yük	Çalışıyor ¹	23	6,74	6,05	3,455	0,036	1-3
	Çalışmıyor ²	30	8,80	6,06			
	Emekli ³	31	10,97	5,56			
Fiziksel Yük	Çalışıyor ¹	23	3,43	3,50	4,241	0,018	1-3
	Çalışmıyor ²	30	5,93	4,31			
	Emekli ³	31	6,74	4,60			
Sosyal Yük	Çalışıyor ¹	23	4,39	3,71	2,207	0,117	
	Çalışmıyor ²	30	6,10	4,79			
	Emekli ³	31	6,94	4,55			
Duygusal Yük	Çalışıyor ¹	23	3,96	4,14	1,556	0,217	
	Çalışmıyor ²	30	5,90	4,52			
	Emekli ³	31	5,81	4,46			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Çalışıyor ¹	23	134,26	15,37	1,878	0,159	
	Çalışmıyor ²	30	129,57	14,14			
	Emekli ³	31	125,61	18,55			

Tablo 14: Bakım Veren Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Devamı)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çalışma D.	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Çalışıyor ¹	23	23,78	3,19	0,087	0,917	
	Çalışmıyor ²	30	24,03	3,03			
	Emekli ³	31	23,68	3,88			
Fiziksel Aktivite	Çalışıyor ¹	23	14,48	4,54	0,345	0,709	
	Çalışmıyor ²	30	13,50	4,27			
	Emekli ³	31	13,58	5,00			
Beslenme	Çalışıyor ¹	23	22,52	3,36	0,991	0,375	
	Çalışmıyor ²	30	23,50	3,17			
	Emekli ³	31	22,55	2,53			
Manevi Gelişim	Çalışıyor ¹	23	26,26	6,26	0,853	0,430	
	Çalışmıyor ²	30	24,93	3,53			
	Emekli ³	31	24,58	4,71			
Kişilerarası İlişkiler	Çalışıyor ¹	23	26,22	3,92	4,187	0,019	1-3
	Çalışmıyor ²	30	24,63	3,47			
	Emekli ³	31	23,00	4,65			
Stres Yönetimi	Çalışıyor ¹	23	21,00	3,91	2,859	0,063	
	Çalışmıyor ²	30	18,97	3,87			
	Emekli ³	31	18,23	4,90			

¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre gelişimsel yük puanı ($F=3,455$; $p<0,05$), fiziksel yük puanı ($F=4,241$; $p<0,05$) ve bakım verenlerin yükü puanı ($F=4,322$; $p<0,05$), bakım veren kişinin gelir getiren bir işte çalışmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,322$; $p<0,05$). Gelişimsel yük, fiziksel yük ve bakım verenlerin yükü ortalama puanlarına göre emekli olanların çalışanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu farklılıkların 1. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre emekli olanların çalışanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu öğrenilmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışının alt boyutu olan kişilerarası ilişkiler puanı bakım veren kişinin gelir getiren bir işte çalışmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,187$; $p<0,05$). Bu farklılığın 1. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; kişiler arası ilişkiler ortalama puanı açısından çalışanların emekli olanlara göre kişilerarası ilişkilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre zaman ve bağımlılık yükü puanı, sosyal yük puanı, duygusal yük puanı, sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı, stres yönetimi puanı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı bakım veren kişinin gelir getiren bir işte çalışması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin hastaya bakma süresi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Bakım Veren Kişilerin Hastaya Bakma Süresine Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Bakım Süresi	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Bakım Verenlerin Yükü	≤ 2 ¹	38	31,97	17,70	2,894	0,061	
	3-4 ²	20	40,70	19,63			
	≥ 5 ³	26	43,19	21,89			
Zaman ve Bağımlılık Yükü	≤ 2 ¹	38	9,74	5,74	4,011	0,022	1-2
	3-4 ²	20	13,30	5,28			
	≥ 5 ³	26	13,23	5,87			
Gelişimsel Yük	≤ 2 ¹	38	8,13	5,70	1,036	0,360	
	3-4 ²	20	9,05	5,91			
	≥ 5 ³	26	10,35	6,62			
Fiziksel Yük	≤ 2 ¹	38	4,47	3,86	2,218	0,115	
	3-4 ²	20	6,15	3,95			
	≥ 5 ³	26	6,65	5,16			
Sosyal Yük	≤ 2 ¹	38	5,05	4,23	1,669	0,195	
	3-4 ²	20	6,10	4,53			
	≥ 5 ³	26	7,12	4,73			
Duygusal Yük	≤ 2 ¹	38	4,58	3,86	1,027	0,363	
	3-4 ²	20	6,10	5,15			
	≥ 5 ³	26	5,85	4,61			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	≤ 2 ¹	38	130,84	14,03	3,267	0,043	2-3
	3-4 ²	20	134,75	21,92			
	≥ 5 ³	26	123,15	13,03			
Sağlık Sorumluluğu	≤ 2 ¹	38	23,63	3,66	0,156	0,856	
	3-4 ²	20	24,15	3,59			
	≥ 5 ³	26	23,88	2,83			
Fiziksel Aktivite	≤ 2 ¹	38	14,32	4,03	1,975	0,145	
	3-4 ²	20	14,70	5,86			
	≥ 5 ³	26	12,35	4,06			
Beslenme	≤ 2 ¹	38	23,03	3,20	3,545	0,033	2-3
	3-4 ²	20	24,05	3,20			
	≥ 5 ³	26	21,77	2,14			
Manevi Gelişim	≤ 2 ¹	38	25,08	4,70	0,709	0,495	
	3-4 ²	20	26,20	5,20			
	≥ 5 ³	26	24,50	4,76			
Kişilerarası İlişkiler	≤ 2 ¹	38	24,82	3,55	5,232	0,007	2-3
	3-4 ²	20	26,30	5,03			
	≥ 5 ³	26	22,54	3,79			
Stres Yönetimi	≤ 2 ¹	38	19,97	3,65	1,405	0,251	
	3-4 ²	20	19,35	5,28			
	≥ 5 ³	26	18,12	4,56			

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre zaman ve bağımlılık yükü puanı bakım veren kişinin hastaya bakma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,011$; $p<0,05$). Bu farklılığın 1. ve 2. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre 3-4 yıldır bakım verenlerin zaman ve bağımlılık yükü 2 yıldan az bakım verenlere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme boyutu puanı bakım veren kişinin hastaya bakma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,545$; $p<0,05$). Bu farklılığın 2. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; Ortalama puanlara göre 3-4 yıldır bakım verenlerin 5 yıldan fazla bakımlara göre daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler puanı bakım veren kişinin hastaya bakma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,232$; $p<0,05$). Bu farklılığın 2. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; Ortalama puanlara göre 3-4 yıldır bakım verenlerin 5 yıldan fazla bakımlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı bakım veren kişinin hastaya bakma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,267$; $p<0,05$). Bu farklılığın 2. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; Ortalama puanlara göre 3-4 yıldır bakım verenlerin 5 yıldan fazla bakımlara göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiği saptanmıştır. Bakım verme süresi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı görülmektedir.

Sonuçlara göre gelişimsel yük puanı, fiziksel yük puanı, sosyal yük puanı, duygusal yük puanı, bakım verenlerin yükü puanı, sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı, manevi gelişim puanı ve stres yönetimi puanı bakım veren kişinin hastaya bakma süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının bakım veren kişinin kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısı bakımından farklılık

gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonuçları Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Bakım Veren Kişilerin Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısına Göre Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	1-2	43	43,09	18,71	2,716	0,008
	≥3	41	31,68	19,80		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	1-2	43	12,49	5,38	1,318	0,191
	≥3	41	10,80	6,31		
Gelişimsel Yük	1-2	43	10,60	6,03	2,511	0,014
	≥3	41	7,39	5,68		
Fiziksel Yük	1-2	43	6,79	4,42	2,764	0,007
	≥3	41	4,24	4,00		
Sosyal Yük	1-2	43	6,74	4,56	1,697	0,093
	≥3	41	5,10	4,32		
Duygusal Yük	1-2	43	6,47	4,78	2,472	0,015
	≥3	41	4,15	3,73		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1-2	43	128,23	17,35	-0,662	0,510
	≥3	41	130,61	15,46		
Sağlık Sorumluluğu	1-2	43	24,07	3,69	0,656	0,514
	≥3	41	23,59	3,03		
Fiziksel Aktivite	1-2	43	14,93	4,93	2,381	0,020
	≥3	41	12,61	3,91		
Beslenme	1-2	43	22,91	2,97	0,081	0,936
	≥3	41	22,85	3,07		
Manevi Gelişim	1-2	43	24,23	5,36	-1,844	0,069
	≥3	41	26,15	4,02		
Kişilerarası İlişkiler	1-2	43	23,53	4,18	-2,114	0,038
	≥3	41	25,44	4,07		
Stres Yönetimi	1-2	43	18,56	4,60	-1,491	0,140
	≥3	41	19,98	4,08		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım verenleri yükü ölçeğinin gelişimsel yük boyutu ($t=2,511$; $p<0,05$), fiziksel yük boyutu ($t=2,764$; $p<0,05$) ve duygusal yük boyutu ($t=2,472$; $p<0,05$) puan ortalamaları ve genel bakım yükü ($t=2,716$; $p<0,05$) bakım veren kişinin kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Ortalama puanlara göre evde yaşayan kişi sayısı 1-2 olanların evde yaşayan kişi sayısı 3'ten fazla olanlara göre daha yüksek bakım yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça bakım yükünün paylaşıldığı ve bakım yükünün daha az hissedildiği düşünülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite boyutu puanı bakım veren kişinin kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($t=2,381$; $p<0,05$). Ortalama puanlara göre evde yaşayan kişi sayısı 1-2 olanların evde yaşayan kişi sayısı 3'ten fazla olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça kişilerin fiziksel olarak sağlıklı yaşam davranışları azalıyor.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kişilerarası ilişkiler boyutu puanı da bakım veren kişinin kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($t=-2,114$; $p<0,05$). Ortalama puanlara göre evde yaşayan kişi sayısı 3'ten fazla olanların evde yaşayan kişi sayısı 1-2 kişi olanlara göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiği saptanmıştır.

Zaman ve bağımlılık yükü puanı, sosyal yük puanı, sağlık sorumluluğu puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı, stres yönetimi puanı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı bakım veren kişinin birlikte yaşadığı kişi sayısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin cinsiyeti bakımından farklılık gösterme

durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonuçları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Cinsiyeti	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	Kadın	45	39,84	18,41	1,146	0,255
	Erkek	39	34,85	21,57		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Kadın	45	12,98	5,15	2,215	0,030
	Erkek	39	10,15	6,36		
Gelişimsel Yük	Kadın	45	9,53	5,60	0,808	0,421
	Erkek	39	8,46	6,55		
Fiziksel Yük	Kadın	45	5,62	4,37	0,166	0,868
	Erkek	39	5,46	4,47		
Sosyal Yük	Kadın	45	5,93	4,44	-0,016	0,988
	Erkek	39	5,95	4,62		
Duygusal Yük	Kadın	45	5,78	4,20	0,988	0,326
	Erkek	39	4,82	4,67		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Kadın	45	129,09	18,01	-0,181	0,856
	Erkek	39	129,74	14,53		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	45	23,67	3,61	-0,484	0,629
	Erkek	39	24,03	3,11		
Fiziksel Aktivite	Kadın	45	14,53	4,84	1,593	0,115
	Erkek	39	12,95	4,19		
Beslenme	Kadın	45	22,73	3,11	-0,482	0,631
	Erkek	39	23,05	2,91		
Manevi Gelişim	Kadın	45	25,11	5,14	-0,113	0,910
	Erkek	39	25,23	4,49		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	45	24,16	4,31	-0,719	0,474
	Erkek	39	24,82	4,12		
Stres Yönetimi	Kadın	45	18,89	4,83	-0,809	0,421
	Erkek	39	19,67	3,83		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre zaman ve bağımlılık yükü puanı Alzheimer tanısı almış kişilerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($t= 2,215$; $p<0,05$). Ortalama puanlara göre zaman ve bağımlılık yükünde kadınların erkeklere göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bakım verilen hastanın cinsiyetinin kadın olması zaman ve bağımlılık yükünü artırdığı saptanmıştır.

Gelişimsel yük puanı, fiziksel yük puanı, sosyal yük puanı, duygusal yük puanı, bakım verenlerin yükü puanı, sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı, kişilerarası ilişkiler puanı, stres yönetimi puanı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının, Alzheimer tanısı almış kişilerin cinsiyeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin yaşı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonuçları Tablo 18'da verilmiştir.

Tablo 18. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Yaşına Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Yaşı	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	< 65	19	34,32	18,10	-0,794	0,429
	≥ 65	65	38,46	20,52		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	< 65	19	11,42	5,58	-0,206	0,837
	≥ 65	65	11,74	6,00		
Gelişimsel Yük	< 65	19	7,58	5,24	-1,196	0,235
	≥ 65	65	9,46	6,24		
Fiziksel Yük	< 65	19	5,16	4,03	-0,438	0,662
	≥ 65	65	5,66	4,51		
Sosyal Yük	< 65	19	5,74	4,64	-0,223	0,824
	≥ 65	65	6,00	4,49		
Duygusal Yük	< 65	19	4,42	3,83	-1,021	0,310
	≥ 65	65	5,60	4,58		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	< 65	19	127,21	15,75	-0,657	0,513
	≥ 65	65	130,03	16,65		
Sağlık Sorumluluğu	< 65	19	23,11	3,45	-1,071	0,287
	≥ 65	65	24,05	3,35		
Fiziksel Aktivite	< 65	19	12,74	3,69	-1,148	0,254
	≥ 65	65	14,11	4,80		
Beslenme	< 65	19	23,58	3,36	1,154	0,252
	≥ 65	65	22,68	2,89		
Manevi Gelişim	< 65	19	24,47	4,30	-0,710	0,480
	≥ 65	65	25,37	4,98		
Kişilerarası İlişkiler	< 65	19	24,74	3,45	0,319	0,751
	≥ 65	65	24,38	4,43		
Stres Yönetimi	< 65	19	18,58	4,13	-0,756	0,452
	≥ 65	65	19,45	4,47		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin medeni durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonuçları Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Medeni Durumu	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	Evli	60	37,80	19,72	0,199	0,843
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	36,83	20,99		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Evli	60	11,60	6,07	-0,163	0,871
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	11,83	5,51		
Gelişimsel Yük	Evli	60	8,72	5,81	-0,762	0,448
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	9,83	6,68		
Fiziksel Yük	Evli	60	5,90	4,19	1,167	0,247
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	4,67	4,83		
Sosyal Yük	Evli	60	6,40	4,70	1,493	0,139
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	4,79	3,78		
Duygusal Yüks	Evli	60	5,18	4,11	-0,489	0,626
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	5,71	5,20		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evli	60	129,60	14,77	0,182	0,856
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	128,88	20,26		
Sağlık Sorumluluğu	Evli	60	23,97	3,22	0,571	0,570
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	23,50	3,79		
Fiziksel Aktivite	Evli	60	13,80	4,44	0,007	0,994
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	13,79	5,03		
Beslenme	Evli	60	23,17	3,08	1,386	0,169
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	22,17	2,75		
Manevi Gelişim	Evli	60	25,13	4,20	-0,085	0,933
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	25,25	6,22		
Kişilerarası İlişkiler	Evli	60	24,47	3,99	0,008	0,994
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	24,46	4,82		
Stres Yönetimi	Evli	60	19,07	4,24	-0,603	0,548
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	19,71	4,80		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evli	60	23,97	3,22	0,182	0,856
	Ayrı/Boşanmış/Vefat	24	23,50	3,79		

¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin medeni durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin çocuk sayısı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Çocuk Sayısı	n	Ort. ¹	SS ²	F	p
Bakım Verenlerin Yükü	≤ 2	23	42,35	20,08	0,938	0,395
	3-4	43	36,00	18,28		
	≥5	18	35,00	23,58		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	≤ 2	23	11,43	6,24	0,026	0,974
	3-4	43	11,72	5,66		
	≥5	18	11,83	6,26		
Gelişimsel Yük	≤ 2	23	9,91	5,97	0,559	0,574
	3-4	43	9,05	6,11		
	≥5	18	7,89	6,14		
Fiziksel Yük	≤ 2	23	6,26	4,14	0,464	0,630
	3-4	43	5,40	4,29		
	≥5	18	5,00	5,03		
Sosyal Yük	≤ 2	23	7,70	4,53	2,926	0,059
	3-4	43	4,95	3,90		
	≥5	18	6,06	5,27		
Duygusal Yük	≤ 2	23	7,04	4,79	2,601	0,080
	3-4	43	4,88	4,18		
	≥5	18	4,22	4,14		

Tablo 20: Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Çocuk Sayısına Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Devamı)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Çocuk Sayısı	n	Ort ¹	SS ²	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	≤ 2	23	128,65	14,93	1,202	0,306
	3-4	43	131,74	17,86		
	≥5	18	124,72	14,08		
Sağlık Sorumluluğu	≤ 2	23	24,00	2,84	1,026	0,363
	3-4	43	24,16	3,43		
	≥5	18	22,83	3,82		
Fiziksel Aktivite	≤ 2	23	13,57	3,88	0,858	0,428
	3-4	43	14,37	5,06		
	≥5	18	12,72	4,24		
Beslenme	≤ 2	23	23,26	2,49	0,295	0,745
	3-4	43	22,81	3,22		
	≥5	18	22,56	3,18		
Manevi Gelişim	≤ 2	23	24,43	4,67	1,113	0,334
	3-4	43	25,93	5,42		
	≥5	18	24,28	3,10		
Kişilerarası İlişkiler	≤ 2	23	23,91	3,73	0,449	0,640
	3-4	43	24,88	4,57		
	≥5	18	24,17	4,00		
Stres Yönetimi	≤ 2	23	19,48	4,17	0,697	0,501
	3-4	43	19,58	4,63		
	≥5	18	18,17	4,12		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin çocuk sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin eğitim durumu bakımından farklılık gösterme

durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Eğitim Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Eğitim Durumu	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Bakım Verenlerin Yükü	Okur yazar değil ¹	12	36,75	22,81	1,533	0,201	
	İlkokul ²	41	42,22	20,21			
	Ortaokul ³	9	37,11	20,49			
	Lise ⁴	11	29,91	13,51			
	Üniversite ⁵	11	28,82	18,64			
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Okur yazar değil ¹	12	11,50	6,43	2,729	0,035	2-5
	İlkokul ²	41	13,41	5,20			
	Ortaokul ³	9	8,67	6,00			
	Lise ⁴	11	11,36	4,76			
	Üniversite ⁵	11	8,09	6,86			
Gelişimsel Yük	Okur yazar değil ¹	12	9,08	5,68	1,062	0,381	
	İlkokul ²	41	9,98	6,23			
	Ortaokul ³	9	10,11	6,09			
	Lise ⁴	11	6,73	5,42			
	Üniversite ⁵	11	6,91	6,17			
Fiziksel Yük	Okur yazar değil ¹	12	4,58	4,94	0,653	0,627	
	İlkokul ²	41	6,10	4,44			
	Ortaokul ³	9	6,22	4,89			
	Lise ⁴	11	5,45	3,98			
	Üniversite ⁵	11	4,09	3,70			
Sosyal Yük	Okur yazar değil ¹	12	6,67	5,33	0,971	0,428	
	İlkokul ²	41	6,51	4,70			
	Ortaokul ³	9	5,89	5,23			
	Lise ⁴	11	3,73	2,37			
	Üniversite ⁵	11	5,27	3,58			
Duygusal Yük	Okur yazar değil ¹	12	4,92	4,32	1,714	0,155	
	İlkokul ²	41	6,22	4,75			
	Ortaokul ³	9	6,22	4,49			
	Lise ⁴	11	2,64	3,38			
	Üniversite ⁵	11	4,45	3,36			

Tablo 21: Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Eğitim Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Devamı)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Eğitim Durumu	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Okur yazar değil ¹	12	128,83	17,79	1,050	0,387	
	İlkokul ²	41	127,32	16,19			
	Ortaokul ³	9	128,67	16,43			
	Lise ⁴	11	138,64	12,75			
	Üniversite ⁵	11	129,09	18,54			
Sağlık Sorumluluğu	Okur yazar değil ¹	12	23,08	3,06	0,753	0,559	
	İlkokul ²	41	23,63	3,34			
	Ortaokul ³	9	23,44	3,24			
	Lise ⁴	11	25,27	4,31			
	Üniversite ⁵	11	24,27	3,00			
Fiziksel Aktivite	Okur yazar değil ¹	12	15,58	5,09	0,837	0,506	
	İlkokul ²	41	13,71	4,64			
	Ortaokul ³	9	14,00	4,80			
	Lise ⁴	11	13,73	4,86			
	Üniversite ⁵	11	12,09	3,33			
Beslenme	Okur yazar değil ¹	12	22,75	3,41	1,498	0,211	
	İlkokul ²	41	22,78	2,85			
	Ortaokul ³	9	21,33	3,16			
	Lise ⁴	11	24,55	3,62			
	Üniversite ⁵	11	23,00	1,79			
Manevi Gelişim	Okur yazar değil ¹	12	24,42	5,42	1,006	0,409	
	İlkokul ²	41	24,61	5,01			
	Ortaokul ³	9	26,00	3,64			
	Lise ⁴	11	27,64	3,35			
	Üniversite ⁵	11	24,91	5,38			
Kişilerarası İlişkiler	Okur yazar değil ¹	12	24,08	3,85	0,856	0,494	
	İlkokul ²	41	24,22	4,25			
	Ortaokul ³	9	24,22	5,19			
	Lise ⁴	11	26,64	3,04			
	Üniversite ⁵	11	23,82	4,67			
Stres Yönetimi	Okur yazar değil ¹	12	18,92	5,32	1,258	0,294	
	İlkokul ²	41	18,37	4,66			
	Ortaokul ³	9	19,67	3,50			
	Lise ⁴	11	20,82	2,18			
	Üniversite ⁵	11	21,00	4,20			

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre zaman ve bağımlılık yükü puanı Alzheimer tanısı almış kişilerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,729$; $p<0,05$). Bu farklılığın 2. ve 5. gruplardan ve 2. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; Ortalama puanlara göre ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanların ortaokul ve üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir. İllkokul seviyesinde eğitimi olan alzheimer hastasına bakım verenlerin, ortaokul ve üniversite seviyesinde eğitimi olan hastalara bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü hissettikleri görülmektedir.

Analiz sonuçlarına göre gelişimsel yük puanı, fiziksel yük puanı, sosyal yük puanı, duygusal yük puanı, bakım verenlerin yükü puanı, sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı, kişilerarası ilişkiler puanı, stres yönetimi puanı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı Alzheimer tanısı almış kişilerin eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin tanı aldığından bu yana geçen süre bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Tanı Aldığından Bu yana Geçen Süreye Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Tanı Almasından Bu Yana Geçen Süre(yıl)	n	Ort. ¹	SS ²	F	p	Fark
Bakım Verenlerin Yükü	≤ 2 ¹	34	31,62	17,26	2,971	0,057	
	3-4 ²	21	38,81	22,32			
	≥ 5 ³	29	43,52	19,87			
Zaman ve Bağımlılık Yükü	≤ 2 ¹	34	10,26	6,09	3,652	0,030	1-3
	3-4 ²	21	10,76	5,91			
	≥ 5 ³	29	13,97	5,03			
Gelişimsel Yük	≤ 2 ¹	34	8,12	5,81	0,722	0,489	
	3-4 ²	21	9,29	6,22			
	≥ 5 ³	29	9,93	6,26			
Fiziksel Yük	≤ 2 ¹	34	4,41	3,62	2,333	0,103	
	3-4 ²	21	5,71	4,24			
	≥ 5 ³	29	6,76	5,06			
Sosyal Yük	≤ 2 ¹	34	4,32	3,76	3,963	0,023	1-2
	3-4 ²	21	7,10	5,11			
	≥ 5 ³	29	7,00	4,39			
Duygusal Yük	≤ 2 ¹	34	4,50	3,84	1,015	0,367	
	3-4 ²	21	5,95	5,02			
	≥ 5 ³	29	5,86	4,61			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	≤ 2 ¹	34	131,32	13,40	0,507	0,604	
	3-4 ²	21	126,76	18,82			
	≥ 5 ³	29	129,03	17,96			
Sağlık Sorumluluğu	≤ 2 ¹	34	23,74	3,26	0,619	0,541	
	3-4 ²	21	23,29	3,70			
	≥ 5 ³	29	24,34	3,30			
Fiziksel Aktivite	≤ 2 ¹	34	14,53	3,96	0,786	0,459	
	3-4 ²	21	13,57	5,35			
	≥ 5 ³	29	13,10	4,72			
Beslenme	≤ 2 ¹	34	23,41	3,20	1,450	0,241	
	3-4 ²	21	22,00	2,76			
	≥ 5 ³	29	22,90	2,88			
Manevi Gelişim	≤ 2 ¹	34	24,88	4,78	0,119	0,888	
	3-4 ²	21	25,19	4,90			
	≥ 5 ³	29	25,48	4,96			
Kişilerarası İlişkiler	≤ 2 ¹	34	24,88	3,31	0,294	0,746	
	3-4 ²	21	24,05	5,06			
	≥ 5 ³	29	24,28	4,58			
Stres Yönetimi	≤ 2 ¹	34	19,88	3,97	0,610	0,546	
	3-4 ²	21	18,67	4,55			
	≥ 5 ³	29	18,93	4,78			

¹Ortalama, ²Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre zaman ve bağımlılık yükü puanı Alzheimer tanısı almış kişilerin tanı almasından itibaren geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,652$; $p<0,05$). Bu farklılığın 1. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre 5 yıldan fazla tanı süresi olanların 2 yıldan az tanı süresi olanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir. Alzheimer tanısı almış kişilerin hastalık süreleri ilerledikçe bakım verenlerinin bakım yüklerinin arttığı söylenebilir.

Sosyal yük puanı Alzheimer tanısı almış kişilerin tanı almasından itibaren geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,963$; $p<0,05$). Bu farklılığın 1. ve 2. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre 3-4 yıl tanı süresi olanların 2 yıldan az tanı süresi olanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu saptanmıştır. Alzheimer hastasının hastalık süresi uzadıkça bakım verenlerin sosyal yükünün arttığı belirlenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre gelişimsel yük puanı, fiziksel yük puanı, duygusal yük puanı, bakım verenlerin yükü puanı, sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı, kişilerarası ilişkiler puanı, stres yönetimi puanı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının Alzheimer tanısı almış kişilerin tanı almasından itibaren geçen süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin geliri bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi sonuçları Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Gelir Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Hastanın Gelir Durumu	n	Ort. ¹	SS ²	t	p
Bakım Verenlerin Yükü	Var	63	36,46	20,94	-0,844	0,401
	Yok	21	40,71	16,79		
Zaman ve Bağımlılık Yükü	Var	63	11,32	6,03	-0,942	0,349
	Yok	21	12,71	5,41		
Gelişimsel Yük	Var	63	8,79	6,40	-0,722	0,474
	Yok	21	9,76	4,91		
Fiziksel Yük	Var	63	5,40	4,63	-0,543	0,588
	Yok	21	6,00	3,63		
Sosyal Yük	Var	63	5,83	4,67	-0,404	0,687
	Yok	21	6,29	4,01		
Duygusal Yük	Var	63	5,13	4,56	-0,738	0,463
	Yok	21	5,95	4,04		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Var	63	128,44	16,56	-0,917	0,362
	Yok	21	132,24	15,95		
Sağlık Sorumluluğu	Var	63	23,57	3,41	-1,237	0,220
	Yok	21	24,62	3,22		
Fiziksel Aktivite	Var	63	13,03	4,36	-2,753	0,007
	Yok	21	16,10	4,60		
Beslenme	Var	63	22,83	2,88	-0,292	0,771
	Yok	21	23,05	3,41		
Manevi Gelişim	Var	63	25,21	4,73	0,130	0,897
	Yok	21	25,05	5,21		
Kişilerarası İlişkiler	Var	63	24,51	4,27	0,164	0,871
	Yok	21	24,33	4,14		
Stres Yönetimi	Var	63	19,30	4,41	0,186	0,853
	Yok	21	19,10	4,41		

¹Ortalama, ² Standart Sapma

Analiz sonuçlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutu olan fiziksel aktivite boyutu Alzheimer hastalarının gelir durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($t=-2,753$; $p<0,05$). Geliri olan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin

fiziksel aktivite düzeyinin geliri olmayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre bakım veren yükü puanı ve alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları Alzheimer tanısı almış kişilerin gelirine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 24’te sosyodemografik anket formunda sorulan “Alzheimer hastalığı dışında tanı konulmuş başka bir hastalığınız var mı” sorusunun cevaplarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 24. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Alzheimer Hastalığı Dışında Tanı Konulmuş Başka Bir Hastalığının Varlığı

Hastalık	Sayı	Yüzde
Yok	39	46,4
Behçet	1	1,2
Şeker	5	6,0
Epilepsi	1	1,2
Epilepsi, Kalp Hastalığı	1	1,2
Fıtık	1	1,2
İşitme Sorunu	1	1,2
Kalp, Tansiyon	4	4,8
Kalp, Tansiyon, Böbrek Hastalığı	1	1,2
Kalp, Tansiyon, Romatizma	1	1,2
Kalp, Tansiyon, Şeker	1	1,2
Kalp, Tansiyon, Şeker, Kolesterol	1	1,2
Kalp, Tansiyon, Şeker, Prostat	1	1,2
Kanser	1	1,2
Kansızlık	1	1,2
Parkinson	1	1,2

Tablo 24. Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Alzheimer Hastalığı Dışında Tanı Konulmuş Başka Bir Hastalığının Varlığı (Devamı)

Hastalık	Sayı	Yüzde
Prostat	2	2,4
Prostat, Damar Tıkanıklığı	1	1,2
Şeker, Aritmi	1	1,2
Şeker, Böbrek Hastalığı	1	1,2
Şeker, Kalp Hastalığı	2	2,4
Tansiyon	9	10,7
Tansiyon, Poliarteritis Nodoza	1	1,2
Tansiyon, Romatizma, Guatr	1	1,2
Tansiyon, Şeker	5	6,0
Total	84	100,0

Analiz sonuçlarına göre hastaların yarısından biraz azı (%46,4) tanı konulmuş başka bir hastalığının olmadığını söylemiştir. Hastaların onda biri ise Alzheimer dışında tansiyon hastası olduğunu belirtmiştir.

Tablo 25’te Alzheimer hastalarının geçmişte icra ettiği mesleklerinin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo. 25 Alzheimer Tanısı Almış Kişilerin Geçmişteki İcra Ettiği Mesleği

Hastanın Geçmişteki Mesleği	Sıklık	Yüzde
Astsubay	1	1,2
Bahçıvan	1	1,2
Bakkal	1	1,2
Çiftçi	1	1,2
Emlakçı	1	1,2
Esnaf	2	2,4
Ev Hanımı	37	44,0
Hukuk Müşaviri	1	1,2
İnsaat Ustası	1	1,2
İşçi	7	8,3
Kaynakçı	1	1,2
Konsolosluk Çalışanı	1	1,2
Mali Müşavir	1	1,2
MEB Personeli	1	1,2
Memur	8	9,5
Muhasebeci	2	2,4
Nakliyesi	1	1,2
Öğretmen	4	4,8
Pazarcı	1	1,2
Polis	1	1,2
Sekreter	1	1,2
Serbest	3	3,6
Şoför	3	3,6
Teknisyen	1	1,2
Yönetici	1	1,2
-	1	1,2
Total	84	100,0

Analiz sonuçlarına göre Alzheimer hastalarının çoğunluğunun ev hanımı olduğu (%44) belirlenmiştir.

6.3.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Bakım verme yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi görmek için Tablo 6'da korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda bakım

verme yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında orta düzeye yakın, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bakım verme yükünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini (ne kadar etkilediğini) incelemek için de basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeli, bağımsız değişkende bir standart sapmalık değişim olduğunda bağımlı değişkende kaç standart sapmalık bir değişim olduğunu ifade etmektedir (Alpar, 2013). Araştırmadaki bağımsız değişken bakım verenlerin yükü değişkenidir. Yapılan regresyon analizinin sonuçları Tablo 26’da verilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=15,228$, $p<0,05$).

Tablo 26. Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği Puanının, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Beta	t	p	R ²
Sağlıklı Yaşam	Sabit		40,057	<0,001	0,157
Biçimi Davranışları	Bakım Verenlerin Yükü	-0,396	-3,902	<0,001	

F=15,228 p=<0,001

Bu analizin sonucuna göre bakım verme yükünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilediği ($\beta=-0,396$) belirlenmiştir. Analiz sonucunda, bağımlı değişkendeki varyansın %16’sının (düzeltilmiş $R^2=0,157$) bağımsız değişken tarafından açıklandığı bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişiminin %16’sı bakım verme yükü tarafından açıklanmaktadır. Bakım verme yükündeki bir birimlik artış, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında 0,396 birimlik azalışa yol açmaktadır.

Bakım verenlerin yükü ölçeğinin alt boyutları ile bakım veren ve alan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi birlikte incelenmiş ve sonuçları Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği Alt Boyutları ile Bakım Veren ve Alan Kişilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Beta	t	p	R ²
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Bakım Veren Kişinin Yaşı	0,059	0,460	0,647	0,311
	Bakım verme süresi (yıl)	-0,348	-1,898	0,062	
	Kendisi dahil aynı evde birlikte yaşadığı kişi sayısı	-0,040	-0,315	0,753	
	Hastanın Yaşı	0,263	2,327	0,023*	
	Hastanın Çocuk sayısı	-0,171	-1,498	0,139	
	İlk kez tanı aldığından bu yana geçen süre (yıl)	0,340	1,827	0,072	
	Zaman ve Bağımlılık Yükü	0,147	1,079	0,284	
	Gelişimsel Yük	-0,367	-2,035	0,046*	
	Fiziksel Yük	-0,097	-0,591	0,557	
	Sosyal Yük	-0,231	-1,702	0,093	
Duygusal Yük	0,042	0,297	0,768		

F=2,875; p=0,004

*p<0,05

Yapılan analiz kapsamında kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,875; p<0,05). Bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde Alzheimer tanısı almış kişinin yaşı ve gelişimsel yükün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Alzheimer hastasının yaşının artması bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırırken gelişimsel yükün artması bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını azaltmaktadır.

Modele göre bakım veren kişilerin yaşı, hastalara ne kadar süredir (yıl) bakım verdikleri, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı, hastanın çocuk sayısı, Alzheimer hastasının ilk kez tanı aldığından bu yana geçen süre (yıl), zaman ve bağımlılık yükü, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,05).

7. BÖLÜM TARTIŞMA

Bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyip etkilemediği ve bu hastalara bakım veren kişilerin bakım yükleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bakımı veren ve alanların sosyodemografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda Gazi Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniğine gelen 84 Alzheimer hasta yakınından elde edilen veriler analiz edilmiş ve analiz sonuçlarına bulgular kısmında yer verilmiştir. Bulgular bölümünde sunulan bulgular literatür doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin bakım verme yükü puan ortalaması 88 üzerinden $37,52 \pm 19,97$ 'dir. Aynı ölçeği kullanan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında Çetinkaya ve Karadovan (2012)'in demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü üzerinde yaptığı çalışmaya göre ($30,48 \pm 21,74$) daha yüksek, Toker Tekin (2018)'in Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerini inceleyen çalışmasına göre ($55,13 \pm 16,77$) daha düşük bir ortalama bulunmuştur. Bakım verenlerin yükü ölçeğinden en düşük 0 en yüksek 88 puan alınabilmektedir. Çetinkaya ve Karadovan'ın çalışmasında evren iki üniversite, bir devlet, bir özel hastane ve Alzheimer derneğine kayıtlı bakım verenlerden oluşmaktadır. Bu tez çalışması ise bir üniversite hastanesine gelen Alzheimer hastasına bakım verenlerden oluşmaktadır. Çetinkaya ve Karadovan'ın çalışmasında bizim çalışmamıza göre bakım yükünün yüksek çıkmasının evrenin farklı hastane gruplarından oluşmasından yani üniversite hastanesine gelen hastaların daha ileri evrede hasta olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ise 208 puan üzerinden $129,39 \pm 16,40$ bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen puan, Akçam (2021)'in kronik ruhsal hastalığı olan hastalara bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştırdığı çalışmasına ($124,37 \pm 28,02$) ve El-Zeftawy ve Sabra (2018)'nin ($109,00 \pm 21,54$) Alzheimer hastasına bakım verenlere uygulanan eğitim programının bakım yüküne ve sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarına etkisini inceleyen çalışmasına göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden en yüksek 208, en düşük 52 puan alınmaktadır.

Literatürdeki çalışmalara göre bakım veren kişilerin çoğunlukla kadın olduğu görülmüştür (Bouldin ve Andresen, 2014; Altay ve diğerleri, 2018; Ferrara ve diğerleri, 2008). Bu araştırmada da çalışmaya katılan Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin dörtte üçü (%76,2) kadınlardan oluşurken dörtte birinden daha azı (%23,8) erkeklerden oluşmaktadır. Alzheimer Association'nun (2014) yayınladığı rapora göre Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin %65'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Kadın bakım verenlerin sayısı erkeklere göre daha yüksek olsa da cinsiyete göre bakım verme yükünün ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Bu çalışmayla benzer şekilde Onat Kaya ve Çelik (2018) tarafından yapılan çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren kadın katılımcıların oranı erkek katılımcılardan daha fazla olmasına rağmen bakım verme yükü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fisher ve diğerlerinin (2011) ve Ören (2016)'in yaptığı çalışmada da bakım verenlerin bakım verme yükü cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermemiştir. Bu açıdan bu tez çalışması literatürdeki çoğu çalışmaya uyumluluk göstermektedir. Bu çalışmada BYE alt boyutlarının tümünde kadınların ortalaması erkeklerden daha yüksek çıkmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre bakım verme yükleri ve SYBD genel ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da bazı alt boyutlarda kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak kronik ruhsal hastalığı olan kişilere bakım verenlerin SYBD'nı inceleyen Akçam (2021)'in çalışmasında da cinsiyetin SYBD genel puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Baysoy (2018) tarafından yapılan çalışmada serebral palsili çocuklara bakım veren anne ve babaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiş ve benzer şekilde cinsiyete göre SYBD puanının anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Bu bulguların aksine Altay ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmada, Alzheimer hastasına bakım veren kadınların bakım yükü puan ortalamalarının erkek bakım verenlere göre daha yüksek ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada olduğu gibi literatürdeki diğer çalışmaların da ışığında, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin

bakım verme yükünün ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genellikle cinsiyete göre değişmediği, dolayısıyla benzer olduğu söylenebilir.

Bu çalışmaya göre, bakım veren kişilerin yarısına yakını 50-64 yaş grubunda yer almaktadır (%42,7). Bulgular literatürle uyumludur. Örneğin; Toker Tekin (2018), tarafından yapılan çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren aile bireylerinin yarısı (%51,8) 51-64 yaş aralığındadır. Ferrara ve diğerleri (2018)'nin çalışmasında Alzheimer hastasına bakım verenlerin ortalama yaşın 56,1 olduğu ve Lavarone ve diğerlerinin (2014) çalışmasında ise ortalama yaşın $57,5 \pm 12,3$ olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin BYE ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, Bakım verenlerin yükü ve alt boyutu olan fiziksel yük değişkeni, bakım veren kişinin yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ancak bakım verenlerin yükü ölçeğindeki diğer tüm alt boyutlar bakım veren kişinin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Bakım verenlerin yükü puan ortalamaları ve fiziksel yük alt boyut puan ortalamaları bakımından iki grup arasında fark bulunmuştur. Ortalama puanlara göre 65 yaşında ve 65 yaşından büyük bakım verenlerin 34-49 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu gözlemlenmektedir. Fiziksel yük alt boyutu bakımından 65 yaşında ve daha büyük olanların bakım verme yükünün 34-49 yaşındakilere göre daha yüksek olmasının sebebinin insanların yaşlandıkça hareket kapasitelerinin, dengelerinin ve güçlerinin azalması nedeniyle başka birine bakım vermekte zorluk çekmeleri olduğu düşünülmektedir. Bir diğer neden ise kişilerin yaşları arttıkça aktif sosyal hayatlarının ve hareket kapasitelerinin azalması ile birlikte tüm vaktini hasta ile ilgilenerken geçirip kendi ihtiyaçlarına ve sosyal ilişkilerine zaman ayıramaması nedeniyle bakım verme yüklerinin arttığı düşünülmektedir. Bu çalışmayı destekler nitelikte Rinaldi ve arkadaşları (2005), yaşlı bakım verenlerde daha fazla bakım yükü olduğunu bildirmiştir. Lavarone ve diğerlerinin (2014) çalışmasında da yaşlı birey olarak Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım yükünün diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu tez çalışmasının aksine Borsje ve diğerleri (2016) ise 50-70 yaş grubunda olanların 70 yaş ve üzerindeki kişilere kıyasla daha yüksek psikolojik sıkıntıya sahip olduklarını bildirmiştir. Literatürdeki bazı araştırmalarda ise bakım verenlerin

yükünün, yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulunmuştur (Aydın, 2016; Baker ve Robertson, 2008). Diğer yandan SYBD ve alt boyut puan ortalamalarının bakım veren kişinin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Akçam (2021) tarafından yapılan çalışmada bu çalışmaya paralel olarak yaş ile SYBD puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren bir çalışmada bakım verenlerin yaşına göre SYBD puanlarının çalışmamıza benzer olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur (Çavuşoğlu, 2018). Bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaştan çok bilinç seviyesiyle ve öz-yeterlilikle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalamaları, bakım veren yükü puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları (sosyal yük alt boyutu hariç) bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir. Sosyal yük puanı bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Farklılığın 1. ve 3. gruplar arasında olduğu yani; ortalama puanlara göre hastanın eşi olduğunu belirtenlerin eşi veya kızından başka biri olduğunu belirtenlere göre bakım verme yükü açısından daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Yani sosyal yük boyutu açısından eş bakım verenlerin, diğer bakım verenlere göre daha çok bakım yüküne sahip olduğu görülmektedir. Bu farkın toplumsal ve kültürel açıdan kişilerin eşlerine bakmak zorunda olmalarından ve bu durumdan mutlu olmaları gerektiği konusunda toplumsal baskı hissetmelerinden ve bu konuda yardım isteyemeyip, endişelerini diğer insanlarla paylaşamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çetinkaya ve Karadovan (2012) tarafından yapılan çalışmada bu çalışmaya benzer nitelikte sosyal yük alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Yacı (2011) tarafından yapılan çalışmada ise bakım veren kişilerin hasta ile yakınlık derecesine göre bakım yükleri puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Yabancı literatürde de Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin hasta ile yakınlık derecesine göre bakım yükleri puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar mevcuttur (Ankri ve diğerleri, 2005; Ferrario ve diğerleri, 2003). Bu tez çalışması da bu bulguyu destekler nitelikte hasta ile

yakınlık derecesine göre ne BYE genel puan ortalaması açısından ne de SYBD genel ve alt boyutları puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada hasta ile yakınlık derecesi olarak eşi ve kızı olarak bakım verenlerin sayıları eşit bulunmuştur fakat bakım veren yükü ve alt boyutları ortalamasında eş olarak bakım verenlerin kızı olarak bakım verenlere kıyasla daha yüksek bir puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Kızı olarak bakım verenlerin çoğunun bakım verdiği hastanın eşinin vefatı sebebiyle veya bakacak durumda olmayışı sebebiyle bakım verdiği düşünülmektedir. Eşi hayatta olan hastaların genellikle bakım vericisi eşlerdir.

Bakım verenlerin hasta ile aynı evde yaşaması durumuna göre bakım verme yükü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Ortalama puanlara göre aynı evde yaşayanların aynı evde yaşamayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Reed ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin, hasta ile aynı evde yaşamayanlara göre daha fazla yüke sahip olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde Raccichini ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada da bakım veren kişilerin Alzheimer hastası ile aynı evde yaşamasının bakım veren kişilerin daha büyük bir yük algılamasına sebep olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre ise hastayla aynı evde yaşayan kişilerin bakım verme yükleri, hasta ile birlikte yaşayamayanlara göre yüksek bulunmuştur (Toker Tekin, 2018). Literatürdeki bu çalışmalar, bu tez çalışmasının bulgularını destekler niteliktedir. Bakım veren kişilerin hastayla aynı evde yaşaması zaman ve bağımlılık yükü, gelişimsel yük, sosyal yük ve fiziksel yük alt boyutları için de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da hasta ile aynı evde yaşamanın hem fiziksel hem de duygusal açıdan bakım verenlerin hayatlarını oldukça zorlaştıran, kendilerine zaman ayıramadıkları bir durum olması gösterilebilir. Hastayla aynı evde birlikte yaşayarak bakım veren kişiler fiziksel, sosyal, ruhsal açıdan büyük bir yük altındadır. Tüm zamanlarını ve planlarını hastaya göre yaptıkları ve hastaya bağımlı şekilde hareket ettikleri için büyük bir yük altında oldukları söylenebilir. Sürekli hasta ile birlikte olarak onu izlemenin özgür bir şekilde hareket edememenin bakım verenleri psikolojik açıdan çok yorduğu ve bu nedenle de bakım verme yüklerinin arttığı düşünülmektedir. Öte yandan bakım verenlerin hasta ile aynı evde yaşaması durumuna göre

sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği bulunmuş ve bu bulguyu destekleyen ya da desteklemeyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durumun örneklem sayısının yetersizliğinden kaynaklandığı, daha geniş popülasyonlarda farklı sonuçların çıkabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin medeni durumuna göre BYE ve SYBD istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürdeki bazı çalışmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir (Onat Kaya ve Çelik, 2018; Kaya Uygun ve Taylan, 2018; Uslu, 2018). Bakım verenlerin %73,8'inin evli %20,2'sinin bekar/ayrı/eşi ölmüş/boşanmış olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, bakım verme yükü ve alt boyutları açısından (zaman-bağımlılık yükü hariç) evli katılımcıların bekar/ayrı/eşi ölmüş/boşanmış katılımcılara oranla daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Evli insanların bekar insanlara göre daha fazla kişiler arası sosyal teması sahip olduğu ve bu nedenle daha çok sosyal destek gördüğü ve daha çok dış kaynak kullandığı ve bu durumun da bakım verme yükünü etkileyerek hafiflettiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada bakım verme yükü açısından en fazla risk altında olan bakım verenler, bekar, dul veya boşanmış kadınlar olarak belirlenmiştir (Gwyther, 1998). SYBD bakımından medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak SYBD ve alt boyutlarının (stres yönetimi ve fiziksel aktivite hariç) ortalamasının evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın aksine Çavuşoğlu (2018)'nin çalışmasında medeni duruma göre SYBD genel puanında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Akçam (2021) tarafından yapılan çalışmada ise kronik hastaya bakım verenlerin medeni durumu kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut ortalama puanları üzerinde anlamlı farklılık göstermektedir. Özkan ve Yılmaz (2008) tarafından yapılan çalışmada hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırılmış ve evli olanların SYBD genel ortalama puanı yüksek olmasına karşın istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmada bakım verenlerin çocuk sayısı bakımından BYE ve SYBD ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu çalışmanın tersine literatürde BYE ile çocuk sahibi olma durumunun bakım verenlerin yükünü arttırdığı bulunmuştur (Çetinkaya

ve Karadovan, 2012). Ören (2016) tarafından yapılan çalışmada ise çocuk sahibi olan bakım verenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyeleri çocuğu olmayan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Özkan ve Yılmaz (2008)'in çalışmasında da SYBD puan ortalaması ile çocuk sahibi olmanın istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. Toker Tekin (2018)'in çalışmasında bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumuna göre bakım verme yükünün anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu araştırmanın aksine ayakta kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin SYBD araştıran bir çalışmada iki veya daha fazla çocuğu olan bakım verenlerin SYBD alt boyutlarından beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyutları diğer gruplara (1 ve 0 çocuk) göre daha yüksek bulunmuştur (Çavuşoğlu, 2018).

Çalışmada bakım verenlerin eğitim düzeyine göre BYE puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bakım verenlerin üçte birinden fazlası (%39,3) üniversite mezunu ve yaklaşık üçte biri de (%29,8) ilkokul mezunudur. Zarit Bakım Yükü ölçeği kullanılarak bakım yükü ölçülen iki çalışmada bakım verme yükünün eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur (Eğilli ve Sunal, 2017; Yacı, 2011). Bu bulguların aksine bakım verme yükü ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişkiler bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Soner, 2017). Bakım verenlerin eğitim düzeyine göre SYBD puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte Özkan ve Yılmaz (2008) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyine göre SYBD puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Kronik ruhsal hastalığı olanlara bakım veren kişilerin SYBD puanlarını inceleyen bir çalışmada ise bakım verenlerin eğitim düzeyi ile SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve bakım verenlerden üniversite mezunu olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puan ortalamaları ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur (Akçam, 2021).

Çalışmada bakım verenlerin %35,7'sinin çalışmadığı ve emekli %36,9'unun emekli olduğu, %27,4'ünün çalışıyor olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada bakım veren yükü genel puan ortalamasının çalışma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği

bulunmuştur. Bakım verenlerin yükü alt boyutları olan fiziksel yük ve gelişimsel yük alt boyutları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Fiziksel yük ve gelişimsel yük alt boyutundaki farklılığın 1. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre, emekli olan bakım verenlerin çalışan bakım verene göre daha yüksek gelişimsel ve fiziksel yüke sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu bulgulara paralel olarak Dikililer (2020) tarafından Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve ruhsal belirtilerinin araştırıldığı çalışmada bakım verenlerin çalışma durumlarına göre BYE genel puanı ve alt boyutu olan gelişimsel yük anlamlı farklılık göstermiştir. Literatürle paralel olarak Yacı (2011), Onat Kaya ve Çelik (2018), Altay ve diğerleri (2018)'in çalışmalarında da çalışmayan bakım verenlerin yükü çalışan bakım verene göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durumun bakım verenlerin dışarıda bir işte çalışarak sosyalleşmeleri, ev ortamı ve hasta dışında bir hayatlarının olması, gün içerisinde sürekli hasta ile birlikte olmamaları ve böylece psikolojik durumlarının da olumlu yönde etkilendiği düşünülmekte ve bakım verme yüklerinin de bu sebeplerden dolayı diğer gruplara göre daha az olduğu tahmin edilmektedir. Hem bakım verip hem çalışan kişilerin tüm gün hasta ile birlikte olmadıkları ve çalışırken ev ortamından uzaklaştıkları için bakım verme yüklerinin düşük olduğu düşünülmektedir. Fakat emekli olan kişilerin yaşlarının da çok genç olmaması nedeniyle fiziksel açıdan hastayla ilgilenirken daha fazla yüke sahip oldukları düşünülmektedir. Diğer yandan bakım verenlerin çalışma durumuna göre SYBD ortalama puanlarının yalnızca kişilerarası ilişkiler nezdinde anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yapılan Tukey testi sonucunda bu farklılığın 1. ve 3. gruplardan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre çalışanların, emekli olanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Yani çalışmakta olan bakım verenlerin daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri görülmektedir. Toker Tekin (2018)'in çalışmasında çalışmayan bakım veren kişilerin büyük çoğunluğunun yaş itibarıyla emekli olduğu belirtilmiştir. Ancak emekli olan veya çalışmayan kişilerin bakım verme durumlarının benzer olduğu düşünülmektedir; her iki grup da gün içinde genellikle evdedir ve hastaya bakım sağlayacak daha çok zamanları vardır. Çalışan bakım verenlerin çalışmayan veya emekli olan bakım verene göre diğer insanlarla etkileşimi daha fazladır, bu nedenle bakım verenler sorunlarını ve endişelerini iş arkadaşlarıyla paylaşabilir, benzer

sorunu olan kişilerle karşılaşma ihtimalleri daha yüksektir ve böylece o kişilerden destek alabilirler. Bu durum da çalışan bakım verenlerin emekli olanlara göre daha yüksek kişilerarası ilişkilere sahip olduğunu destekler. Bu çalışmaya benzer olarak Baysoy (2018) tarafından yapılan çalışmada bir işte çalışmayanların SYBD genel puan ortalamalarının çalışanlardan düşük olduğu saptanmıştır. Akçam (2021)'in çalışmasında ise çalışma durumuna göre SYBD genel puanı ve alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kanserli çocuğuna bakım veren annelerin SYBD puanlarını inceleyen bir çalışmada da bakım verenlerin çalışma durumlarına göre SYBD puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır (Baş, 2019). Bu çalışmada bakım veren kişilerde çalışan sayısının, çalışmayan veya emekli olan kişi sayısından düşük olmasının sebebinin Alzheimer hastalarının tam zamanlı bir bakıma ihtiyaç duymasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bakım sağlayan kişilerin dışarıda çalışması pek mümkün gözükmemektedir.

Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin hastaya bakma süresine göre zaman ve bağımlılık yükü alt boyutu anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Tukey testi sonucuna göre 1 ve 2. gruplar arasında fark bulunmuştur. Hastaya 3-4 yıldır bakım verenlerin zaman ve bağımlılık yükünün, 2 yıl ve daha az süredir bakım verenlerin bakım yükünden yüksek olduğu saptanmıştır. Alzheimer Association (2014)'nin yayınladığı raporda Alzheimer ve diğer demans hastalarına bakım veren kişilerin diğer hastalıkları olan yaşlılara bakım verenlere göre ortalama olarak daha uzun süre bakım verdikleri ifade edilmiştir. Bakım verme süresinin uzamasıyla birlikte bakım verenler tüm zamanını hatta yıllarını hastaya vermek zorunda kalacaklar ve maddi ve manevi olarak çok büyük bir yükün altında olacaklardır. Bu süre uzadıkça ilk günkü sabırları ve motivasyonları azalacaktır. Öte yandan bakım verme süresi hastalığın evresiyle de ilgilidir. Alzheimer hastalığının ilerleyen zamanlarında zamana bağlı olarak evreler de ilerlemektedir ve hastalar bakım verene daha bağımlı hale gelmekte ve fiziksel, bilişsel yeteneklerini daha da kaybetmektedirler. Hastalar ileri evrelerde yatağa bağımlı hale gelmekte, tuvalet ihtiyaçlarını karşılama, yemek yeme, banyo yapma gibi durumlarda bakım verene 7/24 ihtiyaç duyabilmekte hatta geceleri bile bakım veren ile uyumak durumunda kalabilmektedirler. Bu nedenle hastalığın evreleri ilerledikçe hastaya bakım verme durumu da güçleşmektedir. İleri evrelerde hastalar daha

fazla bakıma muhtaç hale geldikleri için bakım veren kişi de zaman ve bağımlılık açısından oldukça etkilenmektedir. Uygun ve Taylan (2018) tarafından yapılan çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü etkileyen faktörler araştırılmış ve bu çalışmanın bulgularına benzer nitelikte yalnızca zaman ve bağımlılık yükü alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kaygı, stres ve başatme stillerini inceleyen bir araştırmada hastaya 3 yıldan fazla bakım verenlerin kişisel ihtiyaçlarını ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandıkları tespit edilmiştir (Keskin, 2021). Altay ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça bakım verme yükü puan ortalamasının arttığı görülmüştür fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yacı (2011)'nin çalışmasında ise bakım veren kişilerin ne kadar süredir Alzheimer hastasına bakım verdiğine göre bakım yükü ve depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin hastaya bakma süresine göre SYBD açısından incelendiğinde; SYBD genel puan ortalaması, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu üç değişken için farklılığın 2. ve 3. gruptan kaynaklandığı yani; hastaya 3-4 yıldır bakım verenlerin SYBD ortalama puanlarının 5 yıl veya daha uzun süredir bakım verenlere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu tez çalışmasıyla paralellik gösterir şekilde Akçam (2021)'in çalışmasında bakım verenlerin hastaya bakma süreleri arttıkça SYBD genel puanı ile kişilerarası ilişkiler alt boyut ortalama puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı gözlenmiştir. Bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün artması kişilerin daha fazla tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır. Bakım verenler zamanlarının çoğunu hastaya bakmakla geçirir ve sosyal hayattaki ilişkileri azalır, bu nedenle kişilerde daha çok strese bağlı hastalıklar meydana gelmektedir (Akçam, 2021). Baysoy (2018)'un çalışmasında ise bu çalışmadan farklı olarak Serebral palsili çocuğun bakımına harcanan zaman bakımından beslenme alt boyutu hariç SYBD'nin tüm alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bakım veren kişilerin birlikte yaşadığı kişi sayısına göre bakım verme yükü genel puanında, fiziksel yük, duygusal yük ve gelişimsel yük alt boyut ortalama puanlarında istatistiksel

olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ortalama puanlara göre birlikte yaşadığı kişi sayısını 1-2 kişi olarak belirtenlerin birlikte yaşadığı kişi sayısını 3 ve üzeri olarak belirtenlere göre daha yüksek yük ifade ettikleri görülmektedir. Bunun; hastayla birlikte yalnız yaşayanların gün içinde hastadan başka kimseyle etkileşim içinde olmamaları, evde başkasının olmaması nedeniyle bakım verirken destek almamaları, sosyal etkileşimlerinin azlığı ve fiziksel yüklerinin fazla olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın aksine Yacı'nın (2011) çalışmasında bakım verenlerin evde kaç kişi yaşadığına göre bakım verme yükü ve depresyon ortalama puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada bakım veren kişilerin birlikte yaşadığı kişi sayısına göre SYBD ortalama puanlarından yalnızca fiziksel aktivite alt boyutu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanında anlamlı farklılık saptanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyutu ortalama puanına göre birlikte yaşadığı kişi sayısını 1-2 kişi olarak belirtenlerin birlikte yaşadığı kişi sayısını 3 ve üzeri olarak belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise 3 ya da daha fazla kişiyle yaşadığını belirtenlerin 1-2 kişiyle yaşadığını belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen ve aksini iddia eden bir çalışmaya rastlanmamıştır. Evde 1-2 kişi olarak yaşayanların hastaya genellikle tek başına bakım verdiği düşünüldüğünde, kişiler gün içinde sürekli bir fiziksel hareket içinde olmaktadır, hastanın tüm ihtiyaçlarını (tuvalet, yemek, temizlik, banyo) tek başlarına karşılamaktadırlar. Bu nedenle evde 3 ve daha fazla kişiyle yaşayanlara göre yanlarında yardım edecek birisi bulunmadığı için daha fazla fiziksel hareket ediyor olabilirler. Öte yandan evde 1-2 kişi bulunanların fiziksel aktivite yapmak için daha fazla zamanlarının olmasının da bu sağlık davranışını artırabileceği düşünülmektedir. Evde 3 ya da daha fazla kişi olarak yaşayanların hasta dışında evde bulunan kişilerle etkileşim içinde olabilecekleri, onlarla endişelerini, sorunlarını paylaşabilecekleri, sevdiği insanlarla kucaklaşabilecekleri ve anlamlı, doyumlu ilişkiler sürdürebilecekleri bir ortamları olmaktadır. Bu sebeple evde 3 ve daha fazla kişi olarak yaşayanların 1-2 kişi olarak yaşayanlara göre kişilerarası ilişkiler puanının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bu kısmında Alzheimer tanısı almış kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre bakıcılarının bakım verme yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde;

Alzheimer tanısı almış kişilerin cinsiyetine göre bakım verenlerin zaman ve bağımlılık yükü alt boyutu ortalama puanları istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir. bu çalışmada Alzheimer hastası kadınların yüzdesi (%53,6) Alzheimer hastası erkeklerin yüzdesinden (46,4) daha yüksektir. Literatürde cinsiyet ve Alzheimer hastalığı arasındaki ilişki çalışmaları arasında tutarsızlık göstermekle birlikte birçok çalışma Alzheimer hastalığının görülme oranının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Gao, 1998). Shriver (2010) tarafından yapılan çalışmada Amerikadaki Alzheimer hastalarının neredeyse üçte ikisinin kadın olduğu ifade edilmiştir. Kadınların Alzheimer hastalığında neden bu kadar yüksek bir yüzdeyi oluşturduğuna dair görüşler şöyledir; ortalama olarak kadınların erkeklerden daha uzun yaşam sürelerine sahip olması ve dolayısıyla Alzheimer için yüksek riskli bir yaşa ulaşma olasılıklarının daha yüksek olmasıdır (Bouldin ve Andresan, 2014). Bu tez çalışmasına paralel olarak Çetinkaya ve Karadovan (2012)'ın çalışmasında Alzheimer hastalarının cinsiyetleri ile bakım verenlerin sosyal yük alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada, kadın Alzheimer hastalarına bakım verme yükünün zaman ve bağımlılık alt boyutunda daha yüksek olmasının sebebinin, bu hastalara bakım veren kişilerin genelde erkek eşlerden oluşmasından, erkeklerin ise destek isteme konusunda sıkıntı yaşamalarından ve aynı zamanda hayat arkadaşlarını kaybediyor oluşlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Toker Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada ise Alzheimer hastalarının cinsiyetlerine göre bakım verenlerin BYE ortalama puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada, bakım verenlerin SYBD genel ve alt boyut ortalama puanlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin cinsiyeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu tez çalışmasını destekler nitelikte kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinin SYBD'ni araştıran bir çalışmada cinsiyete göre SYBD genel puanı ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akçam, 2021).

Alzheimer tanısı almış kişilerin yaşlarına göre bakım verenlerin bakım verme yükleri ve alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Ortalamaları bakımından 65 yaşından büyük olan hastalara bakım verenlerin 65 yaşından küçük olan hastalara göre bakım verme yükü ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya

paralel olarak Toker Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada 76 yaş ve üzeri olan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çetinkaya ve Karadovan (2012) tarafından yapılan demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi çalışmasında yaşın azalmasıyla birlikte bakım verenlerin bakım yükünün arttığı tespit edilmiştir. Bunun nedeninin ise yaş grubunun küçük olması hastanın hastalık evresinin erken ve orta evrede olmasıyla açıklanabilmektedir. Erken ve orta evrede olan hastalar fiziksel olarak daha aktif olduklarından hastalığın getirdiği sorunlardan biri olan amaçsız gezinmeler çokça yaşanmakta ve bakım verenler bu amaçsız gezinmelerden dolayı hastayı sürekli gözetim altında tutmak ve sürekli ilgilenmek durumundadır (Çetinkaya ve Karadovan, 2012). Literatürdeki bir diğer çalışmada ise bakım verilen hastanın yaşı arttıkça bakım verenlerin bakım yükünün de anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir (Altay vd., 2018). Bu çalışmada hastanın yaşına göre bakım verenlerin bakım yükü puanının istatistiksel olarak anlamsız bulunmasının sebebinin örneklem sayısının yeterli miktarda olmayışından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak literatürde bakım verenlerin yükü ile Alzheimer tanısı almış kişinin yaşını birlikte inceleyen çok az çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmada bakım verenlerin SYBD puanı ve alt boyutları puanlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Akçam (2021)'in çalışmasında da hastanın yaşı ile bakım verenlerin SYBD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bakım verenlerin bakım verme yükü ve alt boyutları puanlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde Alzheimer tanısı almış kişilerin medeni durumuna göre bakım verenlerin BYE puanlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bulgulara göre bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve alt boyutlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen veya desteklemeyen bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Alzheimer tanısı almış kişilerin çocuk sayısına göre bakım verenlerin bakım verme yükleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen veya benzer olan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmada bakım verenlerin bakım verme yükü ve alt boyutları puanlarının Alzheimer tanısı almış kişilerin eğitim durumuna göre bakım yükü ölçeğinin zaman ve bağımlılık yükü alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu farklılığın en fazla 2. ve 5. gruptan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan hastalara bakım veren kişilerin bakım verme yükü puanının, üniversite düzeyinde eğitime sahip olan hastalara bakım veren kişilerin bakım verme yükü puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Üniversite düzeyinde eğitime sahip olan hastalara bakım veren kişilerin zaman ve bağımlılık yükünün ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer farklılığın ise 2. ve 3. gruptan kaynaklandığı yani; ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan hastalara bakım veren kişilerin bakım verme yükü puanının, ortaokul düzeyinde eğitime sahip olan hastalara bakım veren kişilerin bakım verme yükü puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulguya paralel olarak Toker Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi okur-yazar olanlara bakım verenlerin eğitim düzeyi yükseköğretim mezunu olanlara bakım verenlerden bakım verme yükü puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi Davranışları puanının Alzheimer tanısı almış kişilerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Akçam (2021) tarafından yapılan çalışmada da kronik ruhsal hastalara bakım verenlerin, hastalarının eğitim düzeyine göre SYBD puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Alzheimer tanısı almış kişilerin tanı aldığından bu yana geçen süreye göre bakım verenlerin bakım verme yükü zaman ve bağımlılık yükü ve sosyal yük alt boyutunda anlamlı fark göstermiştir. Sosyal yük alt boyutundaki farklılık ise 1. ve 2. gruptan kaynaklanmakta yani; 3-4 yıl önce Alzheimer tanısı konulan hastaya bakım verenlerin sosyal yükü 2 yıl ve

daha az yıl önce tanı almış hastalara bakım verenlere göre daha yüksektir. Zaman ve bağımlılık yükündeki farklılığın 1. ve 3. gruptan kaynaklandığı yani; ortalama puanlara göre 5 yıl ve daha fazla tanı süresi olan hastalara bakım verenlerin, 2 yıl ve daha az tanı süresi olanlara göre daha yüksek zaman ve bağımlılık yüküne sahip olduğu saptanmıştır. Alzheimer hastalığı olan kişiler genellikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneğini kaybettikleri için, bakıcılar zaman ve enerjilerini onlara günlük görevlerinde yardımcı olmak için harcarlar. Öte yandan Alzheimer hastaları amaçsız dolaşabilir veya kendilerine zarar verebilirler ve bakım verenlerin hastalık ilerledikçe dikkatlerini artırmaları ve hastaları sürekli gözetim altında tutmaları gerekmektedir. Bu sürekli uyanıklık ve sorumluluk duygusu bakıcı üzerinde stres yaratabilir bu da bakım yükünü artıran bir unsur olabilir. Uygun ve Taylan (2018) tarafından yapılan çalışmada bakım verilen Alzheimer hastasının hastalık süresine göre zaman ve bağımlılık alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çetinkaya ve Karadovan (2012)'in çalışmasında ise hastaların bulunduğu evreye göre bakım verenlerin zaman ve bağımlılık yükü alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalık süresi arttıkça bakım veren kişilerin zaman ve bağımlılık yükleri de artmaktadır. Bunun nedeninin ise Alzheimer hastalığının evreleri ilerledikçe hastaların zihinsel ve bilişsel kayıp yaşamalarından ve buna bağlı olarak da bakım veren kişiye daha fazla ihtiyaç duymalarından kaynaklandığı düşünülmüştür (Uygun ve Taylan, 2018). Toker Tekin (2018) tarafından yapılan çalışmada da Alzheimer tanısı üzerinden beş yıl ve üzeri süre geçen hastalara bakım verenlerin, tanı üzerinden 1-3 yıl geçen hastalara bakım verenlere göre BYE puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmanın literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerin SYBD ve alt boyutları puanının Alzheimer tanısı almış kişilerin tanı aldığından bu yana geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen veya aksini iddia eden bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bakım verenlerin bakım verme yükü puanı ve alt boyut puanları Alzheimer tanısı almış kişilerin gelirine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutu olan fiziksel aktivite alt boyutu puanının ise Alzheimer tanısı almış kişilerin geliri bakımından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Geliri olmayan hastalara bakım verenlerin fiziksel aktivitesi geliri olan hastaya bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin diğer SYBD alt boyutları ve genel ortalama puanının bu çalışmaya paralel olarak Akçam (2021)'in çalışmasında hastaların çalışma durumuna göre bakım verenlerin SYBD toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bakım verenlerin yükü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin varlığını ve yönünü bulmak için yapılan Pearson korelasyon analizinde negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,396$) bulunmuştur. Bakım verenlerin yükünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne düzeyde etkilediğini öğrenmek amacıyla yapılan regresyon analizine göre, bakım verenlerin yükünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır. Yani bakım verenlerin bakım verme yükü arttığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında azalma meydana gelmektedir. Bakım veren kişiler vakitlerinin çoğunu hastaların ihtiyaçlarını gidermekle harcamakta ve bu nedenle kendi kişisel ihtiyaçlarına yani; daha özenli beslenmek, spor yapmak, sosyalleşmek, kendini geliştirmek gibi ihtiyaçlarına yeterince zaman ayıramamaktadırlar. Bu nedenle bakım verme yükleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalış göstermektedir. Literatürde Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin bakım verme yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır. Araştırmamız bu yönüyle ilk çalışmalardan biri olma özelliği göstermektedir. Bu çalışmayla benzer nitelikte olan, El-Zeftawy ve Sabra (2018) tarafından yapılan çalışmada, Alzheimer hastalığı ile ilgili psiko-eğitim programının Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bilgi, depresyon, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bakım verme yükü üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir ve bulgularımıza paralel olarak bakım verenlerin bakım yükü ile SYBD arasında anlamlı ve negatif yönde ($r=-0,372$) bir ilişki bulunmuştur. Yine aynı çalışmada bakım verenlerin bakım verme yükü ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Yani bakım veren kişilerin bakım verme yükü arttıkça depresyon düzeyleri artış göstermiştir. Bu durum da araştırmamızın bulgusunu destekler niteliktedir, çünkü bakım verme yükü arttıkça, bireylerin SYBD düzeyleri düşmekte, bu nedenle de bakım verenler hem psikolojik hem de fiziksel olarak bu durumdan etkilenebilmektedir. Lök ve Bademli'nin (2017) deneysel tipte

randomize kontrollü olarak yaptığı çalışmada demanslı yaşlı yetişkinlere bakım veren kişilere “önce daha güçlü olmalısın” isimli bir eğitim programı düzenlenmiş, program öncesinde iki grubun (deneysel ve kontrol grubu) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bakım verme yükü ayrı olarak incelenmiş ve bakım verme yükü açısından program öncesinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken program sonrasında deney grubunda yer alan bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamalarının diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ise program öncesinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken, program sonrasında deney grubunda yer alan bakım verenlerin SYBD genel puan ortalamaları diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum da demanslı kişilere bakım verenlere verilen eğitimin etkili olduğunu göstermekte ve bakım veren kişilere demanslı bireylerle nasıl iletişim kurulacağı, demansın ne olduğuna dair bilgi, günlük işlerin sistematüğini yürütme, bakım verenin sağlığını iyileştirmeye ve geliştirmeye yönelik eğitimlerin verilmesi gerekliliğini desteklemektedir. Akçam (2021)'in çalışmasında ise kronik ruhsal hastalığı olan kişilere bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bunları etkileyen faktörler incelenmiş ve bakım verenlerden tükenmişlik hissedenerin tükenmişlik hissetmeyenlere göre ve ekonomik olarak etkilenenlerin etkilenmeyenlere göre SYBD puanlarının daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir. Chen ve diğerleri (2015) tarafından 108 bakım veren üzerinde yapılan çalışmada, engelli yaşlı yetişkinlere bakım veren yaşlı kişilerin bakım verme yükünün zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisinin negatif yönde ve anlamlı olduğu belirlenmiş, çalışmamıza paralel olarak bakım verme yükü arttıkça bakım verenlerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarında bozulma görüldüğü ortaya konulmuştur. Yine Chen ve diğerlerinin (2015) çalışmasında bakıcı yükünü önlemek veya azaltmak ve bakım verenlerin sağlıklarını iyileştirmek için sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeye teşvik edilmeleri önerilmiştir.

Bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde Alzheimer tanısı almış kişinin yaşının ve bakım verme yükünün alt boyutu olan gelişimsel yükün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Alzheimer hastasının yaşının artması bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırırken bakım

verenin gelişimsel yükünün artması bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını azaltmaktadır. Bakım veren kişiler genelde hastanın eşi olduğu ve Alzheimer hastalığı da ilerleyen yaşlarda ortaya çıktığı için bakım veren kişiler de genellikle ileri yaşta olmaktadır. Çalışmamızda Alzheimer hastalarının dörtte üçünden fazlasının (%77,4) 65 ve üzeri yaşta oldukları saptanmıştır. Polat ve Kahraman (2013)'ın yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen çalışmasında yaşın artmasıyla kişilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve egzersiz puan ortalamalarının arttığı belirtilmiştir. Buna istinaden insanların yaşları ilerledikçe sağlıklarına, beslenmelerine ve aktivitelerine daha çok özen gösterdiği düşünülmektedir. Bu nedenle Alzheimer hastasının yaşının bakım veren kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışını artırdığı düşünülmektedir. Öte yandan hastanın yaşı arttıkça hastalığın evresi de ilerlemekte ve hastalar yatağa bağımlı hale gelmektedir. İlk evrelerde hastalar fiziksel olarak daha hareketli oldukları için sürekli gözetim altında tutulmak zorundalardır. Fakat ileri evrelerde hastalar yatağa bağımlı oldukları için bakım verenlere sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterebileceği daha çok zaman kaldığı düşünülmektedir. Diğer yandan kişilerin sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesi, kendilerini bakım vermeden dolayı tükenmiş hissetmeleri, hayatlarının bu döneminde bakım vermek yerine kendileriyle ilgili başka hayallerinin olması ve bunları gerçekleştirememeleri ise gelişimsel yüklerini artırabilir. Arkadaşlarının, akranlarının yaşamlarının bu dönemde keyifle hayatlarını sürdürdüklerini görerek hayatı kaçırdığını hisseden, hayatının bu döneminde herşeyin farklı olmasını beklerken neden başına böyle bir şey geldiğini düşünerek sürekli endişe ve gerginlik içinde olan bakım verenlerin yaşadığı gelişimsel yük (Novak ve Guest, 1989), onları ruhsal açıdan oldukça zor bir sürece sokarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını azaltabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Ayrıca, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, bakım veren kişilerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği de incelenmiştir. Çalışmaya Ankara ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğine başvuran Alzheimer hastalarına bakım veren 84 kişi katılmıştır. Bu bölümde ise bu çalışmadan elde edilen sonuçlara yer verilmekte ve önerilerde bulunulmaktadır.

Çalışmanın bulgularından elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin çoğu (%76,2) kadın, hastanın eşi veya kızı (%81) ve evli (%73,8) olup yaklaşık yarısı 50-64 yaş grubunda (%42,7) ve 1-2 çocukludur (47,0). Bakım verenlerin üçte birinden fazlası üniversite mezunu (%39,3), çalışmıyor (%35,7) ve emeklidir (%36,9). Bakım veren kişilerin yarısının (%51,2) kendisi dahil aynı evde birlikte yaşadığı 1-2 kişi olduğu, yarıdan fazlasının (67,9) hasta ile aynı evde yaşadığı, yarısına yakınının (%45,2) iki yıldan az bir zamandır hastasına bakım verdiği; tamamına yakınının (%95,2) evde bakım ücreti almadığı ve hastasının sağlık giderleri için aylık ortalama 0-2000 TL arasında harcama yaptığı (%89,2) sonucuna varılmıştır.
- Alzheimer tanısı almış hastaların yarısından fazlasının (%53,6) kadın olduğu ve dörtte üçünden fazlasının (%77,4) 65 yaşında veya daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır. Alzheimer hastalığının birincil risk faktörleri arasında yaş faktörü bulunduğu ve hastalığın görülme sıklığı yaş ile birlikte arttığı için bu sonuç beklenen bir durumdur. Ayrıca, Alzheimer hastalarının dörtte üçünün (%71,4) evli, yarısının (%51,2) 3-4 çocuklu ve ilkokul düzeyinde eğitime sahip (%48,8); dörtte üçünün (%75) gelirinin olmadığı ve üçte birinden fazlasının (%40,5) ilk kez tanı aldığından bu yana 2 yıl veya daha az bir zaman geçtiği sonucuna varılmıştır. Alzheimer tanısı

almış kişilerin Alzheimer dışında en çok tansiyon, kalp ve şeker hastalıklarının da bulunduğu tespit edilmiştir. Bu durum da Alzheimer hastalığı risk faktörlerini doğrular niteliktedir. Ayrıca Alzheimer tanısı almış kişilerin çoğunun ev hanımı olduğu sonucuna da varılmıştır.

- Ölçekler ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde en yüksek ilişki bakım yükü ölçeğinin fiziksel yük alt boyutu ile gelişimsel yük alt boyutu arasındadır. En düşük ilişki ise SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile bakım yükü ölçeğinin zaman ve bağımlılık yükü alt boyutu arasında olup çok zayıf düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki vardır. Yalnızca bakım verenlerin yükü ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde beş alt boyut arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Bu alt boyutlar arasındaki en yüksek ilişki fiziksel yük alt boyutu ile gelişimsel yük alt boyutu arasında iken en düşük ilişki duygusal yük alt boyutu ile zaman ve bağımlılık yükü alt boyutu arasında bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, en yüksek ilişki kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile manevi gelişim alt boyutu arasında iken en düşük ilişki ise kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile fiziksel aktivite alt boyutu arasındadır.
- Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre araştırmada kullanılan iki ölçek arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki ($r=-0.396$) bulunmakta, yani bakım verenlerin yükü arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalma eğilimi göstermektedir. Bu durum da Alzheimer hastasına bakım veren kişilerin bakım verme durumundan etkilendiğini ve kendi kişisel ihtiyaçlarına daha az zaman ve emek harcadıklarını göstermektedir.
- Çalışma sonucunda, Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, bakım verenlerin ve hastaların çeşitli sosyodemografik özelliklerine göre değiştiği bulunmuştur.

- Bakım verenlerin yükü ölçeğinin toplam puanının ve fiziksel yük boyutunun puan ortalamasının bakım veren kişilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bakım veren kişilerin yaşları arttıkça ifade ettikleri bakım yüklerinin arttığı tespit edilmiştir. Ortalama puanlara göre 65 ve üzeri yaşta olanların 34-49 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bakım verme yüküne sahip olduğu gözlemlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları ile bakım verme yükünün zaman ve bağımlılık yükü, gelişimsel yük, sosyal yük, duygusal yük boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar literatürdeki çalışmalarla da uyum göstermektedir.
- Hasta ile yakınlık derecesi açısından bakım verenlerin çoğu hastanın kızı (40,5) ve eşidir (40,5). Sosyal yük, hasta ile yakınlık derecesine göre fark göstermektedir. Hastanın eşi olarak bakım verenlerin sosyal yükü, diğer kişiler olarak bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Alzheimer hastası ile aynı evde yaşayan bakım veren kişilerin zaman ve bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve bakım verenlerin yükü genel puanının; aynı evde yaşamayan bakım veren kişilerin puanlarından yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ve toplam puanı, bakım veren kişilerin hasta ile aynı evde yaşaması ya da yaşamamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir.
- Çalışma durumlarına göre, emekli olan ve çalışmayan bakım veren kişilerin fiziksel yük ve gelişimsel yükü çalışan bakım verenlere göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bakım verenlerin toplam yükünün ise emekli olanlarda çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından yalnızca kişilerarası ilişkiler boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan bakım verenlerin kişilerarası ilişkilerinin emekli olan bakım verenlere göre daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

- Hastaya 3-4 yıldan uzun süredir bakım veren kişilerin hastaya 2 veya daha az yıldır bakım veren kişilere göre zaman ve bağımlılık yükü açısından daha yüksek bir yüke sahip olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, kişilerarası ilişkiler ve beslenme boyutu bakımından hastaya 3-4 yıldır bakım verenlerin hastaya 5 yıl ve daha uzun süredir bakım verenlere göre daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiği sonucuna varılmıştır.
- Bakım veren kişilerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısı bakımından; gelişimsel yük, fiziksel yük, duygusal yük ve bakım verenlerin yükü toplam puanı anlamlı farklılık göstermektedir. Evde yaşayan kişi sayısının, yani bakım veren ve hasta dışında başka birinin evde bulunmasının, bakım veren kişiler için hem sosyal hem de fiziksel destek olarak görüldüğü ve yükün paylaşıldığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak da evde 1-2 kişi yaşayanların bakım verme yükü ortalaması, evde 3 ve üzeri kişi ile yaşayan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarının evde yaşayan kişi sayısına göre anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Evde 1-2 kişi yaşayanların 3'ten fazla kişi olarak yaşayanlara göre; fiziksel aktivite alt boyutu ortalama puanı daha yüksek iken kişilerarası ilişkiler alt boyutu ortalama puanının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.
- Alzheimer tanısı almış kişilerin cinsiyetine göre zaman ve bağımlılık yükü istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar bakımından kadınların zaman ve bağımlılık yükü erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer yandan, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt boyut puanlarının hastanın cinsiyetine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir.
- İlkokul mezunu Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin zaman ve bağımlılık yükünün, ortaokul mezunu veya üniversite mezunu Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yükünden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastanın eğitim

durumuna göre, bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

- İki yıl veya daha kısa süre önce Alzheimer tanısı almış hastalara bakım veren kişilerin zaman ve bağımlılık yükü ve sosyal yükünün beş yıl veya daha uzun süre önce Alzheimer tanısı almış hastalara bakım veren kişilerin yükünden daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Hastanın tanı aldığından bu yana geçen süreye göre SYBD genel puan ve alt boyutları puanları ile bakım verme yükü toplam puanı, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük puanları arasında anlamlı bir farklılığa ulaşılmamıştır. Alzheimer hastasının tanı süresinden ziyade bakım veren kişilerin hastaya ne kadar süredir bakım verdiğinin daha anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçların bazılarının literatürde yer alan benzer çalışmalara uyum sağladığı, bazılarının ise farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu farklılıkların çalışmanın yapıldığı yerden, hasta popülasyonundan, örneklem sayısından, kültürel ve sosyal farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

- Araştırma sonunda yapılan regresyon analizi ile Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları değişiminin %16'sı bakım veren yükü tarafından açıklanmaktadır. Bakım verenlerin yükleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları düşüş göstermektedir. Bu durumun da bakım veren kişilerin bakım verme yükünün artması ile kişilerin kendilerine ayıracak vakitlerinin azalması, beslenme, fiziksel aktivite, sosyalleşme gibi öz bakım ihtiyaçlarını ihmal etmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını birlikte inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmamız, bu yönüyle ilk çalışmalardan biridir.

- Bakım verenlerin yükü ölçeğinin alt boyutları ile bakım veren ve alan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin birlikte incelendiği regresyon analizi sonucuna göre ise, Alzheimer tanısı almış kişinin yaşı ve gelişimsel yük alt boyutu, bakım verenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir. Alzheimer hastasının yaşının artması, bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırırken; gelişimsel yükün artması, bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını azaltmaktadır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- ⇒ Altmış beş yaş üzerinde bakım veren kişilerin daha çok bakım yüküne sahip olduğu görülmüş ve bu kişilerin kendilerinin de yaşlanmadan kaynaklı sorunları olabileceği ve Alzheimer gibi sürekli ve tam bakım isteyen bir hastalığa sahip birine bakmanın yaşlı bireyler için oldukça zor olduğu göz önünde bulundurulduğunda belediyelerin ve diğer ilgili kuruluşların bu kişileri dinlendirici etkinliklerde bulunması gerektiği düşünülmektedir. Alzheimer hastalarını belirli zamanlarda bir araya getirerek bir uzman eşliğinde çeşitli etkinliklerde bulunmaları önerilmektedir. Böylece bakım veren kişilerin kendilerini dinlendirecek ve hasta olmadan geçirecekleri bir zaman dilimleri olacaktır.
- ⇒ Hasta ile aynı evde yaşayanların birlikte yaşamayanlara göre bakım yüklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evde birlikte yaşayan bireyler zamanlarını 7/24 hasta ile birlikte geçirmektedir. Bu kişilerin, özellikle ileri evredeki hastalara bakan kişilerin sosyalleşmeye, evden uzaklaşmaya, yalnız olarak hareket etmeye veya kişisel ihtiyaçlarını görmeye bile zamanları olmayabilir veya kısıtlı olabilir. Bu durumun bakım verenleri psikolojik açıdan da oldukça etkilediği düşünülmektedir. Uzmanların bu kişileri evde ziyaret etmeleri gibi yollarla bakım veren kişilere psikolojik destek sağlanması, onlarla konuşarak dertlerini, sorunlarını paylaşabildikleri bir alan yaratılması önerilmektedir.

- ⇒ Hastaya uzun süredir bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha kısa süredir bakım veren kişilere göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Uzun süredir bakım verenlerin uzun süre bakım vermeden dolayı tükenmişlik hissine kapılabileceği, yıllarının büyük bir kısmının bakım verme işiyle geçtiği, kendi hayatlarını oldukça ihmal ettikleri düşünülmektedir. Bakım verenler için destek programları düzenlenip bu durumun psikolojik ağırlığının hafifletilmesi sağlanabilir. Aynı sorunları yaşayan bakım verenler bir araya getirilerek birbirlerine manevi destekte bulunmaları sağlanabilir. Bu sorunları yaşayan kişilerin yalnızca onlar olmadığı hissi verilebilir.
- ⇒ Kadın hastaya bakım verenlerin çoğu erkek eşlerden oluşmaktadır. Erkeklerin de bakım verirken diğer insanlarla endişelerini, sorunlarını paylaşma, yardım veya destek isteme konusunda sıkıntı yaşadıkları düşünülmektedir. Bu sebeple erkek bakım veren kişilere hastalığın seyri hakkında, bakımın nasıl yapılacağı ve kendilerine nasıl destek olacakları konusunda ihtiyaçları dikkate alınarak bilgilendirme yapılabilir.
- ⇒ Türk toplumunun yapısı ve kültürü gereği hastalara evde bakılmaktadır. Araştırmada, bakım veren kişiler bu durumdan şikayetçi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Fakat kendi sağlıklarını ikinci plana attıklarını ve dinlenmek için zamana ihtiyaç duyduklarını da belirtmişlerdir. Sağlık yönetimi açısından Alzheimer hastalarının evde bakımının uzun dönemli bakım kurumlarına göre daha az maliyetli olacağı ve evde bakımın hastaların ruhsal sağlığı için daha iyi olacağı düşünülmektedir. Bu yüzden hem politika yapıcılar hem de sağlık yöneticileri, bakım veren kişileri daha sağlıklı ve güçlü tutacak politikalar geliştirmeli ve evde bakım hizmetlerine yoğunluk vermelidirler. Bu politika ve planlar sayesinde sağlık sisteminde sağlık giderlerinin daha az olacağı ve bakım verenlerin kendilerine hem fiziksel hem de ruhsal olarak ayırabilecekleri zamanlarının olacağı düşünülmektedir. Bakım veren kişiler böylece topluma daha sağlıklı bireyler olarak kazandırılacaklardır.

- ⇒ Alzheimer hastasına bakım veren kişilere hastalık ve seyri ile ilgili bilgilendirici programlar düzenlenmeli ve bu kişiler bir araya getirilerek birbirlerine sosyal destek olmaları sağlanmalıdır. Bakım verenlerin bir araya gelmeleri başkalarının da aynı zorlukları yaşadığını fark etmelerine yardımcı olabilir ve başkalarından neyin işe yarayıp neyin yaramadığı konusunda tavsiyeler alabilirler.
- ⇒ Brodaty ve Arasaratnam (2012) tarafından demanslı hastalara bakım veren aile bireylerine uygulanan eğitimin, demanslı hastanın davranışsal ve psikolojik semptomlarının şiddetini azalttığını ortaya koymuştur. Bu randomize kontrollü çalışma doğrultusunda bakım verenlere uygulanacak eğitim programlarının (hastalara nasıl bakacakları, hastaların davranışlarına ve tepkilerine nasıl yanıt verecekleri, hastalık hakkındaki bilgiler) hem bakım verenlere hem de hastalara olumlu yönde etkisinin olacağı öngörülmektedir.
- ⇒ Alzheimer hastalığı yalnızca hastayı değil, bakım verenin tüm ailesini de etkileyen bir hastalıktır. Alzheimer yalnızca bir sağlık sorunu olarak görülmemeli, en önemlisi sosyal bir sorun olarak görülmelidir. Sosyal ve finansal destek sunabilecek kamu tesislerinin kurulması, bakım verenlerin yükünü azaltmak amacıyla destek hizmetleri sunulması önerilmektedir. Bu girişimler planlanırken hastanın ve bakım verenin fiziksel, psikolojik ve ekonomik yönlerinin dikkate alınması gerekmektedir (Ferrara ve diğerleri, 2008).
- ⇒ Sağlık yöneticileri tarafından bilgilendirici kitapçıklar hazırlanabilir. Bunlar, hastasını muayene için hastaneye getiren bakım verenlere sunulabilir. Bu küçük bir adım bile olsa bakım veren kişilerin hastalık sürecinde ne ile karşılaşacakları konusunda ve nasıl davranmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlayacaktır. Lök ve Bademli (2017)'nin çalışması eğitim programlarının etkili olduğunu göstermektedir.

- ⇒ Evde bakım sağlayan kişilerin çoğunun evde bakım ücreti almadığı görülmüştür. Politika yapımcıların evde bakım sağlayan bu kişilere hem maddi hem manevi olarak destekler sunması ve bu kişileri daha güçlü tutabilmek adına eğitici programlar düzenlemeleri gerekmektedir.
- ⇒ Diğer aile bireylerinden destek görmeyen ve tek başına bakım veren kişilerin psikolojik ve fiziksel zorluklar yaşadıkları gözlenmiştir. Bu kişileri dinlendirecek ve kendilerine zaman ayıracakları evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.
- ⇒ Bakım veren kişilerin çoğunluğunun kadın olduğu düşünüldüğünde kadınların hastalara bakım verme konusunda daha fazla paya sahip olduğu söylenebilir. Bu durum destek ve eğitim programları hazırlanırken önem verilmesi gereken konulardan birisidir. Öte yandan hasta ile aynı evde yaşayanların, ileri yaşta olanların, çalışmayan ve emekli olanların, uzun süredir hastasına bakım verenlerin ve hastaya tek başına bakım verenlerin yükünün daha fazla olduğu hesaba katılarak destek ve eğitim programları düzenlenirken bu konular dikkate alınmalıdır.
- ⇒ Bu çalışma Ankara'daki bir üniversite hastanesinin nöroloji anabilim dalı demans polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın kapsamına alınmayan diğer hastanelere başvuran Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım verme durumuna hangi faktörlerin etki ettiği ve bunların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi sonraki çalışmalarda araştırılabilir. Ayrıca bakım veren kişilerin Alzheimer hastalığı hakkındaki bilgi seviyeleri de araştırılabilir.
- ⇒ Yapılan araştırmalarda Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verme yükü ve bakım veren kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını birlikte araştıran sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu konuda daha iyi değerlendirmelerin yapılabilmesi için daha fazla kişi üzerinde ve daha çok çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Abell, G.J., Kivimaki, M., Dugravot, A., Tabak, G.A., Fayosse, A., Shipley M., et al. (2018). Association between systolic blood pressure and dementia in the Whitehall II cohort study: role of age, duration, and threshold used to define hypertension. *European Heart Journal*, 39(6), 3119-3125.
- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., Lach, S.M. (2014). Care of the aging patient: From evidence to action. *The Journal of the American Medical Association*. 311(10), 1052-1059.
- Aiken, L. R., (1995). *Aging*. Sage Pub. London.
- Akçam, M. (2021). Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Akpınar, B. (2009). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Aksoy, T. ve Uçar, H. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.
- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 32-49.
- Allegri, R.F., Sarasola, D., Serrano, C. M., Taragano, F.E., Arizaga, R.L., Butman, J., & Loñ, L. (2006). Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(1), 105–110.

Alpar, R. (2012). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik: spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle*. Detay Yayıncılık. Ankara.

Alpar, R. (2013). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Yöntemler* (4. Baskı). Detay Yayıncılık. Ankara.

Alpar, R. (2014). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik: spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle* (3. Baskı). Detay Yayıncılık. Ankara.

Altay, B., Erkuran, H. ve Aydın, Avcı İ. (2018). Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.

Alzheimer Association. (2014). Alzheimer's Association Report: 2014 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 10, 47-92.

Alzheimer Association. (2018). *Stages of Alzheimer's Disease*.

<https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-stages-early-middle-late-ts.pdf>.

Erişim Tarihi: 07.05.2022.

Alzheimer's Association. (2021). 2021 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *The Journal of The Alzheimer's Association*. 17, 327-406.

Alzheimer's Association. (2021). *Stages of Alzheimer's*. *Alzheimer's Association*.

<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>. Erişim Tarihi:20.04.2021

Alzheimer's Disease International. (2020). *Risk Factors and risk Reduction*.

<https://www.alzint.org/about/risk-factors-risk-reduction/> Erişim Tarihi: 03.03.2022.

Andrieu, S., Balardy, L., Gillette-Guyonnet, S., Bocquet, H. et al. (2003). Burden experienced by informal caregivers assisting Alzheimer's Patient in the Real. Fr Study. *La Revue de Medecine Interne*. 24(3), 351-359.

- Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand, A., Henrard, C.J. (2005). Beyond the global score of the zarit burden interview: useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 254-260.
- Apostolova, G.L. (2016). Alzheimer Disease. *Continuum (Minneapolis) Journal*, 22(2), 419-434.
- Arioğlu, S. (2003). *Alzheimer tip demansta risk faktörleri*. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı.
- Aydın, Ö. (2016). Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde hastalık bakım yükünün değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 1–13.
- Baker, K.L., & Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health*, 12(4), 413–422.
- Barnes, E.D., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828.
- Baş, E.E. (2019). Çocuğu kanser olan annelerin bazı özelliklerinin sağlık sorunlarına, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi, İstanbul.
- Baysoy, H.İ. (2018). Evde bakım hizmeti alan serebral palsili çocuklara bakım veren ebeveynlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.

- Bo, Y., Zhang, X., Wang, Y., You, J., Cui, H., Zhu, Y., et al. (2017). The *n*-3 Polyunsaturated Fatty Acids Supplementation Improved the Cognitive Function in the Chinese Elderly with Mild Cognitive Impairment: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Nutrients*, 9 (1), 54.
- Bonnel, W.B. (1996). Not Gone and Not Forgotten: A Spouse's Experience of Late-Stage Alzheimer's Disease. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34 (8), 23–27.
- Borsje, P., Hems, M.A.P., Lucassen, P.L., Bor, H., Koopmans, R.T., Pot, A.M. (2016). Psychological distress in informal caregivers of patients with dementia in primary care: Course and determinants, *Family Practice*, 33(4), 374–381.
- Bostancı, Ö. (2014). Alzheimer-demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Bouldin, E.D., & Andresen, E. (2014). *Caregiving across the United States: Caregivers of persons with Alzheimer's disease or dementia in 8 states and the District of Columbia*. Alzheimer Association.
- Brody, H., and Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946-953.
- Cankurtaran, M., ve Arioğul, S. (2002). Alzheimer Hastalığı ve Demans Tedavisinde Yenilikler. *Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Dergisi*.
- Chen, C.C., Chen, M.K., & Chu, T.P. (2015). Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 37(6), 767-780.

- Chumbler, R.N., Grimm, W.J., Cody, M., & Beck, C. (2003). Gender, kinship, and caregiver burden: The case of community-dwelling memory impaired seniors. *International Journal of Geriatr Psychiatry*, 18, 722–732
- Conde-Sala, J.L., Turró-Garriga, O., Calvó-Perxas, L., et al. (2014). Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42, 623– 633.
- Connell, C. M. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 9(1), 26–36.
- County Health Rankings. (2022). *Health Behaviors*.
<https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model/health-factors/health-behaviors>. Erişim Tarihi: 05.04.2022.
- Çavuşoğlu, E. (2018). Ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin sağlık anksiyeteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Çetinkaya, F., ve Karadovan, A. (2021). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(2), 171-178.
- D'onofrio, G., Sancarolo, D., Addante, F., Ciccone, F., Cascavilla, L., Paris, F., et al. (2015). Caregiver Burden Characterization in Patients with Alzheimer's Disease or Vascular Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 891–899.
- De Carlo, L.T. (1997). On the Meaning and Use of Kurtosis. *Psychological Methods*, 2 (3), 292-307.

- Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 922–953.
- Dökmetaş, S.H. (2013). *Güncel Pratik Tıp El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara.
- Dregan, A., & Gulliford, M. (2013). Leisure-time physical activity over the life course and cognitive functioning in late mid-adult years: A cohort-based investigation. *Psychological Medicine*, 43(11), 2447-2458.
- Eğilli, S. C., ve Sunal, N. (2017). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Journal of Academic Research In Nursing*, 3(2), 83-91.
- El-Zeftawy, A., & Sabra, A. I. (2018). Effect of psycho-educational program about Alzheimer's disease on knowledge, healthy lifestyle, depression, and burden of Caregivers of Alzheimer's Patients. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 5(2), 266-82.
- Evans, M. E. I., Martyr, A., Collins, R., Brayne, C., & Clare, L. (2019). Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(8), 119-144.
- Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L., Bauco, C. (2008). Prevalence of stress, anxiety, and depression in with Alzheimer caregiver. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 93.
- Ferrario, S.R., Vitaliano, P.P., Zotti, M.A., Galante, E., & Fornar, R. (2003). Alzheimer's disease: Usefulness of the Family Strain Questionnaire and the Screen for Caregiver Burden in the study of caregiving-related problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1110-4.

- Fisher, G. G., Franks, M. M., Plassman, L. B., Brown, L. S., Potter, G. G., Llewellyn, D., et al. (2011). Caring for individuals with dementia and cognitive impairment, not dementia: findings from the aging, demographics, and memory study. *Journal of The American Geriatrics Society*, 59(3), 488-94.
- Friedlander, A.H., Norman, D.C., Mahler, M.E., Norman, K.M., Yagiela, J.A. (2006). Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, 137(9), 1240-51.
- Friedman, M. E., Shih, A. R., Langa, M. K., & Hurd, M., (2016). US prevalence and predictors of informal caregiving for dementia. *Health Affairs*, 34(10), 1637-1641.
- Gao, S., Hendrie, H.C., Hall, K.S., & Hui, S. (1998). The Relationships Between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55(9), 809–815.
- Gonçalves, F.C. A., & Lima, I. C. S. (2020). Alzheimer's Disease and The Challenges of Nursing Care Towards Elderly People and Their Family Caregivers. *Revista de Pesquisa*, 13, 1275–1282.
- Görken, G. (2019). Alzheimer Hastası İle Bakıcısının Eğitim Durumu, Akrabalık Derecesi ve Hanenin Gelir Düzeyi ile Hasta ve Bakıcının Nöropsikometrik Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- Groeneveld, R.A. and Meeden, G. (1984). Measuring Skewness and Kurtosis: The Statistician. *Journal of the Royal Statistical Society*, 33(4), 391-399.

- Guralnik, J. M., Fried, L. P., Salive, M. E. (1996). Disability As a Public Health Outcome in The Aging Population. *Annual Reviews Public Health*, 17, 25-46.
- Gwyther, L. P. (1998). Social Issues of the Alzheimer's Patient and Family. *The American Journal of Medicine*, 104(4), 17S- 21S.
- Hebert, L. E., Scherr, P. A., Beckett, L. A., Albert, M. S., Pilgrim, D. M., Chown, M. et al. (1995). Age-specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. *Jama*, 273(17), 1354-1359.
- Hopkins, K.D. and Weeks, D.L. (1990), Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50(4), 717-729.
- Kalaria, N.R., Maestre, G. E., Arizaga, R., Friedland, P. R., Galasko, D., Hall, K., et al. (2008). Alzheimer's Disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management and risk factors. *The Lancet Neurology*. 7(9), 812-826.
- Kalinkara, V. ve Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 10(2), 19-39.
- Karadeniz, G., Uçum, Y. E., Dedeli, Ö., ve Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 497-502.
- 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 Affairs*, 34(10),1642-1649.

- Kaya Onat, H. ve Çelik, Y. (2018). Hasta bakım yükü: Alzheimer hastalarına bakım verenler arasında bir çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 625-640.
- Kaya Uygun, Ü. (2019). Alzheimer Hastalarına Evde Bakım veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Kaya Uygun, Ü., ve Taylan, H. H. (2018). Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 71(10), 513-531.
- Kelley, J. B. ve Peterse, C. R. (2007). Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Neurological Clinics*, 25(3), 577- 609
- Keskin, M. (2021). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kaygı, Stres, Başetme Stilleri ve Yaşam Deneyimleri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kieboom, R., Snaphaan, L., Mark, R. & Bongers, I. (2020). The Trajectory of Caregiver Burden and Risk Factors in Dementia Progression: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's disease*, 77(3), 1107–1115.
- Klimova, B., Maresova, P., Valis, M., Hort, J., & Kuca, K. (2015). Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1401–1408.
- Kumar, A., Sidhu, J., Goyal, A., ve Tsao, J.W. (2018). *Alzheimer Disease*. StatPearls Publishing. Book from StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- Küçükgülü, Ö. (2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Demans Dergisi*, 3, 86-92.

- Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., & Yener, G. (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 26(1), 60–73.
- 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. *Neuropsychiatry Disease and Treatment*, 29(10), 1407-1413
- Lee, L.K., Shahar, S., Chin, A.V., Yusoff, M. A. N. (2013). Docosahexaenoic acid-concentrated fish oil supplementation in subjects with mild cognitive impairment (MCI): a 12-month randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)*, 225(3), 605–12.
- Lee, Y., Back, J.H., Kim, J., Kim, S.H., Na, D.L., Cheong, H.K., et al. (2009). Systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 174–187.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., & Banerjee, S. et al. (2017). Dementia prevention, Intervention, and Care: 2020 report of the Lancet Comission. *The Lancet Comissions*, 390(12), 2673-734.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., et al. (2020). Dementia Prevention, invention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Comissions*, 396(8), 413-446.
- Lök, N., ve Bademli, K. (2017). Pilot testing of the “first you should get stronger” program among caregivers of older adults with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*. 68, 84-89.

- Ma, M., Dorstyn, D., Ward, L., & Prentice, S. (2018). Alzheimers' disease and caregiving: a meta-analytic review comparing the mental health of primary carers to controls. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1395-1405,
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., Livingston, G. (2005). Anxiety and Depression in Family Caregivers of People with Alzheimer Disease: The LASER-AD Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Mayeux, R., ve Stern, Y. (2012). Epidemiology of Alzheimer Disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 10(4), 1-12
- Mochari-Greenberger, H., & Mosca, L. (2012). Caregiver burden and nonachievement of healthy lifestyle behaviors among family caregivers of cardiovascular disease patients. *American journal of health promotion, AJHP*, 27(2), 84–89.
- Moors, J. J. A. (1986), The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined. *The American Statistician*, 40, 283-284.
- Müftüler, G. H. (2018). İstanbul'da Yaşlılık ve Yaşlılığın Yapısal Değişimi. *Yıldız Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 58-80.
- Norton, S., Matthews, E. F., Barnes, E. D., Yaffe, K., Brayne, C. (2014). Potential for Primary Prevention of Alzheimer's disease: an Analysis of Population-based data. *The Lancet Neurology*, 13(8), 788-794.
- Orgeta, V., Mukadam, N., Sommerlad, A., & Livingston, G. (2018). The Lancet Commission on dementia prevention, Intervention, and care: A call for action. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 85-88.
- Özkan, S., ve Yılmaz, E. (2008) Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105.

- Özpak, L., Pazarbaşı, A., ve Keser, N., (2017). Alzheimer Hastalığının Genetiği ve Epigenetiği. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(1), 34-49.
- Park, j., Veenstra D., Marcum, Z. A. (2021). How Does Caregiver Burden Change as Alzheimer's Dementia (AD) Severity Advances? *Value in Health*. 24(1), 104-105.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Peters, R., Ee, N., Peters, J., Booth, A., Mudway, I., & Anstey, J. K. (2019). Air Pollution and Dementia: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(12), 145-163.
- Polat, Ü., ve Kahraman Bayrak, B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218.
- Pudelewicz, A., Talarska, D., & Baczyk, G. (2018). Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 336–341.
- Raccichini, A., Castellani, S., Civerchia, P., Fioravanti, P., & Scarpino, O., (2009). The caregiver's burden of Alzheimer patients: differences between live-in and non-live-in. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(5), 377-383.
- Reed, C., Belger, M., Dell'Agnello, G., Wimo, A., Argimon, J. M., Bruno, G., et al. (2014). Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: Differential Associations in Adult-Child and Spousal Caregivers in the GERAS Observational Study. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 4(1), 51-64.

- Reitz, C., Brayne, C., & Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer Disease. *Nature Reviews Neurology*, 7(3), 137-152.
- Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M.C., et al. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: Results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 168–174.
- Sallim, A.B., Sayampanathan, A.A., Cuttilan, A., Chun-Man, Ho, R. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *Journal of The American Medical Directors Association*, 16(12), 1034-1041.
- Schulz, R., Beach, R.S., Czaja, S.J., Martire, L.M., Monin, J.K. (2020). Family Caregiving for older adults. *Annual Review Psychology*, 4(7), 635-659.
- Schulz, R., Mendelsohn, A. B., Haley, E. W., Mahoney, D., Allen, S. R., Zhang, S., et al. (2003). End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *The New England Journal of Medicine*, 349(20), 1936-1942.
- Selekler, K. (2010). Alios Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(3), 9-14.
- Soner, S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.
- Sos-Ortiz, A.L., Acosta-Castillo, I., Prince, J.M. (2012). Epidemiology of Dementias and Alzheimer's Disease. *Archives of Medical Research*, 43(11), 600-608.
- Soyuer, F., ve Soyuer, A., (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 219-224.

Söylemez Akpınar, B. (2013). Kademeli olarak azalmış stres eşiği modeline göre yapılan girişimlerin demanslı birey ve ailesinin bakım sonuçlarına etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Susan, R., Stephen, S., Lauren, N., Paul, M., Stephen, C. & Diane, M. (2002). Impaired Awareness, Behavior Disturbance, and Caregiver Burden in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(4), 248-253.

T. C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). *10. Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu: Yaşlanma*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_Yaslanma.pdf Erişim Tarihi: 28.02.2022

T. C. Resmi Gazete. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961/10705)*. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf> Erişim Tarihi: 05.04.2022.

T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı/Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi*. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf> Erişim tarihi: 22.02.2022

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2017). *Demans Bakım Modeli Raporu*. <https://www.aile.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf> Erişim Tarihi: 24.02.2022.

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2018). *On birinci Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2019-2023): Yaşlanma*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/YaslanmaOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf> Erişim Tarihi:26.02.2022.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2016). *Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması*. http://yasam.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/259/2019/05/turkiye_aktif_ve_saglikli_yaslanma_arastirmasi-1.pdf Erişim Tarihi: 25.02.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Alzheimer ve Diğer Demans Hastalıkları Klinik Protokolü*. ISBN: 978-975-590-781-9. <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-73671/alzheimer-ve-diger-demans-hastaliklari-klinik-protokolu.html> Erişim Tarihi: 27.02.2022
- Toker Tekin, G. (2018). Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- National Institute on Aging. (2021). Alzheimer's Disease Fact Sheet | National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-fact-sheet#symptoms> Erişim Tarihi: 28.02.2022
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2020*. Sayı: 37227. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227#:~:text=%C3%96%C3%BCm%20ve%20%C3%B6l%C3%BCm%20nedeni%20istatistiklerine,oran%202019%20y%C4%B1%C4%B1nda%20da%20de%C4%9Fi%C5%9Fmedi> Erişim Tarihi: 24.02.2022.
- United Nations Development Programme. (2020). *Human Development Reports*. <http://hdr.undp.org/en/data>. Erişim Tarihi: 28.01.2022
- Uslu, A. (2018). Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Öz Etkililik-yeterlilik Düzeyleri İle Yaşam Kaliteleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Uygun Kaya, Ü., ve Taylan, H. H. (2018). Alzheimer hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü etkileyen faktörler. *The journal of academic social science studies*, 71(2), 513-531.

Viñas-Diez, V., Turró-Garriga, O., Portellano-Ortiz, C., Gascón-Bayarri, J., Reñé-Ramirez, R. (2017). Kinship and cohabitation in relation to caregiver burden in the context of Alzheimer's disease: A 24-months longitudinal study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 72–82.

Weller, J., and Budson, A. (2018). Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000 Research*. 31(7), 1161.

World Health Organization (2021). *Ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Erişim Tarihi: 27.01.2022

World Health Organization. (1948). *Constitution*. Erişim Adresi: <https://www.who.int/about/governance/constitution> Erişim Tarihi: 05.04.2022.

World Health Organization. (2017). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487> Erişim Tarihi: 21.02.2022

World Health Organization. (2020). *Global Health Estimates 2019 summary tables. The Global Health Observatory*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys> Erişim Tarihi: 24.02.2022.

World Health Organization. (2020). *Life Expectancy and Health life Expectancy*. Data by World Bank Income Group.

<https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2020LEXWBv?lang=en> Erişim Tarihi:01.02.2022.

World Health Organization. (2020). *The top 10 causes of death*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Erişim Tarihi: 24 Şubat 2022.

World Health Organization. (2021). *Dementia*. World Health Organization. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia> Erişim Tarihi:24.02.2022.

Xue, H., Zhai, J., He, R., Zhou, L., Liang, R. & Yu, H. (2018). Moderating Role of Positive aspects of Caregiving in the Relationship Between Depression in Persons with Alzheimer's Disease and caregiver Burden. *Psychiatry Research*, 261, 400-405.

Yacı, Ö. (2011). Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Yank, D. H., Kim, H. D., Lee, B. S., & Young, D. L. (2016). History of Alzheimer's Disease. *Dement Neurocogn Disord*, 15(4), 115-121.

EK 1. ANKET FORMLARI

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu anket, “Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans tez çalışmam kapsamında hazırlanmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm Sosyo-demografik Özellikler, ikinci bölüm Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği, üçüncü bölüm Bakım verenlerin yükü envanterinden oluşmaktadır. Akademik amaçla yürütülen bu çalışmada ankete verilen cevaplar gizli tutulacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmama göstermiş olduğunuz ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

BAKIM VEREN KİŞİYE YÖNELİK BİLGİLER

Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

Yaşınız:

Bakım verdiğiniz hastanız ile yakınlık dereceniz:

- Eşi ()
- Kızı ()
- Oğlu ()
- Gelini ()
- Damadı ()
- Kardeşi ()
- Diğer (Lütfen Belirtiniz)

Bakım verdiğiniz hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? Evet () Hayır ()

Medeni durumunuz: () Evli ()Bekar ()Ayrı / Boşanmış/ Vefat

Çocuğunuz var mı? Yok () Var () (Varsa kaç tane.....)

Eğitim Durumunuz: (En son mezun olduğunuz okul)

- Okur yazar değil ()
- İlkokul ()
- Ortaokul ()
- Lise ()
- Üniversite ()
- Yüksek Lisans ve üstü ()

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

Evde Bakım ücreti alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Ne kadar süredir hastanıza bakım vermekttesiniz? (Yıl, ay veya gün).....

Hastanızın sağlık giderleri için aylık ortalama kaç TL harcama yapıyorsunuz?

0 – 2000 TL () 2001 – 4000 TL () 4001 – üstü()

Siz Dahil Aynı Evde Birlikte Yaşadığınız Kişi Sayısı?

A. ALZHEİMER TANISI ALMIŞ KİŞİYE AİT ÖZELLİKLER

1.) Cinsiyeti: () Kadın () Erkek

2.) Yaşı:

3.) Medeni Durumu: () Evli () Bekar () Ayrı / Boşanmış/ Vefat

4.) Çocuğu var mı? Yok () Var () (Varsa kaç tane.....)

5.) Eğitim Durumu: (En son mezun olduğunuz okul)

Okur yazar değil ()

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Üniversite ()

Yüksek Lisans ve üstü ()

6.) İlk kez tanı aldığından bu yana geçen süre? (Lütfen yıl-ay-gün belirtiniz).....

7.) Alzheimer hastalđı dışında tanı konulmuş başka bir hastalđı var mı?

Hayır () Evet (Öyleyse Nedir?.....)

8.) Geçmişte icra ettiği mesleği nedir?

9.) Hastanızın geliri var mı? () Var () Yok

BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ

Bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz.				
Ailede bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakım verdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor.				
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, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımımıza ihtiyaç duyuyor.				
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.				
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım.				
4. Bakım verdiğim kişi birçok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkıyı tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımımıza ihtiyaç duyar.				
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
PUAN	TOPLAM



SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. **Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4** olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				

20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				

41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 2. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1681

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 15 HAZİRAN 2021 SALI
Toplantı No : 2021/12
Proje No : GO 21/688(Değerlendirme Tarihi: 15.06.2021)
Karar No : 2021/12-24

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sıdıka KAYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Öğr. Üyesi Nigar Esra Erkoç ATAÖĞLU ile birlikte çalışacakları ve Büşra Neva DUYMAZ'ın yüksek lisans tezi olan, GO 21/688 kayıt numaralı "*Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmamın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 16 Haziran 2021-16 Nisan 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	11. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)		

EK 3. ORJİNALLİK FORMU

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih:14/06/2022</p> <p>Tez Başlığı: ALZHEIMER HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM YÜKLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 116 sayfalık kısmına ilişkin, 13/06/2022 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %16'dır.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">14.06.2022</p> <p>Adı Soyadı: Büşra Neva TEKİN</p> <p>Öğrenci No: N18137520</p> <p>Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Programı: Sağlık Yönetimi</p> <p><u>DANIŞMAN ONAYI</u></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">_____ Prof. Dr. Sıdıka KAYA</p>

