

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ
TÜKENMİŞLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşegül YILMAZ DİLEKÖZ

ANKARA 2003

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleşmesindeki yardımlarından ve uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkılarından dolayı, tez danışmanım Prof. Dr. Engin Turan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkıları ve desteği ile emeği geçen Prof. Dr. Işık Sayıl'a,

Çalışmamın her aşamasında emeği ve katkısı olan, uzmanlık eğitimim sırasında bilimsel önerileri ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Cem Atbaşoğlu'na ve diğer tüm hocalarıma, uzmanlara ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Çalışmanın yürütülmesinde katkısı bulunan öğretim üyeleri sekreteri Hayriye Tutar'a, tüm Psikiyatri A.B.D. çalışanlarına, çalışmaya katılan hasta ve yakınlarına,

Çalışmamın her aşamasında yardımcı olan ve olağanüstü desteklerini benden hiç esirgemeyen eşim Vet.Hkm. Ergin Dileköz'e, kardeşim Uzm.Ecz. Erkan Yılmaz'a ve aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ayşegül Yılmaz Dileköz
Ağustos 2003

İÇİNDEKİLER

1.	GİRİŞ	1
1.1	Normal yaşlanma ve demanslar	2
1.2	Alzheimer hastalığı	7
1.2.1	Tarihçesi	7
1.2.2	Önemi	8
1.2.3	Kliniği	9
1.2.4	Risk faktörleri	14
1.2.5	Koruyucu faktörler	18
1.2.6	Alzheimer hastalığında davranışsal ve psikolojik belirtiler	18
1.2.7	Depresyon	26
1.2.8	Kişilik değişimi	31
1.2.9	Günlük yaşam aktivitelerinin değişimi	32
1.3	Tükenmişlik (Burn-out)	33
1.3.1	Stresle ilişkisi	36
1.3.2	Başa çıkma yöntemleri	37
1.3.3	Sosyal destek	40
1.4	Alzheimer hastalığında bakım verme	41
1.4.1	Bakım verenin tükenmişliğini artıran değişkenler	43
1.4.1.1	Hastayla ilgili değişkenler	43
1.4.1.2	Bakım verenle ilgili değişkenler	45
1.5	Tükenmişliğe müdahale alanları	51
1.5.1	Hastalara yönelik	51
1.5.2	Bakım verenlere yönelik	57
2.	ARAŞTIRMANIN AMACI	58
3.	YÖNTEM	59
3.1	Veri toplama araçları	60
3.2	İstatistiksel yöntemler	66
4.	BULGULAR	67
4.1	Demografik veriler	67
4.1.1	Hastalara ilişkin demografik veriler	67
4.1.2	Bakım verenlere ilişkin demografik veriler	69
4.2	Değişkenlerin tükenmişliğe etkisi	71
4.2.1	Hasta değişkenlerinin bakım verenin tükenmişliğine etkisi	71
4.2.2	Bakım veren değişkenlerinin bakım verenin tükenmişliğine etkisi	74
4.3	Bakım veren kişilerde tükenmişliğe etki eden faktörler	80
4.3.1	Hastalara ait faktörler	80
4.3.2	Bakım verenlere ait faktörler	82
4.4	Stresle başa çıkma	84
4.5	Maslach tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki	89

5. TARTIşMA 91

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 104

7. ÖZET 109

8. KAYNAKLAR 111

9. EKLER 116



1. GİRİŞ

Yaşlılık; morfolojik, fizyolojik ve patolojik (hücrel) değişikliklerin olumsuz yönde ilerleyerek çeşitli hastalıklarla birleştiği fiziksel ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1989 yılında 65 yaşı, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul etmiştir (1). Genç yaşı ifadesi 65-74, orta yaşı ifadesi 75-84 ve ileri yaşı ifadesi 85 yaş üzerindeki kişiler için yaygın olarak kullanılmaktadır (2).

Dünyamızdaki nüfus giderek yaşlanmakta ve gelişmekte olan ülkelerde yaşı nüfus hızla artmaktadır. Dünyada şu an 60 yaş üzerinde yaklaşık 580 milyon kişinin yaşadığı tahmin edilmektedir ve 1998 Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre 2025 yılında bu rakamın 900 milyon civarına ulaşacağı tahmin edilmektedir. Beklenen yaşam süresi de zaman içerisinde artmaktadır. 1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisi (life expectancy), 1975 yılında 59'a, 1995 yılında 65'e yükselmiştir; 2025 yılında bu rakamın 73 dolayında olacağı öngörülmektedir. Yirmibirinci yüzyılda yaşam süresinin daha da uzaması ve 85 yaş üzeri yaşlıların sayısındaki artışla dünya nüfusunun %20'sini yaşı nüfusun oluşturacağı öngörülmektedir. Ayrıca çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşı nüfusa oranı 1955 yılında %10.5 iken, 1995 yılında bu oran %12.3'e yükselmiştir ve 2025 yılında %17.2'ye ulaşacaktır (1).

Türkiye'de de genel nüfus içinde yaşı oranı yıllar içinde artış göstermektedir. 1990 sayımlarına göre Türkiye nüfusu 5 yılda ortalama %11 artış gösterirken, 60-65 yaş dilimindeki toplum %44 artmıştır (3). Türkiye'de 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı %6'dır. Ülkemizde beklenen yaşam süresinin giderek gelişmiş ülkelere yaklaşacağı öngörülse de, beklenen yaşam süresinden daha da önemlisi bu yıllardaki yaşam kalitesinin artıp artmayacağıdır (1).

Yaşlılıkla birlikte bireylerde santral sinir sisteminde, solunum sisteminde, endokrin sistemde, kardiyovasküler sistemde, gastrointestinal sistemde ve boşaltım sisteminde fizyolojik değişiklikler meydana gelecek ve bunun sonucunda pnömoni, kronik obstruktif akciğer hastalıkları gibi solunum sistemi hastalıkları, hipotroidi, diabetes mellitus gibi endokrin sistem hastalıkları, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları, üriner enfeksiyon ve prostat hipertrofisi gibi boşaltım sistemi hastalıkları görülebilecektir. Santral sinir sisteminde ise, nöron kaybı, beyin metabolizması ve beyin kan akımında azalma, nöronal işlevlerde değişikliklere bağlı tanıma, öğrenme ve bellek işlevlerinde azalmaya sebep olacaktır. Yaşlılarda olan bu fizyolojik değişikliklere bağlı tablonun demans tablosundan ayırtilmesi gerekir (4).

1.1 NORMAL YAŞLANMA VE DEMANSLAR

Demansın, normal yaşlanmayla birlikte görülen kognitif ve psikolojik değişikliklerden ayırt edilmesi gerekir. Normal yaşlanma belirtileri 65 yaşından sonra başlar ve 80'li yaşlarda tam olarak belirginleşir. Fizyolojik bazı değişikliklerle birlikte bu kişilerde zaman içinde görme ve işitme duyusu ile ilgili doğal değişiklikler gelişir. Bu duyular ile ilgili problemler kişilerde demans benzeri bulgular oluşturduğu gibi, diğer fiziksel becerilerin de kullanımını kısıtlar ve ileri vakalarda gelişen duysal deprivasyonlar hallüsinasyon benzeri tabloların oluşmasına yol açar. Örneğin, EEG'de alfa ritminde belirgin yavaşlama görülür. Yaşlı kişilerdeki alfa ritmi, normal olan 8-12 Hz'lik alfa ritminden genelde daha yavaştır. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) normal olabilir, ama serebral korteksde atrofi, silvian fissürlerde genişleme ve 3. ve lateral ventriküllerde genişleme sık görülen bulgulardandır. İlerleyen yaşla birlikte leptomeninksler opak ve fibrotik hale geçer ve beyin yüzeyine yapışır. Beyin ile dura arasındaki mesafe artar. Sulkuslar genişler ve giruslar daralır. En belirgin olarak silvian fissürler genişler. Ventriküller hafif ile orta derecede genişleme gösterir. 4. ve 5. dekattan sonra beyin ağırlığında azalma başlar ve 8. dekattan sonra bu azalma çok hızlı ve belirgin hale geçer. Mc Menemey 20 yaşındaki erkekte beyin ortalama 1399 gr, 5. dekatta 1360 gr, 6. dekatta 1337 gr, 7. dekatta 1306 gr, 8. dekatta 1265 gr ve 80 yaşından sonra 1170 gr olduğunu bildirmiştir (5).

Çalışmalar, yaşlanınca kişilerin yaşanan yeni olaylarla birlikte isimleri hatırlamakta zorluk çektiğini ortaya koymuştur. Çoğu kez hatırlatma veya ipuçları hatıraların geri gelmesini sağlayabilir (demanstan farkı). Ayrıca dikkatleri ve kompleks işleri yapmaktaki performansları azalır ve öğrenme hızları yavaşlar. Bununla birlikte bu bireylerde öğrenme bozukluğu bariz iken, öğrenilen bilgilerin saklanması normal olduğunu bildiren yayınlar vardır. Bu değişiklikler kişinin sosyal aktivitesini, entellektüel iş ve toplumsal ilişkilerini engelleyecek seviyede değilse anormal değildir. Bununla birlikte normal yaşlı kişilerde oryantasyon, kelime hazinesi, lisan yeteneği, genel bilgi hazinesi, konuşma ve anlama ile ilgili belirgin problemler mevcut değildir (6).

Demans ise, farklı nedenlerden beyinde belli bir süreç içinde gelişen ve ilerleyerek devam eden etkilenmeler sonucu yüksek serebral fonksiyon ve davranışların birlikte ve çok yönlü bozukluklarının yarattığı klinik tablodur. Mental işlevlerde, bellek ve edinilmiş entellektüel becerilerde ilerleyici bir çözülme demektir. Zihinsel kayıplar hastanın sosyal ve mesleki fonksiyonlarını bozacak kadar ilerler. Demanstaki kognitif fonksiyon bozuklukları çok yönlüdür. Hastanın çaba gösterdiği halde çevresinde olanları farkedememesi ile karakterize dikkatte ve

çevreden gelen uyaranların algılanmasında genel bir azalmanın olduğu, bunlara bağlı olarak uyaranlara uygun tepki gösterememenin eşlik ettiği tablo hakimdir. Bellek bozukluğundan daha çok çevrenin şikayetçi olması, hastanın da umursamaz görünmesi demans lehinedir. Yaşlılıktaki bellek bozukluklarından, bellek dışındaki diğer kognitif (lisan, algılama, yapılandırma, düşünce ve kişilik bozuklukları gibi) ve nonkognitif fonksiyonların ve günlük yaşam aktivitelerinin de ileri azalması ile ayırte edilir (6).

Son yıllarda yazarların ilgisini çeken bir başka konu ise “hafif kognitif bozukluk”tur (MCI). Kavram, gönülsüzce normal olarak tanı alabilecek ve henüz “demans” olarak nitelendirmek için yeteri kadar ağır olmayan hastaların tanınması ve sınıflandırılması amacı ile tasarlanmıştır. Bu bozukluğun giderek daha popüler olmasının sebeplerinden biri, Alzheimer hastalığı’na (AH) progresyonu olduğu düşünölen bu tabloya erken müdahale ile seyrin değıştirilebileceğı umudu iken, bir kısım araştırmacı bu gayretin ilaç firmalarının zorlamasından kaynaklandığını düşünmekte ve bunun pazarda pay kapma kaygısından ileri bir yararı olmadığına inanmaktadır. Bununla birlikte eğer erken müdahale AH’na progresyonu azaltacaksa bu dikkate alınması gereken bir durumdur. Klinik kökenli hafif kognitif bozukluk çalışmalarının bir çoğunda bu tanının kriterlerini karşılayanların 3 yıllık izlem içinde yıllık %15’lik dönüşüm hızı ile yaklaşık %44’ü AH’na dönüşmektedir. Tartışmalı olan ise tüm hafif kognitif bozukluğu olan hastaların AH’na dönüşüp dönüşmeyeceğidir. Yapılan bir çalışmada 90 hafif kognitif bozukluğu olan hastalar incelenmiş ve 10 yıl sonra bile %25’i ilerleme göstermemiştir. Hatta tedavi almayan hastaların da bir kısmının geri döndüğü bildirilmiştir. Ritchie ve ark. 8 yıllık izlemde, böyle bir grubun sadece %22’sinin dejeneratif demansa gittiğini saptamıştır. Daly ve Ritchie’nin çalışmalarının ikisi de bu hastaların bir kısmının izlemlerde normale döndüklerini bildiren çalışmalardır. Tersine , St. Louis’deki Washington Üniversitesi referans kliniğinden Morris ve arkadaşları, yeterli süre içinde bu kategorideki çoğu veye tüm hastaların özellikle AH olmak üzere demansa dönüşeceğini iddia etmektedirler (6,7).

Hafif kognitif bozukluğu olanların yaşla ilgili unutkanlığı olanlara göre kognitif fonksiyon testleri daha beceriksizdir. Özellikle bellek ve öğrenmeye ilişkin testlerde düşük puan alırlar. Görüntöleme metodları ile demans sınırlarında olmayan hipokampal atrofi veya beyin perfüzyon incelemeleri ile medial temporal bölgelerde hafif perfüzyon bozukluğu, otopsi incelemelerinde AH’na bağlı değışikliklere kadar varabilen patolojik bulgular, beyinde anormal amiloid protein birikimi görölebilir. Aşağıdaki tanım son yıllarda MCI için kabul gören tanımdır (6).

Hafif kognitif bozukluk (MCI): Yaş ve eğitim durumuna göre tespit edilebilir bellek bozukluğu vardır. Genel kognitif fonksiyonlarda bozukluk yoktur. Günlük yaşam aktiviteleri normaldir ve demans mevcut değildir. Yaşlanma ile ilgili kognitif etkilenme ve demans arasında çok belirgin olmayan bir sendromdur. Predemans bulgular ya da demans öncesi dönem olarak değerlendirilmektedir (6).

Demans ise, santral sinir sisteminin multifaktöriyel nedenlerle (primer ve sekonder) etkilenmesi sonucu, birden fazla kognitif fonksiyon bozukluğu ile birlikte nonkognitif (kişilik ve davranışlarda) değişikliğin olduğu ve bunlara bağlı günlük yaşam aktivitesinin bozulduğu çoğu kez ilerleyici bir klinik tablodur (6).

Dementia = Demans: Akıldan yoksun olma manasında bir kelimedir. Bu kelimeyi ilk kez MS. 1. yüzyılda Celsus kullanmıştır. 1850 yılında Morel “demence precoce” tanımını kullanmış, Kraepelin 1883’te demansı şizofrenik durumlar için tariflemiştir. XVIII. yüzyıl sonlarına kadar “delilik” anlamında kullanılan bu terim daha sonra XIX. yüzyıl sonlarına kadar “kronik beyin hastalığı nedeni ile geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. Yani demans XX. yüzyıl başlarına kadar bir akıl hastalığı tanımının karşılığı olarak kullanılmış ve 1906’da Alzheimer ve 1908’de Pick’in otopsi raporlarından sonra demans tanımı, organik bir beyin hastalığının varlığı ile birlikte bir beyin sendromu olarak halen günümüzde de aynı anlamda yaklaşık 100 yıldan beri kullanılmaktadır (6).

Farklı nedenlerle beyinde belirli bir sürede gelişen ve ilerleyerek devam eden etkilenmeler sonucu yüksek serebral fonksiyonların çok yönlü bozukluklarının yarattığı klinik tablodur (6).

Demans, entellektüel fonksiyonlardaki deteriorasyon ya da kayıptır. Entellektüel fonksiyonlar tek basit bir fonksiyon değil, integre mozayik tarzında birbiri içine geçmiş özellikleri içerir. Bunlar ezberleme, yeni materyal öğrenme, problem çözme, sözel kapasite, aritmetik beceri ve görsel-uzaysal ilişkilerin bileşimidir (5). Karakteristik olan klinik özelliği ise bellek kaybı, apraksi, agnozi, afazi ve yürütücü işlevlerde bozukluk gibi çok sayıda kognitif kaybın bir arada bulunmasıdır. Bu yeti kayıpları oldukça şiddetlidir ve fonksiyonel bir kayba yol açabilecek kadar kalıcı bir özellik göstermektedir (8). Akut veya subakut başlayabilir, gidişi statik, rekürrens veya epizodik olabilir. 45 yaştan önce demans tanısı pek konmaz, 45-65 yaş arasında da nadir olduğu belirtilmektedir. 65 yaştan sonra %10-15 orta veya ağır şiddette görülebildiği bildirilmektedir. ABD’nin 65 yaş üzeri nüfusunda %5 oranında şiddetli, %15 oranında hafif derecede demans

bulunduğu, 80 yaş ve üzerinde bu oranın şiddetli demans açısından %20'lere ulaştığı bildirilmiştir (6).

Demansı oluşturan hastalıklara bakıldığında %50 kadarını Alzheimer ve Pick hastalığı gibi primer dejeneratif beyin hastalıklarının oluşturduğu grlmektedir. Hastada demans tanısından şüphelenildiğinde öncelik, bir demans durumunun var olup olmadığını belirlemek ve daha sonra da buna uygun olarak doğru şekilde ayırıcı tanıyı yapabilmektir (6).

Demanslar dejeneratif, vasküler, travmatik, demiyelinizan, neoplastik, infeksiyöz, inflammatuar, hidrocefalik, sistemik ve toksik nedenler dahil çok çeşitli etyolojiler sonucu ortaya çıkar. En kolay ve kısa sınıflama ise kabaca dejeneratif ve nondejeneratif olarak ikiye ayırmaktır. Önceleri gündemde olan kortikal ve subkortikal şeklindeki sınıflama ise son zamanlarda popülaritesini kaybetmektedir (2,6).

Etyoloji ve Lokalizasyonlarına göre sınıflandırma

Dejeneratif demanslar

Nondejeneratif demanslar

Kortikal demanslar

Alzheimer hastalığı

Multiple kortikal enfarktılar

Subkortikal demanslar

Parkinson hastalığı

Progresif supranükleer palsi

Spinocerebellar dejenerasyon

Wilson hastalığı

Huntington hastalığı

Nroakantozis

Hallervorden-Spatz

Vasküler demanslar

Biswanger hastalığı

Laküner durumlar

Enfeksiyonlar

HIV demansı

Nrosifilis

Demiyeline hastalıklar

Multiple Skleroz

Diğer

Semptomatik hidrocefali

Miks demanslar (kortikal/subkortikal)

Frontotemporal demans
Lewy body demans
Lökodistrofiler
Metakromatik lökodistrofiler
Adrenolökodistrofiler

Subaraknoid kanama
Endokrinopatiler
Kronik alkol ve ilaç kul.
Vaskülitler
Post-travmatik ensefalopatiler

Değişik nedenlerle

Prion hastalıkları (6)

Başka kaynaklarda demans aşağıdaki şekilde sınıflanabilmektedir.

Geri döndürülebilir:

Sık karşılaşılan nedenleri; depresyon, konfuzyon, ilaç toksisitesi

Diğer nedenler; normal basınçlı hidrosefali, neoplazmlar, metabolik hastalıklar, travmalar, enfeksiyonlar

Geri döndürülemeyen:

Sık karşılaşılan nedenleri; Alzheimer hastalığı, vasküler demans

Diğer nedenler; Lewy body demans, Pick Hastalığı (frontal lob tipi demans), demans ile seyreden parkinson hastalığı (8).

Aşağıdaki sınıflama ise ikincil demanslar için kolay ve pratik bir sınıflamadır (9);

D	İlaçlar
E	Duygusal (depresyon)
M	Metabolik (Na, K, diğer elektrolitler)
E	Endokrin (troid, hipofiz,...)
N	Beslenmeyle ilgili (B12 vit, folat), normal basınçlı hidrosefali
T	Tümör, travma, toksin
I	Enfeksiyon (AİDS, sifilis)
A	Damarsal (vasküler)

Demans hastalarının yaklaşık % 40-50'sini AH'nın oluşturduğu bilinmektedir. AH, kesin tanısı biyopsi ile konulabilen ve ancak diğer demans nedenleri ekarte edildikten sonra klinikte tanılabilen bir hastalıktır (6). Bundan sonraki bölümlerde AH ve hastalığın hasta ve bakım vereni nasıl etkilediği konusuna kapsamlı bir şekilde değinilecektir.

1.2 ALZHEİMER HASTALIĞI

1.2.1 Tarihçesi;

Alzheimer hastalığı ilk olarak 1907 yılında Dr. Alois Alzheimer adında bir psikiyatrist tarafından tanımlanmıştır. Onun, bu yeni hastalığın semptomları üzerinde durduğu ilk hastası 51 yaşlarında bir kadın hasta idi (Auguste D). Paranoid sanrılar, cinsel taciz delüzyonları, hallüsinasyonlar, çılgılık atma semptomları ile beraber bellek bozukluğu bulunan bu kadın hasta, hastalık ilerledikçe sıradan nesnelerin adlarını okuyamaz, yazamaz ve anımsayamaz hale gelmiş ve 4.5 yıl süren zihinsel ve fiziksel çöküş sonunda ölmüştür. Otopsisinde korteks sinir hücrelerinde amiloid plakların depolandığı ve nörofibriller yumakların hücre içerisinde toplandığı tespit edilmiştir. Bu yumaklar ve plaklar yeni hastalığın tanıtıcı işaretleriydi (9).

1907 yılından 1960'lara gelinceye kadar Alzheimer hastalığı, 65 yaşın altındaki insanlarda az rastlanan "presenil" bir bunama türü sayılıyordu. 65 yaşın üstündeki hastalar için ise "senil" terimi kullanılıyordu. 1960'ların ortalarından sonuna kadar yaptıkları çalışmalarla pek çok İngiliz ve Amerikan bilim adamı, 60 yıl önce Dr. Alzheimer tarafından "ilerleyen presenil bunama" hastası olan insanların beyinlerinde varlığı saptanmış özgül nöropatolojik değişikliklerin ölen birçok yaşlının beyinlerinde de bulunduğuna ilişkin ürktücü buluşlar ortaya koymuşlardır. Ölüm sonrası incelemelerden bu yumakların ve plakların sayısının öledeki bunamanın boyutları ile doğru orantılı olduğu da anlaşılmıştır. Bu buluşlar, Alzheimer hastalığının tanımını, bunamaya yol açabilen başkaca hiçbir bedensel veya psikolojik neden bulunmaması halinde karakteristik bir seyir izleyerek ilerleyen bunama durumlarını ve ölüm sonrasında yapılan mikroskop incelemeleri sonucunda beyinlerinde Alzheimer hastalığının tanıtıcı belirtileri olan yumaklarla, plakların varlığı saptanan hastaların hepsini içermek üzere köklü biçimde değiştirmiştir. Daha önce "senil" denilen ve nonspesifik bir bunama geçirmekte olduğu düşünülen hastaların çoğunun aslında Alzheimer hastalığı denilen bir bozukluğa uğramış oldukları artık açıkça belli olmuştur. Hatta 1932 yılında "Ailevi Alzheimer" tanımlamasının yapılması, durumu daha da tedirgin edici kılmıştır. Bundan dolayı 1970'lerin başından itibaren Alzheimer hastalığı giderek artan araştırma ve incelemelerin odağı haline gelmiştir (9).

1.2.2 Önemi;

AH'nın 20. yüzyılın sonlarında popüler hastalıklardan biri haline gelmesinin başlıca nedenleri şöyle sıralanabilir. Yaşlı nüfusun özellikle yaşlı-yaşlılar denilen kesimin giderek çoğalması, yaş ilerledikçe AH olaylarının artacağı kesin oluşu, gelecek yıllarda bu hastalığın önemli tıbbi, sosyal, parasal ve halk sağlığı ile ilgili sonuçlar doğurma olasılığı, tıp biliminin beyin işlevleri ve hastalıklarına ilişkin sonuçlar doğurma olasılığı, bulunan hızlı ilerlemelerin kaydedilen yeni bir alanın parçası olduğu olgusu, Alzheimer derneklerinin çabalarıyla etkin sesini işittiren bir tanıtma ve destekleme ağının kurulmuş olmasıdır (9).

Peki bütün bunlar aslında hastalığa olan dikkatleri hastalığın üzerine çekmekte ise bunda kötü olan ne olabilir? Sıradan insanlar, doktorlar ve ruh sağlığı alanında çalışanlar, karşılaştıkları hastalarda tüm bellek bozulmalarının AH'dan ileri geldiğini sanabilirler. Bu yüzden normal yaşlanmayı ve AH'dan daha başka hastalıkların yanı sıra meydana gelebilecek bellek değişikliklerini yeterince değerlendiremeyebilirler. Oysa bellek bozukluklarının eşlik ettiği bir çok bedensel ya da psikiyatrik sorunun tanısı konulup tedavisi yapılabilir. Üstelik bu tedavi seçeneklerinin zaman zaman çok kolay ve maliyetinin AH'nın tedavisine oranla çok düşük olduğu bilinmektedir (örn. Vit B12 eksikliğini yerine koymak) (9). Bu sebeple AH'na olan ilginin suni bir şekilde artmaması için doktorlara, ruh sağlığı alanında çalışanlara, kurumlara ve topluma etkin bir bilgilendirmenin yapılması önerilmektedir.

AH tanısının geçmiş yıllara göre daha fazla konuyor olması aynı zamanda hastalığın topluma ve aileye maliyetini de artırmaktadır (10).

AH'nın topluma maliyeti konusunda retrospektif olduğu kadar prospektif çalışmalar da vardır. Hastaneye başvuruları, ilaç kullanımı, gündüz bakım evlerinin kullanımı gibi direkt etkiler ve üretkenlik yılında azalma gibi indirekt etkiler çalışmalarda değerlendirmeye alınmaktadır. Retrospektif çalışmalar daha az zamanda ve daha az maliyetle yapılabilirken, bu çalışmalarda AH'larının yakınlarından doğrudan bilgi alma şansı azaldığından, maliyeti, çalışmayı yürütecek ekip üyelerinin sayısı fazla olmakla birlikte prospektif çalışmalar tercih edilmektedir (10).

Çalışmanın ne kadarlık bir zamanı kapsadığı da önemlidir. Ne kadar uzun bir zaman çalışmaya dahil edilirse sonuçlar o denli stabil ve genellenebilir olur. Örneğin 1 aylık bir periyod boyunca takip edilen bir AH'sının 1 hafta süresince hastanede yatması yanlış olarak harcamaları

olduğundan yüksek gösterecektir. Halbuki 12 ay takip edilen hastada bu sorun yaşanmayacaktır. Rice ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 12 ay boyunca hastanın devlete ve aileye olan toplam maliyetinin yaklaşık 47000 dolar olduğu söylenirken, Leon ve ark. tarafından 1 ay boyunca takipte bu rakamın 27700 dolar civarında olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar yukarıdaki görüşü desteklemektedir (10).

İleriki konularda değinilecek olmakla birlikte; hastalığın topluma maliyeti konusunda ele alınan diğer iki konu da bakımevleri ve ilaçların aileye ve topluma getirdiği yüküdür. Yapılan çalışmalarda evde bakım yerine gündüz bakım evlerinin tercih edilmesi halinde hastalığın aile ve toplum için daha ekonomik olacağı bildirilmiştir. İlaç çalışmalarında ise örneğin tacrine ve rivastigmin gibi asetilkolinesteraz inhibitörlerinin kullanıldığı hastaların tedavilerinin maliyetli olmakla birlikte, hastane ve merkezleri kullanma sayılarını azaltacağı için ileri dönemde daha ekonomik olduğunu söyleyen çalışmalar vardır (10).

Çalışmalar son zamanlarda kontrol grubu ile ve aynı yaştaki diğer yaşlı popülasyonun hastalığı olmayan ve diğer dahili hastalıkları olan bireyleri ile karşılaştırmalı yapılmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise buna benzer çalışmalar halen yoktur (10).

AH’nın toplum ve aile için önemine kısaca değinildikten sonra hastalık, hastalığın seyri, risk faktörleri, semptom kümeleri ve bakım verene getirdiği yükler kapsamında hastalık gözden geçirilecektir.

1.2.3 Kliniği;

Alzheimer hastalığı, serebral hemisfer sinir hücrelerinde progresif dejeneratif değişikliklerle karakterize, entellektüel alanda ve kişilikte ilerleyici global bozukluklar gösteren bir semptomlar topluluğudur. Kortikal demansların en sık görüleni ve en sık bilinenidir. Son araştırmalar Alzheimer tipi demansın tüm demans vakalarının %45-50’sini teşkil ettiğini söyler (11).

Alzheimer hastalığı erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olmak üzere 2’ye ayrılır. Erken başlangıçlı Alzheimer tipi demansta başlangıç yaşı genellikle 40-60 yaşları arasındadır. Kadınlar erkeklere oranla 2-3 misli daha fazla hastalığa yakalanırlar. Erken başlangıçlı olanda genetik üzerinde daha fazla durulmaktadır. Nörolojik bulgular daha fazladır. Geç başlangıçlı olanda ise başlangıç yaşı 65 yaş ve üstüdür (12).

AH'da, hastalığın başlangıç zamanı kesin olarak belirlenemez. Hastanın kendisi ve yakınları hastalığın kesin olarak ne zaman başladığı hakkında bilgi veremeyebilirler. Hastaların ilk evresinde hastalarda hafif düzeyde unutkanlık vardır ve kişiler çoğunlukla bellek bozukluğundan yakınır. Hastalar yeni tanıştıkları kişilerin isimlerini, bazen telefon numaralarını unuturlar. Kaygılı bir görünüm verebilirler, fakat klinik görüşme sırasında bellek bozukluğuna ilişkin veriler saptanmadığı gibi herhangi bir sosyal veya mesleki sorunları da bulunmaz. Bellek sorunları ilerleyici nitelikte olmayan yaşlı hastalardaki bu tür yakınmaları tanımlamak için sıklıkla “yaşlılığın benign unutkanlığı” veya “yaşa bağlı bellek bozukluğu” terimleri kullanılır. Bellek bozukluğunun biraz daha ilerlemesi sonucu sosyal ilişkilerde ve mesleki becerilerde azalma ortaya çıkar. Hastalar konsantrasyon güçlüğünden yakınır. Kelimeleri ve isimleri bulmakta güçlük çekerler. AH'da hem yakın bellek bozukluğu, hem de uzak bellek bozukluğu bulunur. İlk evrelerde yeni olayları ve bilgileri anımsama bozulur. Oysa çok eski olayların oldukça iyi anımsandığı gözlenir. Ribot yasasına göre, hastalığın gidişi sırasında öncelikle yakın bellek, daha sonra ise uzak bellek yıkıma uğrar. Başka bir deyişle öncelikle en son öğrenilenler anımsanamaz, en son olarak da ilk öğrenilenler unutulur. İlk dönemlerde hastalar bellek bozukluğunun farkında oldukları için çoğu zaman bu tür bir yeti yitimine anksiyete ve/veya depresyon semptomları ile tepki gösterirler. Hatta bu evrelerde intihar riskinin yüksek olduğunu bildiren yayınlar vardır. Kognitif fonksiyondaki kaybın doktor ve aile tarafından bu evrede tanınmasının avantajları; hastaya ve aileye prognoz ve hastalığın seyri ile ilgili bilgi verebilmek, hastanın ve ailenin hastalıkla ilgili yaşadıkları hayal kırıklığına müdahale edebilmek, rehabilitasyon, sosyal ve finansal kaynakları harekete geçirmek ve belki erken müdahale ile hastalığın seyrini değiştirmektir (12).

Kısa bir süre sonra hastalar kendilerindeki bellek bozukluğunu inkar etmeye başlarlar. Bu evrede karmaşık mesleki işlevlerin yerine getirilmesinde bozukluklar ortaya çıkabilir. Ancak bu bozukluklar çoğunlukla belirgin değildir. Daha sonraki evrelerde ise bellekteki yıkım belirginleşir. Hasta artık destek olmaksızın yaşamını tek başına idare edemeyecek duruma gelir. Günlük yaşamdaki önemli olayları, yakın arkadaşlarının hatta aile üyelerinin isimlerini bile unutulur. Bu evrede sanrılar ve kişilik değişiklikleri ortaya çıkar. Hastalar saldırgan olabilir ve çevresindekilere zarar verebilirler. Hastalık bazen davranışlardaki inhibisyonun ortadan kalkmasına yol açabilir. Böyle bir durumda kişi uygunsuz şakalar yapabilir, hiç tanımadığı kişilere uygunsuz samimiyet gösterebilir, sosyal kurallara hiç aldırış etmeyebilir (12).

Son evrede hastalar tüm kapasitelerini yitirmiş olup ağır bir yıkım söz konusudur. Kişinin artık zamana ve çevresindeki kişilere yönelimi bozulmuştur. Eşlerini tanımazlar, kendi isimlerini

bile unutmuşlardır. Tüm sözel yetenekler, motor beceriler kaybolmuştur. Kendi başlarına yıkanamadıkları gibi, yemek yeme, tuvalet gibi ihtiyaçlarını da destek almadan yapamazlar. Ardından idrar ve dışkı kaçırmaya başlarlar. Bu evrede yüksek kortikal işlev bozuklukları da çok belirgin hale gelir. Hasta bazı eşyaları adlandıramayabilirler (nominal amnestik afazi), konuşmaları anlaşılamayabilir, hiç konuşmayabilirler (mutizm) veya işittiklerini aynen tekrar edebilirler (ekolali). Bu hastalarda motor beceriler ve duysal işlevlerde hiçbir bozukluk bulunmamasına rağmen motor aktiviteleri (yemek pişirme, elbise giyme ve bir şeyler yapıp çizme gibi) becerebilme yeteneği bozulmuştur (apraksi) (12).

Gelişen bir başka yüksek kortikal işlev bozukluğu da agnozi'dir. Duyusal işlev sağlam olmasına karşın kişinin objeleri tanıma veya ayırt etmesindeki yetersizlik agnozi olarak bilinir. Örneğin kişinin görme keskinliği tamamen normaldir, ancak sandalye veya kalem gibi eşyaları tanıyamaz. En sonunda kendi aile üyelerini, hatta aynadaki hayalini bile tanıyamayabilir. Benzer şekilde dokunma duyusu normal olduğu halde avucuna yerleştirilen objeleri tanımlayamaz (12).

Hastalığın gidişi sırasında yönetsel işlevlerde (soyut düşünme becerisi ve tasarlama, tasarımları başlatma, ardışıklığı belirleme, izleme ve karmaşık davranışları durdurma) de bozulmalar olur. Soyut düşünme bozukluğu, kişinin yeni görevlerle başa çıkma zorluğunun olması, yeni ve karmaşık bilgiyi kullanmayı gerektiren durumlardan kaçınması ile kendini gösterebilir. Ancak bunun tersi de mümkündür. Yeteneklerini gerçekçi bir şekilde değerlendiremeyen, kendilerindeki bellek bozukluğu ve klinik gidiş ile hiç de uyuşmayan planlar (yeni bir işe girmek gibi) yapan hastalar vardır (12).

En son dönemde hasta ileri derecede kilo kaybetmiş olup oldukça bitkin ve düşkündür. Yatalak hale gelebilir. Diğer taraftan idrar ve dışkı kaçırmaya nedeni ile hastanın gluteal bölgedeki derisi kolayca örselenir hale gelir ve ardından dekübit yaraları açılabilir. Kişide sürekli yatmaya bağlı olarak akciğer, mesane ve idrar yolu infeksiyonları gelişimi kolaylaşır. Hastalarda açlık dürtüsü halen bulunduğu için kendilerine iyi bakım sağlanamayan kişiler dışkılarını yiyebilir veya duvarlara ya da diğer eşyalara sürebilirler. Hastalığın vardığı bu son nokta Gatizm olarak bilinir. Hastalar çoğunlukla araya giren infeksiyonlarla kaybedilirler. AH'da yaşam süresi 2-20 yıl arasında değişmektedir (12).

Aşağıdaki tablo AH'nın kliniğinde görülen semptomların hastalığın hangi evresinde görüldüğünü özetlemektedir (evrelendirme için Mini Mental durum değerlendirme testi (MMSE) kullanılmıştır) (8).

AH'nın hafif evresi (MMSE $\geq$ 21-24)

Bozukluk		
<u>Kognitif yetiler</u>	<u>Fonksiyon</u>	<u>Davranışlar</u>
Hatırlama/öğrenme	İş	Apati
Sözcük bulma	Para / alış-veriş	İçe kapanma
Problem çözme	Yemek pişirme	Depresyon
Yargılama	Ev işleri	İrritabilite
Hesaplama	Okuma yazma	
	Hobiler	

AH'nın orta evresi (MMSE = 10-20)

Bozukluk		
<u>Kognitif yetiler</u>	<u>Fonksiyon</u>	<u>Davranışlar</u>
Yakın bellekte azalma	Günlük yaşam akt.	Delüzyonlar
Dil	Nesneleri yanlış yerlere koyma	Depresyon
İçgörü	Kaybolma	Yerinde duramama
Oryantasyon	Giyinme güçlüğü (sıralama, seçme)	Uykusuzluk
Vizyo-spatial yetiler		Ajitasyon

AH'nın ağır evresi (MMSE < 10)

Bozukluk		
<u>Kognitif yetiler</u>	<u>Fonksiyon</u>	<u>Davranışlar</u>
Dikkat	Giyinme, özbakım	Ajitasyon
Apraksi	Yıkanma, yemek yeme	(verbal, fiziksel)
Dil, mutizm	İdrar, dışkı kontrolü	
	Yürüme	Uykusuzluk

AH'nın tanısına, diğer demans nedenleri klinik, anamnez, laboratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile ekarte edildikten sonra aile hikayesi, nörolojik muayene, psikolojik, fizyolojik, nöroradyolojik incelemeler birleştirilerek yaklaşılmaya çalışılır. Mini Mental durum değerlendirme testi (MMSE) ve Blessed Demans Skalası (BDS) hastaların mental durumlarının taranmasında kullanılan ve kullanım kolaylıkları sebebi ile en sık başvuru testlerdir. Son yıllarda Alzheimer hastalığı tanısı koymak için en sık olarak 1984'te oluşturulan NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) kriterleri kullanılmaktadır. Söz konusu kriterler kullanıldığında tanı otopsi bulguları ile %80-90 oranında uyumlu olmaktadır. Genel olarak psikiyatri kliniklerinde kullanılan bir başka araç ise DSM IV kriterleridir (11).

Alzheimer Tipi Demans İçin Tanı Ölçütleri (DSM IV)

A. Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif defisit gelişmesi

- (1) Bellek bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma)
- (2) Aşağıdaki kognitif bozukluklardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması:
 - (a) Afazi (dil bozukluğu)
 - (b) Apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirme yetisinde bozulma)
 - (c) Agnozi (duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesneleri tanıyamama ya da tanımlayamama)
 - (d) Yönetmel işlevlerde bozukluk (yani, tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)

B. A1 ve A2 tanı ölçütlerinde sözü edilen kognitif bozuklukların her biri toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olur ve önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir düşme olur.

C. Aşama aşama başlar ve sürekli kognitif bir düşme görülür.

D. A1 ve A2 tanı ölçütlerinde sözü edilen kognitif bozukluklar aşağıdakilerden herhangi birine bağlı değildir.:

- (1) Bellekte ve bilişte ilerleyici bozukluklara neden olan merkezi sinir sistemini ilgilendiren diğer durumlar (örn. serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)
- (2) Demansa neden olduğu bilinen sistemik durumlar (örn. hipotroidizm, vit B12 ya da folik asit eksikliği, niyasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifiliz, HIV enfeksiyonu)
- (3) Madde kullanımının yol açtığı durumlar

E. Bu bozukluklar sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

F. Bu bozukluk başka bir eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (örn. majör depresif bozukluk, şizofreni) (13)

1.2.4 Risk faktörleri;

Yaş; Yaş, Alzheimer hastalığında en önemli risk faktörüdür. AH, 45 yaş ve altında başlayabilirse de genellikle başlangıç yaşı 60-65 yaş olup, bu oran 80-90 yaşlarına kadar arttıktan sonra stabilleşir (14).

Kolinerjik hipotez ; Beyindeki önemli transmitterlerden biri olan asetilkolin, beyindeki yaşamsal bileşikler içinde AH'daki rolü bakımından en çok incelenmiş nörotransmitterdir. Kolinerjik sistem bellek ve öğrenme işlevlerinde önemli rol oynamaktadır. Nitekim merkezi kolinerjik sistem lezyonları bellek ve öğrenme işlevlerinde bozulmaya neden olduğu gibi antikolinerjik ilaçlar da insanlarda bilişsel işlevlerde bozukluk oluşturmaktadır. Postmortem incelemeler Meynert'in bazal nukleusu ve septumda kolinerjik hücre yitiminin yanı sıra kolinasetiltransferaz ve asetilkolinesteraz konsantrasyonlarının azaldığını göstermektedir. Hatta "asetilkolin aktivitesi ne kadar azalmış ise hastalık o denli şiddetlidir" diyen araştırmacılar vardır. Beynin normalde, asetikoline zengin olan ve bu transmitterin üretildiği hipokampus gibi belli bir takım alanları, bu hastalarda öteki beyin bölgelerinde görülmeyen biçimde hasara uğramış durumdadır. 1980'li yıllardan beri AH'nın patogeneğinde hipokampus atrofisinin rol aldığı düşünülmektedir (9,12).

Genetik faktörler: AH'larının aile bireylerinde ne sıklıkta aynı hastalığı geliştirme olasılığının olduğu sıkça sorulan bir sorudur. Genelde hastalık ne kadar genç yaşta başlar ve şiddetli olursa, olasılığın o kadar yüksek olduğu kabul edilir. Heston, hastalık 70 yaşından sonra ortaya çıkıyorsa, soyundaki riskin normal popülasyona göre farklı olmadığını, fakat 70 yaşından önce başlıyorsa çocuklarındaki riskin %50'ye yaklaştığını bildirmiştir. Fakat Heyman ve ark. soydaki hasta yaşı ile ebeveyn ve çocuklar arasındaki insidans arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır (14).

Genel popülasyonla karşılaştırıldığında Alzheimerlı hastaların akrabalarında Down sendromu, lenfoma ve immun hastalıklara yatkınlığın daha fazla olduğu gözlenmektedir. Alzheimer hastalığının genetik kökenini en güçlü destekleyen veriler Down sendromlu hastalar üzerindeki araştırmalardan gelmektedir. Down sendromlu hastalar 35-40 yaşlarına kadar yaşayacak olurlarsa, bu kişilerin beyinlerinde AH ile uyumlu değişiklikler gelişmektedir (12).

Genetikçilerin verileri yorumlamaları da farklıdır. Bazıları yaşa bağlı penetransı olan ve 90 yaşında %40 penetransa erişen predispoze edici otozomal dominant bir genin varlığını öne sürmüşlerdir. Heyman ve ark. familyal paternin en iyi tipik otozomal dominant kalıtmı tek bir gen ile açıklanabileceğini bildirmiştir. Putatif geni taşıyan çeşitli etkilenmemiş akrabaların hastalığı ortaya çıkaracak yaşa varmadan başka nedenlerle ölmüş olabileceği varsayımını öne sürmüşler ve bu görüş diğer araştırmacılar tarafından da paylaşılmıştır. Hastalığın otozomal dominant kalıtımla aktarıldığı 50'den fazla aile bulunmaktadır. Diğerleri ise birden fazla lokustaki genlerin ilişkisi ile kontrol edilen poligenik bir kalıtımı öne sürmüşlerdir (14)

Kallman, konkordans oranını dizigot ikizlerde %8, monozigotlarda ise %42.8 bulmuştur. Diğer bazı ikiz çalışmalarında ise epsilon 4 homozigot olan vakalarda yüksek konkordans olmakla birlikte, epsilon 4 allelinin bulunmadığı erken başlangıçlı AH vakalarında çok az genetik etki olduğu gösterilmiştir (14).

Kromozom Anomalileri: Bugüne dek yapılan çalışmalar, erken başlangıçlı (60 yaş öncesi) ailesel AH'da kromozom 1, 14 ve 21'de lokalize 3 gen, geç başlangıçlı AH'da (60 yaş sonrası) ise kromozom 19'da tek bir genin kalıtsal risk faktörü olarak saptanması ile sonuçlanmıştır. AH ile sonuçlanan nöropatojenik süreçte β amiloid depolanmasının önemi ile ilgili çok sayıda veri mevcuttur. Gerçekten de AH ile ilgili tüm genetik veriler β amiloid depolanmasının AH nöropatolojisine neden olan ortak patojenik sürecin altında yatan neden olduğunu

düşündürmektedir. Down sendromlu orta yaşlı hastalarda (trizomi 21) aşırı miktarda β amiloid yapımı bildirilmiştir. Bu hastalarda muhtemelen β amiloid prekürsör proteini (APP) kodlayan genin 21. kromozomda üç kopyasının varlığı kaçınılmaz olarak AH ile ilişkili nöropatoloji ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca APOE4'ün, yaştan sonra AH için ikinci en belirgin risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu genetik ilişkinin hastalığın seyri, şiddeti ve klinik yönlerini ne dereceye kadar etkilediği bilinmemektedir (spesifikliği tartışma konusudur, sadece AH'da değil, progresif supranükleer felç, Pick hastalığı, kortikobazal dejenerasyon, amiloid anjiyopati, Down sendromu ve muhtemelen Creutzfeldt-Jakob hastalığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir) (14).

Çevresel faktörler ve toksinler: Alüminyumun uzun süredir AH'nın patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir. 1965'de Kato ve ark. alüminyum tuzları kullanarak tavşan beyinde nörofibriller dejenerasyon yapmayı başardılar. Fakat çift helikal flamanlar görülemedi. Crapper ve ark. AH olan 4 hastanın beyinde artmış alüminyum konsantrasyonu buldular. Sonuçta beyin dokusunda bölgesel değişiklikler olduğunu bildirdiler. Fakat bu verileri destekleyecek bulgular elde edilememiş olup geçerlilikleri tartışmalıdır. AH'da serum alüminyum düzeyleri normaldir. Bu serum ve beyin alüminyum düzeylerinin artmış olduğu renal diyaliz ensefalopatisinin aksinedir. Ayrıca diyaliz demanslı hastaların beyinde nörofibriller yumak bulunmaz ve klinik gidiş AH'dan çok farklıdır (14).

İnfeksiyöz faktörler: Gajdusek ve ark. tarafından subakut spongiform ensefalopatilerin aktarılabilen doğasının gösterilmesi (Kuru ve Creutzfeldt-Jakob hastalığı) AH'nın da viral bir demans olduğu spekülasyonuna yol açmıştır. AH ve bir infeksiyon ajanı arasındaki belki de en önemli bağlantı koyun ve farelerde görülen ve bir spongiform ensefalopati olan scrapie virüs çalışmalarında elde edilmiştir. Wisniewski ve ark. infeksiyöz ajanın inokulasyonu ile beyin dokusunda senil plakların oluştuğunu göstermişlerdir (14).

Otoimmün hipotez: Halihazırda AH'nın otoimmün bir hastalık olduğuna dair elde çok az veri vardır. İmmünglobulinleri, nöritik plak amiloidinde lokalize edilmişlerse de bu plak amiloidinin spesifik bir immünglobulin kökenli olduğu şüphelidir. Ayrıca HLA haplotipleri ile arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bazı nörolojik hastalıklar spesifik yapılara, örneğin asetilkolin reseptörlerine serum antikorlarının bağlanması ile ilişkili ise de, bu antikorların yaşa bağlı olarak artmadığı bilinmektedir. Multiple Skleroz (MS), serebrovasküler hastalıklar, Huntington hastalığı gibi çeşitli nörolojik hastalıklarda doğrudan beyin dokusuna karşı gelişen antikorlar AH'da da

belirlenmiştir. Bu veriler AH'nın gelişiminde immunolojik etkenlerin de önemli olabileceğini düşündürmektedir (14).

Travma: Travma bu hastalıkta provakatif bir unsur olarak rol oynayabilir. Ayrıca “demansia pugilistica”, tekrarlayan kafa travmaları sonucu boksörlerde görülen bir hastalıktır. Bu vakalarda septal fenestrasyon, forniks ve mamiller cisim atrofisi, substansiya nigra dejenerasyonu ve serebellar tonsillerde harabiyet görülmüştür. Limbik sistem çift helikal flaman ve daha az olarak nöritik plak içeren nörofibriller yumaklar gösterir (14).

Anormal proteinler: Amiloid, Alzheimer hastalarının beyinlerindeki plaklarda bulunan anormal bir proteindir. Bu, hastalığın nedeni midir, yoksa sonuçlarından biri midir, açıkça belli değildir. Amiloidi ve onun ön maddesi olan proteini inceleme konusu yapan moleküler biyologlar bu proteinleri AH'nın başlangıç dönemindeki gelişimini anlamaya yardımcı olabilecek işaretler olarak görüyorlar. Amiloid, amiloid prekürsör proteinden (APP) oluşur. APP metabolizması genetik kontrol altındadır. 1, 14 ve 21. kromozomdaki presenilin genleri amiloid depolanmasını hızlandırmaktadır. Amiloid, senil plakların temel bileşenidir. Amiloid birikiminin fonksiyonel, nörokimyasal bir bozukluğa yol açması güçlü bir olasılıktır.

Alzheimer hastalığında hücre kaybı için önerilen bir düzenek de kendi kendine oluşan apoptozistir. β amiloid uygulaması kortikal ve hipokampal doku kültürlerinde apoptozise benzer değişikliklere yol açmaktadır. Ayrıca $A\beta$ Tau proteininin fosforilasyonunu da artırmaktadır. Tau nöronal mikrotübüllerin stabilizasyonunu sağlayan proteinlerdir. APOE E3 aleli Tau'yu hiperfosforilasyondan korur. Mikrotübüllerin hiperfosforilasyona bağlı olarak destabilizasyonu $A\beta$ oluşumunu artırır. Aynı anda aksoplazmik akım azalır. Sonuçta disforik nörit ve snaptik kayıp olur (9,15).

Yangısal hastalık hipotezi; Yangısal yanıtı aracılık eden tümör nekroz faktörü (TNF), interleokin 1 (IL-1) ve interleokin 6 (IL-6) konsantrasyonları AH'da artmıştır. Bu yangısal faktörler amiloid prekürsör proteinini uyarma yetenekleri aracılığı ile amiloid oluşumunda önemli rol oynarlar. Benzer şekilde C-reaktif protein, alfa2-makroglobulin ve alfa1-antikimotripsin gibi akut faz proteinlerinin konsantrasyonları da bu hastalarda yükselmiştir. Alfa1-antikimotripsin molekülü, senil plakların önemli bir elemanı olduğu için bu protein düzeylerinin artışı özellikle ilginçtir. AH ile yangısal süreç arasındaki ilişkiye ait labarotuar verileri bazı klinik kanıtlarla da desteklenebilir.

Romatoid artrit kliniklerindeki hastalar (uzun süre anti-inflamatuar tedavi alan) arasındaki AH'nın yaygınlığı 64 yaşın üzerindeki genel popülasyona göre anlamlı derecede daha azdır (12).

1.2.5 Koruyucu faktörler;

1- Apolipoprotein E2 allelinin varlığı ve sıklığının AH'nın ortaya çıkmasına karşı koruyucu bir faktör olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir.

2- Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde hastalığın ortaya çıkma olasılığının ise daha düşük olduğu gözlenmektedir.

3- Bu alanda yapılan son çalışmalar uzun süreli anti-inflamatuar ilaç kullanımı ile AH riskinin azalması arasında bir bağıntı bulunabileceğini düşündürmektedir.

4- E vitamini kullanımının ise yine risk azalması şeklinde bir etkiye neden olabileceğini söyleyen çalışmalar vardır.

5- Uzun süre östrojen kullanmış olan kadınlarda da AH riskinin azalabileceğini düşündüren bulgular mevcuttur.

6- Sigaranın da AH'daki rolüne ilişkin çalışmalarda, fazla miktarda nikotine maruziyetin AH'da progresyonu hızlandırabileceği söylenirken az miktarda içilmesinin yararlı etkisinin olabileceğinin düşünüldüğü eklenmiştir (8).

Şimdiye kadarki bölümlerde Alzheimer hastalığının tarihçesi, önemi, kliniği, tanısı ve risk faktörlerine değinilmiştir. Bundan sonraki bölümlerde ise AH'na bakım veren yakınların tükenmişlik yaşantılarını etkilediği düşünülen semptom kümelerinden daha ayrıntılı olarak bahsedilecektir.

1.2.6 Alzheimer hastalığında davranışsal ve psikolojik belirtiler

Her ne kadar AH tanımlanana kadar demanstaki davranışsal semptomlar biliniyorsa da 1986 yılına kadar bu semptomların tanımlanması yapılmamıştır. 1986'da sendrom "ajitasyon" olarak tanımlanırken, konfüzyon ile ilişkili olmayan uygunsuz sözel ve motor davranışlar tariflenmiştir. Daha sonra klinisyenler tablonun zannedilenden daha karmaşık olduğunu ve sadece ajitasyon terimi ile tanımlanamayacağını, zira agresyon, psikoz, sirkadiyan ritimde değişiklik, depresyon gibi bulguların da tanımlanması gerektiğini bildirmişlerdir. 1996'da Uluslararası PsikoGeriatric Birliği (IPA) demansın nonkognitif semptomlarını bir konferans ile tartışmışlardır. Konferansın amacı

araştırmacılara ve bu alanda çalışanlara kolaylık sağlayacak uygun tanımlamaların oluşturulması olmuş ve bu gaye ile semptomlar “Demansın Davranışsal ve Psikolojik Semptomları (BPSD)” olarak tanımlanmışlardır (16). Bu tanımlamada davranış semptomları; genellikle hastanın dışarıdan gözlenmesi ile tanınan ve fiziksel agresyon, çılgılık atma, ajitasyon, amaçsız dolaşma, kültürel olarak uygunsuz davranışlar, cinsel inhibisyonun ortadan kalkması ile görülen davranışlar olarak tariflenirken, psikolojik semptomlar, hasta ve aileyle yapılan görüşme ile tanınan semptomlar olup anksiyete, depresif duygu durum, hallüsinasyon ve delüzyonları içermektedir (17). Daha sonra yapılan başka bir toplantıda ise, BPSD başlığı altında psikoz, sirkadiyan ritim değişiklikleri, depresyon, anksiyete, ajitasyon gibi sendrom kümeleri tariflenmiştir (16).

BPSD'nin etyolojisi bilinmese de uzmanlar spesifik nöropatolojik beyin lezyonları ve/veya psikolojik ve çevresel faktörlerin sorumlu olabileceğini söylemişlerdir. Hastalarda görülen bu semptomların etyolojisinde aşağıdaki faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (18).

Organik sebepler:

Beyin hasarı (amigdala, temporal lob ve hipotalamus)
Nörotransmitter disfonksiyonları (azalmış serotonin düzeyleri)

Psikolojik değişkenler:

Yeni bir çevre
İletişim kurma güçlükleri
Psikotik yaşantı sırasında dışa vurumlar
Premorbid kişilik özelliklerinin etkisi
Geçmişte bakım verenle problemli ilişki

Çevresel değişkenler:

Tanımlanamayan sesler
Uygunsuz aydınlatma
Tanıdık olmayan çevrelere yolculuk

AH'larının bazılarında BPSD semptomları olurken bazılarında neden olmadığı sorusunun cevabı halen net değildir. Bazı araştırmacılara göre biyokimyasal, nöroanatomik ve kişilikinin etkisi vardır. Ayrıca genetik faktörlerin de önemli olduğunu söyleyen yayınlar

vardır. Örneğin, nörotransmitter reseptörlerinin polimorfizmi normal sağlıklı yaşlılarda klinik olarak önemli değilken, demansı olan yaşlılarda BPSD semptomlarından sorumlu tutulabilmektedir. Çevre ve bakım verenle ilişkinin de önemli olduğunu söyleyen yayınlar vardır (19).

Delüzyonlar

Delüzyonlar dış dünyadaki gerçekliğin yanlış olarak değerlendirilmesi ile ortaya çıkan, kuvvetli, değiştirilemeyen, gerçekle bağlantısı olmayan inanışlardır. Hastalar bu inanışın yanlışlığını tartışmaya açık değildir. AH'da delüzyonların sıklığını irdeleyen araştırma sonuçları %10-70 arasında değişen oranlar vermekle birlikte, genellikle kabul edilen sıklık %35-40 arasındadır. Swearer ve ark. ile Richards ve ark. hastaların yaşları arttıkça delüzyonel belirtilerinin de arttığını ortaya koymuşlardır. Öte yandan Drevetz ve Rubin'in yaptıkları bir araştırmada araştırmacılar, gerek hasta yaşı gerekse hastalık süresi ile delüzyonlar arasında bir ilişkinin bulunmadığını ileri sürmüştür (20).

Delüzyonlar, AH'nın herhangi bir evresinde ortaya çıkabilir. Lesser ve ark. bazı durumlarda AH'nın kognitif belirtileri henüz ortaya çıkmadan delüzyonların tek öncül belirti olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bununla birlikte elde edilen verilere göre orta ve ileri evredeki hastalarda daha sık görülmektedir. Ayrıca bu hastaların delüzyonu olmayan hastalara göre entellektüel fonksiyonlarının daha hızlı yıkıldığı gösterilmiştir. Delüzyonların ortaya çıkmasının hastalığın ağırlığını değil, hızlı progresyonunu gösterdiğini ileri süren çeşitli araştırmalar da vardır. AH'da delüzyonlarla kognitif yetmezlik arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Richards ve ark. yaptıkları çok merkezli çalışmada delüzyonel hastaların, delüzyonu olmayan hastalara göre daha ağır demanslı oldukları ve oryantasyon ve adlandırma kusurlarının daha belirgin olduğunu göstermişlerdir. Jeste ve ark. da delüzyonlu AH'da demansın daha ağır olduğunu, bellek, kelime akıcılığı ve soyutlamanın daha bozuk olduğunu bildirmişlerdir. Öte yandan, Flynn ve ark. delüzyonlarla kognitif yetmezlikler arasında anlamlı bir bağlantı olmadığını ileri sürmüşlerdir. Sonuç olarak delüzyonlu hastalarda daha ileri düzeyde bir kognitif yetmezlik olmasına rağmen aradaki ilişki belirli bir grup kognitif işlevle doğrudan ilişki göstermemektedir (20).

Sık görülen delüzyonlar arasında kötülük görme, malının çalınması, evinin, yaşadığı yerin değiştiği, çevresindeki kişilerin aslında olması gereken kişiler olmadığı (Capgras sendromu), evde yabancıların yaşadığı (phantom border), veya televizyondaki kişilerin aslında evin içinde oldukları (picture sign) düşüncesi gibi örnekler sayılabilir (20).

Çalışmalarda 5 tipik delüzyonun bu hastalar için karakteristik olduğu belirtilirken Reisberg tarafından geliştirilen BEHAVE-AD ölçeğinde de bu semptomlara yer verilmiştir.

1. İnsanların bir şeylerini çaldığı düşüncesi; daha çok hastaların bellek kayıplarına sekonder olduğu düşünülür.
2. Evinin kendi evi olmadığı düşüncesi; evine oryantasyonunun hastalıkla beraber azalması ile ortaya çıktığı düşünülür. Hastalar evi terk etmek isterler ve bunun sonucu ise amaçsız dolaşmaların artmasıdır.
3. Bakım verenin ya da eşinin sahtekar olduğu düşüncesi; bakım verene öfke ve şiddetle birlikte görülebilir. Bakım verenin en fazla zorluk yaşamasına sebep olan semptomlardan biridir.
4. Bakımevine yerleştirileceği ya da terk edileceği düşüncesi;
5. Eşlerin sadakatsiz olduğu düşüncesi; varlığının hastalardaki fiziksel agresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (21).

Delüzyonel hastalar günlük yaşamlarında çok fazla sorunlu ve bakımı zor hastalardır. Bu hastalar daha fazla agresif, anksiyöz ve psikomotor ajitasyonu belirgin kişilerdir. Daha sık olarak hospitalizasyon gereksinimi gösterirler ve bakımından sorumlu kişiler açısından daha büyük sorunlara neden olabilirler (20).

Hallüsinasyonlar

Hallüsinasyonlar, uygun dış uyaran olmadan ortaya çıkan yanlış algısal imajlardır. Hasta bunların gerçek olmadığını farkında olabilir veya bir delüzyon sistemi içerisinde bunları doğru kabul edebilir. AH'da hallüsinasyonlar delüzyonlara göre daha az görülür. Literatürde %5-50 arasında değişen oranlar vardır. Hastalığın erken evrelerinde daha az olup ileri evrelerde çoğalmaktadır. Berrios ve Brook, AH'da kognitif disfonksiyonun ağırlığı ile hallüsinasyon görülmesi arasında bir bağlantı olmadığını ileri sürmüşlerdir. En sıklıkla görsel hallüsinasyonların olduğu bilinmektedir. Rubin ve ark., %15 oranında görsel hallüsinasyon, %10 oranında işitsel hallüsinasyon ve %2 oranında koku hallüsinasyonu bildirmişlerdir. Görsel hallüsinasyonlar çoğunlukla canlı, kompleksdir ve insan veya hayvan görüntülerini içermektedir. İşitsel hallüsinasyonlar ise ayrılmamayan sesler veya hasta hakkında konuşan ve tartışan sesler şeklindedir. Görme ve işitme yetilerinde azalma ile birlikte hallüsinasyon yaşantısında artış

bildirilmektedir. Daha nadir olmakla beraber koku, tat ve taktil hallüsinasyonlar da görülebilmektedir. Cummings ve ark. ise ani ortaya çıkan hallüsinasyonların altta yatan bir deliryuma bağlı olabileceğini ve bu nedenle tıbbi bir değerlendirmeden geçmeleri gerektiğini ileri sürmüştür (20).

Hallüsinasyonlar hakkında, bakım verenlerin yükünü artırmakla birlikte hastanın çevreye veya kendisine zararı olmaması halinde tedavi edilmesinin ertelenebileceğini bildiren yayınlar vardır.

Ajitasyon ve psikomotor değişiklikler

Ajitasyon; öfke, nefret, düşmanlık gibi içsel gerilime neden olan duyguların bir motor bileşenle birlikte ortaya çıkması ve motor aktivasyonda artma ile karakterize bir tablodur. AH'da sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel agresyon, sözel agresyon, psikomotor huzursuzluk, amaçsız gezinme ve yürüme (amaçsız gezinme terimi altında toplanan pek çok davranış vardır; bakıcıyı arama, bakıcıyı takip etme, evin etrafında işe yarar bir şey yapmadan dolaşma, amaçsız yürüme, uygun olmayan amaçla bir istikamete gitme, aşırı aktivite, gece yürüme, dolaşırken kaybolma, evi terk girişimleri) ve hiperkineziyi içerir. Çeşitli araştırmalarda ajitasyon %48-60 oranında bildirilmiştir. Teri ve ark. ajitasyonun kognitif bozulma ile pozitif korelasyon gösterdiğini ileri sürerken, Merriam ve ark. kognitif yetersizlik ile ajitasyon arasında bir bağlantı olmadığını ileri sürmüşlerdir. Mega ve ark. ise kognitif yetmezlikteki progresyonun ajitasyon insidansını mutlaka artırdığını bildirmişlerdir (20,22).

Ajitasyon alt tipleri (23);

Fiziksel non-agresif davranış

- Genel huzursuzluk
- Tekrarlayıcı manyerizm
- Adımlama
- Sık yer değiştirme
- Eşyaları biçimsiz şekilde ele alma
- Eşyaları gizleme
- Biçimsiz giyinme/soyunma

Fiziksel agresif davranış

- Vurma
- İtme
- Tırmalama
- Eşyaları çekiştirme
- İnsanları çekiştirme
- Isırma

Verbal non-agresif davranış

- Negativizm
- Hiçbir şeyden hoşlanmama
- Sürekli dikkat gerektirme
- Sözel üstünlük çabası
- İtiraz etme
- Anlamlı olarak söz kesme
- Anlamsız olarak söz kesme
- Tekrarlayıcı cümleler

Verbal agresif davranış

- Çıglık atma
- Beddua okuma
- Öfke patlamaları
- Gürültü yapma

Fiziksel agresyon impulsif olarak ortaya çıkabileceği gibi delüzyonel, psikotik bir algının sonucu olarak da görülebilir ve çalışmalarda %10-65 oranında bildirilmiştir. Sözel agresyon ve öfke patlamaları ise %51 sıklıkla bildirilmiştir. Bazı durumlarda yüksek sesle bağırmanın demanslı hastalarda depresyonun alışılmadık bir belirtisi ya da sosyal izolasyona tepkisel bir yanıt olarak kabul edilmesi gerektiği ileri sürülmüştür (20). Cohen-Mansfield sosyal ilişkileri zayıf olan hastalarda fiziksel ve sözel agresyonun daha fazla olduğunu, fiziksel agresyonun erkeklerde daha sık

ve ciddi kognitif yıkımla ilişkili olduğunu, sözel agresyonun depresyon ve diğer sağlık problemleri ile ilişkili olduğunu, sözel ama agresif olmayan davranışların kadınlarda ve depresyonu olan kadınlarda daha fazla görüldüğünü, kronik ağrılara sekonder ortaya çıkabileceğini ve hastaların hafif ve orta derecede kognitif yıkımlarının olduğunu bildirmiştir (24).

Bakım verenin yükünü oldukça artıran ajitasyonun, bakım verenler tarafından 2 yıllık bir izlem çalışmasında en uzun katlanılan semptomlar olduğu bildirilmiştir (25).

Diğer mood bozuklukları ve anksiyete

İrritabl, disforik mood, öfori, hipomani ve mani demanslı hastalarda görülebilen depresyon ve anksiyete dışındaki diğer mood bozukluklarıdır. Bu belirtilerin sıklığı %3-17 arasında bildirilmektedir (20).

Robins ve ark. AH'larının bakımında büyük bir problem olan mood bozukluğuna bağlı katastrofik reaksiyonların oranının aileler tarafından %77 olarak ifade edildiğini belirtmiştir (20). Katastrofik reaksiyonlar, ani ve aşırı emosyonel cevaplar ve fiziksel davranışlardır. İleri yaş, ağır kognitif kayıp ve bazı premorbid kişilik özellikleri risk faktörleridir. Ani öfke patlamaları, sözel agresyon, fiziksel saldırı tehdidi, fiziksel agresyon (vurma, ısırma) tarzında görülebilir. Ani öfke patlamaları artmış aktivite ve agresif davranışlarla birliktedir. Anksiyete, apati, depresif görünümle ani öfke patlamaları arasında ilişki yoktur. Katastrofik reaksiyonları yanlış algı, hallüsinasyonlar, delüzyonlar presipite edebilmektedir (22). Swearer ve ark. da AH'da %51 oranında öfke patlamaları, %21 oranında saldırgan davranışlar belirlemişlerdir (20).

AH'da anksiyete yaklaşık olarak %40 oranında bildirilmiştir. Ancak hastaların subjektif belirtileri ifade etmeleri güç olduğundan anksiyete insidansı net değildir. Anksiyete kendini ajitasyon, uykusuzluk, huzursuzluk, gelecekteki olayları tolere edememe korkusu, karanlıktan korkma, seyahate çıkma ve yalnızlık korkusu şeklinde gösterebilir. Erken evrelerde daha sık görülür (20)., AH'da anksiyetenin yaygın bir biçimi “*Godot sendromu*”dur. Hasta olaylarla ilgili ardı arkası kesilmeyen sorular sorar, aynı soruları tekrarlar. Bu durum hastanın bellek kayıpları ve düşünce kapasitesinin üretkenliğinde azalma ile de açıklanabilir. Godot sendromunun da diğer anksiyete belirtileri gibi aile ve bakıcılar için büyük bir sorun kaynağı olduğu bildirilmektedir (22).

Sirkadiyan Ritim Bozukluğu

Bakım verenlerin en fazla tükenmesine sebep olan faktörlerden biri olan sirkadiyan ritimdeki değişiklikler ayrıca hastaların da en fazla hospitalize edilme nedenlerindendir. AH'da bu oran yaklaşık %20-40 arasındadır (16).

Swearer ve ark. %45 oranında gece sık uyanma, uykuya dalma güçlüğü görülebileceğini ileri sürmüşlerdir. AH'larında yapılan araştırmalarda yavaş dalga uykusunun azaldığı, gece uyanmalarının sıklık ve süresinin uzadığı tespit edilmiştir. Normal diurnal yaşam ritmi bozulmuştur, aşırı gündüz uyuklamaları gece uykusuzluğu ile beraber görülür. Reisberg ve ark. diurnal ritm bozukluklarını %25 olarak bildirmişlerdir. Gündüz uyaranlarında azalma, sosyal içe çekilme, fiziksel egzersiz eksikliği hastalardaki diurnal ritm bozukluğunun nedeni olabilir. Sirkadiyan ritimdeki değişiklikler ayrıca diğer BPSD semptomlarını, örneğin; amaçsız dolaşma, ajitasyon ve gece kognitif yıkımın artmasını artırabilir (20).

Yeme bozuklukları

Bu hastalarda yeme davranışı değişikliği oldukça sıktır. Anoreksi, artmış iştah ve diyet değişiklikleri sık görülür. Robins ve ark. %60 oranında yeme davranışı değişikliği bildirmiştir. Merriam ve ark. ise %74 oranında artmış veya azalmış iştah bulmuşlardır. Bu semptomun etyolojisi açık olmamakla beraber serotonerjik disfonksiyona, hipotalamik fonksiyondaki nöro-endokrin değişikliklere ve iç ve dış dürtülerin farkında olmama durumuna bağlı olabilir. Hastalıkta tablo ilerledikçe genellikle yemeklere ilgi daha da azalır ve kilo kaybı belirginleşir (20).

Seksüel aktivite değişiklikleri

Seksüel davranış değişiklikleri çeşitli şekillerde kendini gösterebilir. Hastaların büyük çoğunluğunda libido kaybı ve seksüel aktivitede azalma görülür. Shapira ve Cummings, seksüel dürtünün %38 oranında azaldığını, %14 oranında arttığını ve %48 oranında da değişmediğini bildirmişlerdir. Merriam ve ark. seksüel aktivitedeki azalma oranını %94 olarak bulmuşlardır. Bazı hastalarda ise disinhibisyonun bir parçası olarak uygunsuz seksüel davranışlar ortaya çıkabilir. Kumar ve ark. bu durumu %7 olarak rapor ederken, bakım verenlerin engellemekte en çok zorlandıkları semptomlar içinde bildirilmiştir (20).

Bazı hastalarda hiperoralite, hipermetamorfosis, agnozi, uygunsuz seksüel davranış bileşenlerinden oluşan Kluver- Bucy sendromu görülür. AH'nın geç evrelerinde bilateral temporal disfonksiyona bağlı olarak görülen bu tabloda tüm nesneleri ağzına götürme, apati, uygunsuz masturbasyon davranışı gibi belirtiler ortaya çıkabilir (20).

Bu semptomlar, hasta yakınlarının en çok zorlandıkları ve toplumdan uzaklaşmalarına neden olan semptomlardandır. Hastalarının uygunsuz yerlerde ve zamanlarda engellenemeyen bir şekilde masturbasyon yapmaya başlaması hasta yakınlarını utandırmakta, hastalarına karşı öfke yaşamalarına sebep olmakta ve hastaların bu davranışlarını hastalıkları sebebi ile yaptıklarına inanmaz hale gelmelerine sebep olabilmektedir.

1.2.7 Depresyon

Depresyon yaşamın her döneminde oldukça sık görülen ve yaşam kalitesini önemli oranda bozan bir hastalıktır. Yaşlılık döneminde en sık görülen ruhsal sorunlar arasındadır. Yaşlı nüfusta majör depresif bozukluk sıklığı %1-5, depresif bozukluk sıklığı %11.3, depresif belirtilerin görülme sıklığı ise %20 olarak bildirilmiştir (26).

Yaşlılarda depresif semptomları inceleyen araştırmalarda, insidans ve prevalans yüksek bulunur, çünkü birkaç saat ya da birkaç gün süren geçici depresif dönemler sık ortaya çıkar. Ancak klinikte ciddi olarak algılanabilecek depresyonun erkeklerde %8.5, kadınlarda %17.5 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Yapılan çoğu çalışmaya göre tüm yaş gruplarında kadınlarda daha yüksek oranlarda depresyon görülmekte, ancak 65 yaşından sonra depresyon oranları kadın ve erkekte eşitlenmektedir (27).

Klinik çalışmalar yaşlı depresif hastaların en çok anksiyete, bellek ve bedensel şikayetlerinin olduğunu göstermektedir. Somatik uğraşlar depresif yaşlıların %80'inde meydana gelmektedir. Geç yaşta ilk atağı oluşan depresif hastalarda daha sık olarak ajitasyon, kilo kaybı meydana gelirken, intihar oranlarına bakıldığında ise erkeklerde en fazla riskin 80-90 yaşlar arasında, kadınlarda ise 50-60 yaşları arasında olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Bu da AH olanlarda intihar olasılığını akılda tutmayı gerektirir (27).

Depresyonun oluşumunda tanımlanan risk faktörleri incelendiğinde ise; kadın olmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, düşük sosyo-ekonomik durum, bilişsel bozukluk

ve günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yeterli olamamak gibi koşullar sıralanırken, gidişi etkileyen olumlu koşullar arasında ise, iyi işlevsellik, uğraşlarının olması, düzenli sağlık kontrolü, sosyal yönden aktif olma, düzenli beslenme, iyi görme, iyi bilişsel düzey, eşiyle beraber yaşama, aile bağlarının güçlü olması, iyi gelir düzeyi ve bireyin tanıdık olduğu çevrede bulunması sayılabilir (1).

İlerleyen yaşın depresyon için bir risk etkeni olduğu bildirilmektedir. Bir çok araştırmada yaş ile depresif belirtiler arasında pozitif ve doğrusal bir ilişki tanımlanmıştır. Ancak son zamanlarda yaşlılar ve erişkinler arasında depresyon sıklığının çok farklı olmadığını gösteren epidemiyolojik çalışmalar da bildirilmiştir. Öte yandan sık karşılaşılan bir durum olmasına karşın, yaşlılık döneminde depresyon yaygınlığının bazı çalışmalarda genç nüfusa göre daha düşük oranda saptanmasının somatik yakınmalarının ön planda olması, psikiyatrik belirtilerin tanınmasındaki zorluklar ve yaşlılar için uygun olmayan tanısall kategorilerin kullanılmasından kaynaklandığı bildirilmektedir. Çalışmalarda elde edilen depresyon oranları genel olarak değerlendirildiğinde tanı düzeyinde ölçme yapacak şekilde standart ve yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılan çalışmalarda daha düşük, belirti düzeyinde ölçme yapan çalışmalarda daha yüksek depresyon oranları bulunduğu görülmektedir (28).

Yaşlanan beyin hipotezine göre ise, yaşlılarda depresif hastalık oluşumuna ve hastalığın daha malign gidişine duyarlılık artmıştır. Bu hipotezde yaşlılık depresyonlarında zaman zaman presipitan olay gösterilememesinin ve premorbid yaşam stilinin öneminin olmamasının sebebi, aynı mekanizma ile açıklanmaktadır. Nörobiyolojik çalışmalar monoamin azalması ile bu kavramı desteklemektedir. Çalışmalar yaşa bağlı tirozin hidroksilaz ve triptofan hidroksilaz düzeylerinin azalması ile ileri yaşlarda depresyon arasında bağlantı olduğunu saptamışlardır. Hem indolamin, hem de katekolaminlerin yıkımından sorumlu enzim olan MAO aktivitesindeki artış ile depresyon arasındaki korelasyon da yaşlanan beyin hipotezini destekler (27). Özellikle yaşlanma ile birlikte serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA'nın beyin konsantrasyonlarında bir azalma görülmesi, yaşlıların depresyona olan yatkınlığını artıran nedenlerden birkaçı olarak görülmüştür (29).

Sapolsky ise, depresyonla ilişkili olarak hipokampusta gözlenen küçülme için, glukokortikoid toksisitesi hipotezini ortaya atmıştır. Yaş ve cinsiyet açısından benzer durumda bulunan kontrollerle kıyaslandığında depresif kişilerin hipokampal bölgelerinin daha küçük olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Fakat tüm araştırmalarda aynı sonuca ulaşamamıştır. Depresyonun süresi ve buna bağlı olarak kortizole maruz kalma süresinde artış

hipokampus boyutlarında küçülmeyle ilişkili bulunmuştur. Fakat majör depresyonda gözlenen hiperkortizolemi ve glukokortikoid disregülasyonunun diğer belirtileri, tanısal açıdan yalnızca küçük bir özgüllük ve duyarlılık gösterir. Yaş ilerledikçe bu ilişki belirginliğini daha da kaybeder. Hipokampusta hücrelerin çoğalmaması, yenilenmemesi ve sayılarının azalması da depresyonun demansa nasıl yol açtığını açıklayabilir. Fakat epidemiyolojik çalışmalar depresyonun demansa yatkınlığı artırdığı düşüncesini ancak bir ölçüde desteklemektedir. Bu sonuçlar araştırmacıların aklına aşağıdaki soruyu getirmiştir (30).

Acaba depresyon demansın ateşini başlatan bir tetikleyici midir yoksa demans kendisini açıkça ortaya koymadan önce tüten duman mıdır?

Depresyonlu hastalarda ilk olasılığın, epidemiyolojik çalışmalarda ise ikinci olasılığın geçerli olduğunu düşündüren sonuçlara ulaşılmıştır. Geerlings ve ark.'nın populasyon çalışmasında depresif semptomların yalnızca eğitim düzeyi yüksek olan kimselerde kognitif gerilemeyi ve demans olasılığını yansıttığı bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada depresyon skorlarındaki artışın demansın erken semptomları olarak değerlendirilebileceği bildirilmiştir (30). Aynı şekilde Berger ve ark. depresif semptomların demans açısından öngörüselle (predictive) önem taşıdıklarını bulmuşlardır. Palson ve ark. ise erken başlangıçlı depresyonun ve 10 yıl ve üzerinde olan depresyon öyküsünün demans için güçlü risk faktörleri olduğunu söylemişlerdir (31).

Yaşlılarda depresyonu tartıştığımız bu başlık altında *psödodemans* tanımının da açıklanması yararlı olacaktır.

Psödodemans, psikiyatrik bozukluğa bağlı tedavi edilebilir ve geri döndürülebilir kognitif bozukluklara verilen bir isimdir. Bazı araştırmacılar, psödodemans için depresyonla bağlantılı kognitif bozukluğun organik bir temeli olduğunu düşünmektedirler. Aynı araştırmacılar, psödodemansın depresyon ile gerçek dejeneratif demans arasında bağlantı noktası olduğunu, depresyon ile kognitif bozukluğun temelinde aynı katekolamin eksikliğinin yattığını düşünmektedirler. Bu hipotez Kral'ın yaptığı bir çalışmada depresyonu olan hastaların %95'inde ileride demans geliştiğini bulması ile desteklenmiştir (27).

Psödodemans ile demansı ayırabilmek için iyi bir anamnez almak faydalıdır. Depresyon semptomları kognitif bozulmadan önce ortaya çıkar. Ayrıca depresyon üzerindeki artıp azalmaya bağlı olarak kognitif fonksiyonlar dalgalanır. Bununla birlikte demanslı hastaların kognitif

kayıplarının farkında olmadıkları görüşü doğru değildir. Bir çok ilerleyici demanslı hasta kayıplarının farkında ve bunun yarattığı reaktif depresyon içindedir (27).

Aşağıdaki tabloda demans ve depresyonun ayırıcı tanısını yapabilmek için bazı ipuçları derlenmiştir (6).

<u>Demans</u>	<u>Depresyon</u>
Başlangıç yaşı genellikle erişkin	Yaşlılıkta veya önce başlar
Başlangıcı aylar veya yıllar içinde belirsiz	Başlangıç daha keskin, belirgin
Gidiş yavaş, tablo geceleri kötü	Gidiş hızlı ve değişken
Etyolojide neden çok	Depresyon, mani ile ilişkili
Kognitif fonksiyonların farkında değil	Şuur kaybından yakınır
Sorunları ile ilgilenmez	Sorunlarından üzüntü duyar
İçgörü kaybı, ilgisizlik, inkar var	İçgörü vardır
Agnozi, afazi, apraksi var	Depresyonla ilgili bulgular
Yakın bellek ve oryantasyon bozukluğu belirgin	Güven, ilgi, istek azlığı
Hasta yakınları gelişimden haberdar değil	Gelişimden çevresi haberdardır
Hasta işbirliğine girer, hatırlamak için not tutar	İşbirliği yetersiz, çaba az
Sorulara yaklaşık cevaplar verir	“Bilmiyorum” şeklinde cevaplar çoktur
Performans testlerinde çaba gösterir	Çaba göstermez
Konfabulasyon, perseverasyon var	Konfabulasyon ve perseverasyon yoktur
Yüzeyel ve labil afekt var	Depresif afekt vardır
Geç dönemde sosyal kısıtlılık	Erken dönemde sosyal kısıtlılık
Davranış ve duygulanım kognitif fonksiyonlar ile ilgili	Uyumlu değil
Önemsiz başarıların üzerinde durur	Başarısızlıkların üzerinde durur
Anormal nörolojik muayene ve laboratuvar bulguları olabilir	Normal nörolojik muayene ve laboratuvar bulguları vardır

Alzheimer hastaları neden depresyondadır?

Alzheimer hastalarında psikososyal değişiklikler gözönüne alındığında bireyin toplumsal etkinliği ve gücü, prestiji, yakın ilişkileri, cinsel aktivitesi, saygınlığı, sosyal yaşantısı ve destekleri azalmakta, etkin rolü kaybolurken daha edilgen bir pozisyona yönelmektedir. Birey kendi ihtiyaçlarını karşılayıp diğer insanlara yardım ederken giderek tüketen ve yardıma muhtaç insan durumuna gelebilmektedir. Sevdiği insanları giderek yitirmektedir. Çocukları evi terk etmiş, sevdiği insanlar, belki de eşi ölmüş, tanıdığı değerler kaybolmuş, hayatın hızlı değişikliklerine eldeki bilgileri ile uyum sağlayamamış, hayat tarzı değişmiş veya değiştirilmiş, yaşam süresinin ve bilişsel yetilerinin azalmakta olduğunun farkına varmış, ekonomik özgürlükleri ortadan kalkmış olabilir. Bu aşamada yeterli sosyal destek alamazsa birey bu olguların doğurduğu yoğun izolasyon duygusuna karşı korumasız kalabilir (1). Bununla birlikte giderek artan bellek kaybı ve diğer bilişsel işlevlerdeki azalma kişilerde engellenmişlik, şaşkınlık duyguları, anksiyete ve depresyon yaratır. Sinsi bir sürecin kendilerini kuşattığından kuşkulanan erken AH'larının bir tanı arayışına girmeleri olasılığı eşleri ve diğer aile bireylerinden daha düşüktür. Tanı konduktan sonra kişi –artık bir hasta- büyük olasılıkla yukarıda belirtilen reaksiyonların yanı sıra yası, inanmama, yadsıma ve öfke duygularını yaşayacaktır (32). Bununla birlikte az sayıda bazı çalışmalarda ise ilginç sonuçlar bildirilmiştir. Neugarten'in bir çalışmasında yaşlıların kayıpları, bulundukları yaştan ve yaşantıların doğal bir süreci olarak algılama yolu ile bu olayları genç yetişkinlere oranla daha az travmatize olarak yaşadıkları saptanmıştır (27).

AH'da depresif semptomlar dalgalı bir seyir izlerken hastaların ilerleyen dönemlerde konuşma alanlarındaki zorlukları nedeni ile değerlendirilmeleri güç olabilmektedir (20). Reifler ve ark. AH'na sekonder olarak %19 oranında depresyon bulmuşlardır. Lazarus ve ark. ise bu oranı %40 olarak bildirmişlerdir, buna karşın Knesevich ve ark. ise erken AH'da depresyon oranlarının anlamlı olmadığını söylemişlerdir (33).

Depresyonun davranışsal semptomları (psikomotor yavaşlama, emosyonel labilite, sık ağlamalar, insomnia, kilo kaybı, aleksitimi) depresyon olmadan da AH'da görülebilir. AH olup depresyonu olan bireylerde, AH olmadan depresyonu olan bireylere göre daha az vejetatif semptomlar olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Bazı çalışmalarda AH'da depresyonun özellikle erken ve orta evrelerde önemli olduğu bildirilirken, bazı çalışmalarda ise AH'da depresyon varlığının kognitif gerilemede hızlanma ile değil, mortalitede artış ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (20).

Hastanın, hastalığın erken dönemlerinde kendisinde olan yeti yitimlerinin farkındalığı ile ilgili olarak artan depresif semptomları, hasta yakınlarının, zaten yeni ve ürkütücü bir tanı ile yüzleşmeleri sürecinde var olan yüklerini daha da artırabilmektedir.

1.2.8 Kişilik değişimi

Gerek AH'da gerekse bellek ile ilişkili diğer hastalıklarda kişilik değişiklikleri nadir değildir. Oturmuş erişkin kişiliği normal yaşlanma sürecinde pek de değişikliğe uğramamasına rağmen demans hastalıkları ile kişilik değişiklikleri arasındaki ilişki bir süreden beri dikkati çekmektedir (34).

AH'larının erken evrelerinden itibaren kişilik değişimleri hemen her hastada görülmektedir. Kişilik değişiklikleri özellikleri olarak, en sıklıkla apati, aldırma, disinhibisyon, impulsivite, mantıksızlık, irritabilite, şüphecilik, vahşilik, uyumsuzluk, talepkarlık, çocuksuluk ve eleştiricilik izlenebilir. Rubin ve ark. erken evre demanslı hastaların %71'inde kişilik değişikliği bildirmişlerdir. Apati %90 oranında, irritabilite %42 oranında rapor edilmiştir. Hastalık ilerledikçe kişilik değişiklikleri de daha belirgin hale gelmektedir. Rubin ve ark.'nın 50 ay izledikleri bir grup AH'sında kişilik değişimleri %71'den %88'e yükselmiştir. Özellikle pasivite, ajitasyon ve bencilik belirgin olarak artan kişilik özellikleridir. Her ne kadar kişilik değişimlerinin etyolojisi hakkında detaylı bir çalışma yoksa da bu durumun AH'nın yapısal ve biyokimyasal değişikliklerine bağlı olarak ortaya çıktığı açıktır (20). Örneğin, premorbid kişiliğin AH'nın seyrinde davranış ve psikolojik semptomların ortaya çıkışında önemli olduğu bildirilirken, premorbidinde şüpheci, agresif ve kontrol etme davranışı olan kişilerin ileride bu semptomları gösterme oranlarının fazla olduğu vurgulanmıştır (35).

Williams ve ark. tarafından belirtildiği gibi bu tip kişilik değişikliklerinin etkisi bakıcılar tarafından tipik bir şekilde bakım sürecinin fiziksel zorluklarına kıyasla daha sıkıntı verici olarak değerlendirilmektedir. Bundan dolayı kişilik işlevlerinin ölçümü, yeni yeni anlaşılmaya başlanan hastalık yatkınlığı ve riskle ilgili kavrayış, kişilik değişikliği ile hastalık süreci ilişkisinin incelenmesi ve hasta yakını yükü incelemeleri açılarından önem taşımaktadır (34).

Yukarıda AH'na bakım verenin yükünü artıran davranışsal ve psikolojik semptomlara değinilmiştir. AH'nın artan kognitif yıkımları, tabloya eklenen davranışsal ve psikolojik

semptomları ile birlikte artan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki zorlukları da bakım verenin hem fiziksel, hem ruhsal yorgunluğunu artırmaktadır.

1.2.9 Günlük yaşam aktivitelerinin değişimi

Hastalar ve bu hastalara bakım hizmeti veren kişiler için hastalığın en fazla sorun çıkaran yönünün işlevsel beceri kayıpları ve özellikle işlevsellikte azalma olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur. Zira bu faktörler evde bakım hizmeti alma ihtiyacını ve hastaneye yatışları artırmaktadır (36).

Demansın işlevsel beceri kayıplarına ve buna bağlı olarak engellilik haline yol açtığını gösteren bazı raporlar yayınlanması üzerine bu ilişkiyi sınamak için Kungsholmen projesi başlatılmıştır. Bu araştırmada en sık görülen yaşla ilişkili bozukluklar birbiri ile kıyaslandığında, demans için, “yaşlılardaki işlevsel beceri kayıpları ve engellilik halinden şu anda ilk sırada sorumlu olan prevalan ve gelecekte ilk sırada sorumlu olacak hastalıktır” ifadesi kullanılmaktadır.

<u>Hastalık</u>	<u>Beceri kaybı/engellilik hali</u>
Demans	5.9
İnme	2.9
Kalp hastalığı	1.4
Kanser	1.0
Kalça kırığı	2.7 (Kungsholmen projesi)

Kungsholmen projesinin verilerinden yararlanılarak AH’larının %32’sinin işlevsel anlamda bir diğer kişiye bağımlı olduğu saptanmıştır. Bu bağımlılık hali “altı temel etkinliğin/işlevin birini veya birden fazlasını yerine getirirken yardım alma ihtiyacı hissetme” olarak tanımlanmıştır. Bu altı temel etkinlik; tuvalet bakımı, beslenme, giyinme, özbakım, mobilasyon ve banyo yapmayı içermektedir. Ayrıca incelenen bireylerin %14’ü başlangıçta etkinlik ve işlevleri herhangi birisinden yardım almaksızın bağımsız olarak yerine getirebiliyorken, 3 yıl içerisinde bağımlı hale gelmişlerdir (36).

Son yıllardaki çalışmalar, AH’nın var olan bu semptom kümelerinin aile ve primer bakım verenler için ne kadar zor ve uzun bir süreç olduğunu öngörerek planlanmaktadır. AH, bakım verenleri hem hasta, hem de kendileri ile ilgili faktörler sebebi ile ruhsal olarak etkilemekte iken

bazen de bakım verenler anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik bir tanı alabilmektedirler. Çalışmanın konusu olan tükenmişlik ise, çoğu zaman aile ve primer bakım verenler tarafından ifade edilmekte ve anksiyete ve depresyon gibi bir tanı sınıflamasından farklı karakteri ile karşımıza çıkmaktadır.

1.3 TÜKENMİŞLİK (BURN-OUT);

Tükenmişlik, bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in klasikleşmiş makalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile girmiştir. Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır (37).

"Personel Tükenmişliği", bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkan, daha çok insanlarla yüzyüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgudur. Ancak tükenmişlik kavramı, yorgunluk ya da yıpranma gibi kavramlarla karıştırılmamalıdır. Tükenmişliğin yıpranmaktan (wearing down) farklı olduğu görgül yollarla gösterilmiştir. Aynı şekilde tükenmişliğin iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmadığına dikkat çekmek gerekmektedir (38).

Farklı tükenmişlik tanımları içerisinde Pines ve Aranson tükenmişliği "uzun süren, duygusal olarak zorlayıcı durumların yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu" olarak tanımlarken, Freudenberger ve North (1986) tükenmişliği, uzun bir süre görülen stres ve enerji harcamasının sonucunda yavaş yavaş oluşan bir durum olarak görmekte ve tükenmişliğin kişinin enerjisini, başa çıkma mekanizmalarını ve içsel kaynaklarını tüketen, kişinin kendisine yüklediği ya da aile, iş, arkadaşlar, sevgili, değerler sistemi ve toplum tarafından yüklenen aşırı talepler sonucunda oluştuğunu ileri sürmektedir. Freudenberger ve North'a göre tükenmişlik, aşırı stres yükünün eşlik ettiği bir duygu durum olup, kişinin motivasyonunu, tutumlarını ve davranışlarını etkilemektedir (37).

Freudenberger; tıbbi kliniklerde yapmış olduğu çalışmalar sırasında gönüllülerin bir çoğunun yaklaşık bir yıl büyük bir heyecanla çalıştıklarını ama daha sonraları işlerini ani bir şekilde bıraktıklarını görmüştür. Bu gönüllülerin bir çoğu engellenmişlik, kötümserlik ve depresyon gibi

yaşadıkları karışık duyguları tanımlamak amacı ile alışılmış bir tabirle “tükenmişlik” terimini kullanmışlardır (37).

Maslach, tükenmişlik tanımını genişletmiş, daha geniş bir konu olan duyarsızlaşmanın bir bölümü olarak bu problemi ele almıştır. Duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlardan kopmaya başladıklarında, özellikle diğer insanlara yardımcı olmaya yönelik mesleklerde çalışanlarda, hizmet verdiklerine sanki insan değilmiş gibi davranan çalışanlarda görüldüğünü belirtmiştir.

Maslach, kopmanın, ilişki-işbirliği içinde olmama ve hizmet verdiklerinin ihtiyaçlarını yok saymanın fiziksel ve duygusal istismara yol açabilen oldukça ciddi bir durum haline gelebildiğini belirtmektedir (37).

Maslach’ın ilk araştırmasının amacı; tükenmişlik sendromunun sosyal ve psikolojik boyutlarını keşfetmektir. İlk örnekleme; sosyal çalışmacılar, doktorlar, psikiyatristler, klinik psikologlar, avukatlar, çocuk bakım görevlileri, polis memurları, psikiyatri hemşireleri, hapishane personeli, öğretmenler, danışmanlar ve bakanlar gibi değişik meslek mensuplarından oluşmuştur ve tükenmişliğin yaşanmasında bireysel farklılıkların değerlendirildiği bir ölçek geliştirmiştir (37).

Maslach ve Jackson (1986) yaptıkları araştırmalara dayanarak, tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedirler; kendini psikolojik olarak işe vermede yetersizlik (duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir (kişisel başarı eksikliği) (37).

Duygusal tükenme (emotional exhaustion) kişilerin yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmeleri gibi duygularındaki artış olarak tanımlanmaktadır.

Duyarsızlaşma (depersonalization), başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmektedir.

Kişisel başarı ise kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve kişisel başarı (personal accomplishment) eksikliği olarak tanımlanmaktadır (38).

Bu özellikleri gösteren kişilerde görülen belirtiler dört kategoride toplanabilir (37).

- (a) Duygusal belirtiler; depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, anksiyete, unutkanlık ve kafa karışıklığı
- (b) Davranışsal belirtiler; ilaç-alkol kullanımı, aşırı tepki verme, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, yüzeysel iletişim kurma ve intihar girişimleri
- (c) Somatik belirtiler; Yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, üriner sistem problemleri, sık hastalanma ve konsantrasyon bozuklukları
- (d) Savunma belirtileri; inkar etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirmedir.

Tükenmişlik nedenleri insanın idealleri ile ilişkili olmaktadır. Tükenmiş kişi bağlandığı bir yaşam tarzı ya da ilişkiden beklediklerini elde edememesine bağlı bir yorgunluk ve hayal kırıklığı içindedir. Eğer insanın beklentileri olabileceklerin çok üzerinde ise ve kişi kendi kafasındaki bu amaca ulaşmaya ısrar ediyorsa, huzursuzluk ve sıkıntı duymakta, yoğun çatışmalar yaşamaktadır. Bunun kaçınılmaz sonucu ise öz kaynakların, yaşam enerjisinin ve işlev görme yeteneğinin tükenmesi olmaktadır (37).

Tükenmişlik konusundaki çalışmaların büyük bir çoğunluğunda mesleki tükenmişliğin ele alınmasına karşılık, mesleki tükenmişlikteki bazı özelliklerin aile, kadın ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişlikle benzer olarak görülmesinden hareketle bazı araştırmacılar tükenmişlik araştırmalarını ailelerin, kadınların ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişliği incelemeye yönelik olarak yapmışlardır (37).

Tükenmişlik, bireysel olarak tanımlanabilmesinin yanı sıra aile gibi daha geniş bir boyutta da ele alınabilmektedir. Aile tükenmişliği, aile üyelerinin birlikteliğinin bozulması ve üyeleri duygusal olarak tüketen bazı krizlerin, travmatik olayların işlevi olarak aile üyelerinin uyum içinde birlikte çalışmayı reddetmesi olarak tanımlanmaktadır. Aile tükenmişliği, ailenin yaşam idealleri ile, karşılıksız sevgi ve destek verilen yer olarak aileyle ve aile bireyleri arasındaki etkileşimlerle ilgili olmakta, stres yaratan problemleri çözmede aile üyelerinin işbirliği içinde çalışmada başarısız olması sonucunda oluşabilmektedir. Freudenberg'in orijinal kavramlaştırması ile tutarlı olarak, aile tükenmişliği, aile üyelerinin beklenen ödülleri elde etmede başarısız olması sonucunda oluşan nihai yorgunluk ve engellenmişlik halidir (37).

1.3.1 Stresle İlişkisi;

Yaşamda stresörlerin söz konusu olduğu bazı durumlar bulunmakta olup günlük sorumluluklarından, mali krizlerden, evdeki hasta çocuktan, bir ebeveynin sağlığının bozulmasından, sevilen bir arkadaşın, eşin veya sevgilinin kaybı gibi ağır yüklerden kaçınılamayabilmektedir. İnsan vücudu söz konusu olan bu stresörlerle başa çıkmak için ilkel savunma mekanizmaları olan “savaş” ya da “kaç” tepkisini harekete geçirerek, gerekli içsel dengeyi sağlamaya ve bu stresörlere uyum sağlamaya çalışmaktadır. Yaşanılan aşırı strese eşlik eden fizyolojik (kas gerginliği, kan basıncı yükselmesi, nabızın artması, ağız kuruluğu, mide bulantısı, migren ve gerilim tipi baş ağrısı), zihinsel (konsantrasyon eksikliği, unutkanlık, mantıksız düşünceler, zihinsel olarak etkili bir biçimde işlev görme yeterliliğinde azalma, stres yaratıcılarla başa çıkma ve stres yaratıcıları idare edebilme yeterliliğinde azalma), duygusal (öfke, anksiyete, depresyon ve duygusal geri çekilme, duygusal patlamalar, ağlama, saldırganlık) ve bir takım davranış değişiklikleri (uykusuzluk, kekemelik, kabuslar, kaza eğilimi, uyuşukluk, alkol-ilaç kullanımı, aşırı yeme, aşırı sigara içme, temizlik ve iş alışkanlıklarında değişiklikler) olabilmektedir (37).

Bu tehlikelerle karşı karşıya olan birey başa çıkma mekanizmalarını devreye sokmaktadır. Stres ve başa çıkma üzerine son 20 yılda çeşitli araştırmalar yapılmış olup, ilk çalışmalar 1970’li yılların sonunda Moos (1976), Pearlin ve Schooler (1978) ve Folkman ve Lazarus’un (1980) klasik çalışmaları ile başlamış ve günümüze kadar sürmüştür. 1960’lı yılların başında Richard Lazarus’un öncülüğünde *stres ve başa çıkma modeli* geliştirilmiş, 1980’li yılların ortalarında ise bu modelin geçerliliğine yönelik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Beresford başa çıkmayı strese gerçekçi bir bakış açısıyla bakmak olarak değerlendirirken bu model her problemin üstesinden gelinebileceğini, yok edilemeyebileceğini öngörmektedir. Ayrıca başa çıkma bir çaba gösterme olup, sahip olduğu kaynakları tüketici veya aşırı zorlayıcı olarak değerlendiren kişinin çevreyle etkileşiminin içsel ve dışsal taleplerini yönetmeye ilişkin bilişsel ve davranışsal çabalarını içermektedir. Benzer bir biçimde, bilişsel ve felsefi bakış açısından Richard Lazarus başa çıkmayı, olası bir zararın değerlendirmesini (birincil değerlendirme) ve herhangi bir başa çıkma eyleminin sonuçlarının değerlendirmesini (ikincil değerlendirme) kapsayan bilişsel bir eylem olarak tanımlamaktadır (37).

Stres ile tükenmişlik arasında ilişkinin olduğu söylenen çalışmalarda stres karşısında bedenin 3 aşamada tepki verdiği belirtilir. Alarm, direnç ve tükenme aşamaları. Alarm aşamasında,

stres yaratıcı faktör fark edilmekte ve biyokimyasal tepkiler harekete geçirilerek beden kendini korumaya hazırlanmakta, strese uyum yapıldıkça direnç ortaya çıkmaktadır. Stres yaratıcı faktör ortadan kalkmaz ve etkisini sürdürmeye devam ederse, beden tükenme aşamasına girmekte ve her türlü hastalığa açık duruma gelmektedir. Sonunda bu günlük stres, kişinin enerji kaynaklarına saldırmakta ve tükenmiş bir insan yaratmaktadır. Kişi güçten düştüğünde ise yaşamın anlamı kaybolmaya başlamaktadır. Yaşanan kronik stres duygusal olarak duyarsızlaşmaya ve tükenmişliğe yol açabilmektedir ve bu hali ile tükenmişlik sendromu, kronik strese karşı gösterilen bir tepki olarak görünmektedir. Bazen stres bir yaşam biçimi halini aldığı anda ise düzenlilik kimliği altında gizlenmekte, kendini tüketici tarafıyla göstermemektedir (37).

Başa çıkma kaynakları, başa çıkma sürecinin en önemli yönünü oluşturmaktadır. Stres ve başa çıkma modeli, bazı kaynaklara sahip olmanın bireyi strese karşı dayanıklı hale getirebildiğini, bazı kaynakların yokluğunun da stres riskini artırdığını ileri sürmektedir. Başa çıkma kaynakları kişisel ve sosyo-ekolojik faktörlerden oluşmaktadır.

Kişisel başa çıkma kaynakları; gelir, araba, ev, eşyalar ve çalışma durumu ve sosyo-ekonomik sınıfla ilgili diğer değişkenlere sahip olmayla ilgili olan maddi kaynaklardan, kişisel sağlık, güç, uyum ve hareketliliği içeren fiziksel kaynaklardan ve değerleri, tutumları, kişiliği içeren psikolojik kaynaklardan oluşmaktadır.

Sosyo-ekolojik başa çıkma kaynakları; bireyin çevresi, veya sosyal bağlamı içinde bulunan evlilik ilişkileri, sosyal ağlar, pratik veya fonksiyonel kaynaklar, aile ve daha geniş bir toplum içerisinde yer alan sosyal kaynaklar olmaktadır (37).

1.3.2 Başa çıkma yöntemleri;

Bir stresörle ilgili olarak kullanılan eylemler, davranışlar ve düşünceler başa çıkma yöntemleridir. Stres yaratan durumlarla başa çıkmada kişinin kullandığı kişiye özel tarzlardır. Başa çıkma yöntemlerinin duyguya odaklı başa çıkma ve probleme odaklı başa çıkma olarak 2 işlevi bulunmaktadır.

Duyguya odaklı başa çıkma, stresörden kaynaklanan acı verici ve rahatsız edici duyguları azaltmak işlevini görmektedir. Bu başa çıkma çabaları direk olarak somatik düzeyde veya duygular

düzeyinde olmaktadır. Sigara içmek, sakinleştirici almak duygusal olarak yaşanan sıkıntının somatik düzeyi ile ilgili başa çıkma yöntemlerinin örneklerindendir.

Probleme odaklı başa çıkma ise, “sıkıntıya neden olan sorunlu kişi-çevre ilişkisini” değiştirmektir. Başa çıkma eylemi, içsel ve/veya dışsal olabilmektedir. Probleme odaklı başa çıkma, kişiler arası çatışmaları çözmek amacı ile görüşme yapmak, yardım istemek gibi stresin dışsal bir kaynağı ile ilgili olabildiği gibi, içsel olarak bilişsel yeniden yapılandırmayı ve mantıksız inançları zihinsel olarak kabul etme ile de ilgili olabilmektedir. Başa çıkma yöntemleri sıklıkla etkinlikleri ile ilgili olarak ele alınmaktadır. Etkili başa çıkma (probleme yönelik) yöntemleri, problemi hafifletmekte ve duygusal sıkıntıyı azaltmaktadır. Etkili olmayan başa çıkma (duygulara yönelik) yöntemleri ise problemi şiddetlendirmekte ve yoğunlaştırmaktadır. Bazı durumlarda başa çıkma yöntemi tıpkı alkol kullanımı gibi kendisi bir problem olarak ortaya çıkmaktadır (37).

Bireyler benzer stres yaratan durumlara birbirinden oldukça farklı bir biçimde tepki vermektedirler. Araştırmacılar, tehditkar olaylarda kaçınan (avoidant) başa çıkma tarzını kullanan bireylerle, stres yaratan olaylar hakkında bilgi toplayıp doğrudan eyleme geçen yüzleşici (confrontative) başa çıkma tarzını kullanan bireyleri karşılaştırdıkları çalışmalarında yüzleşici başa çıkma tarzını kullanan bireylerin stres yaratan olaylarla başa çıkmada daha başarılı olduklarını, kaçınan başa çıkma tarzını kullanan bireylerin kısa süreli tehditkar durumlarla başa çıkmada daha etkili olurken, söz konusu tehditkar durum zaman boyunca tekrarlıyorsa kaçınan başa çıkma tarzının etkisiz kaldığını, uzun süreli tehditkar durumlarla başa çıkmada yüzleşici başa çıkma tarzının daha etkili olduğunu göstermektedir. Holahan ve Moss (1986) kaçınan başa çıkma tarzını sürekli bir biçimde kullanarak stres yaratan olaylara olumsuz bir biçimde tepki vermenin psikolojik bir risk faktörü oluşturduğunu belirtmektedir.

Yapılan çalışmalar tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Farklı düzeylerde yaşanan tükenmişlik bireylerin farklı başa çıkma tarzlarını kullanmalarına neden olabilmektedir.

Duygusal tükenmişliğin çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım gibi pasif başa çıkma tarzları ile arasında aynı yönde anlamlı ve sosyal destek arama gibi aktif başa çıkma tarzları ile de ters yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu yönünde mevcut yayınlar vardır. Çalışmalar aktif başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerin, kaçınmaya yönelik başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilere göre

daha az tükenmişlik hissederken, kişisel başarı duygusunu daha fazla hissettiklerini belirtmektedirler (37).

Bireyler bu stratejilerden bazen birini bazen her ikisini de kullanabilirler. Bazı stresörlerle karşı karşıya kalındığında hangisinin daha etkili olduğunu söyleyen net sonuçlar yoktur, çünkü değişik stres tiplerinde değişik başa çıkma mekanizmaları kullanılır. Yine de çalışmalarda sistematik problem çözme, iyimser tutum ve sosyal desteğin algılanmasının iyi oluşla ilişkisi bildirilmiştir. Quayhagen, umut etme ve kaçınma gibi pasif başa çıkma stratejilerinin kötü duygu durumla ilişkili olduğunu söylemişlerdir. Pearlin ve Schooler, demans gibi bakım verenin süreci çok değiştiremeyeceği hastalıklarda duyguya odaklı ve palyatif mekanizmaların daha etkin olduğunu söyler. Siegler ve George ise tek bir başa çıkma yöntemini kullanmaktansa, pasif ve aktif başa çıkma yöntemlerinin birarada kullanılmasının daha doğru olduğunu bildirmiştir. 17 tükenmişlik bildiren ve 29 bildirmeyen bakım verenle yapılan bir çalışmada tükenmişlik bildirenlerde duyguya odaklı (olumsuzu düşünme, yas tutma, merak etme, kabul, kişisel başarının az algılanması) stratejilerin daha fazla, bildirmeyenlerde ise probleme odaklı (durumla yüzleşmek, daha fazla bilgilendirilmek, sosyal desteğe başvurmak) stratejilerin daha fazla kullanıldığını söylemiştir. Bu stratejilerin birlikte kullanıldığı bireylerde de tükenmişliğin daha az olduğu, bilgi almak, sosyal desteğe başvurmak ve durumu kabullenmenin etkin başa çıkma yöntemleri olduğu bildirilmiştir (39).

Bakım verenin en fazla güçlük yaşadığı konu, örneğin kişisel özgürlük zamanının azalması ise, bir yardımcı tutmak veya günlük bakımevlerini kullanmak etkin başa çıkma yöntemi olabilirken, kişinin en çok güçlük yaşadığı konu sevdiği bir kişinin giderek kognitif ve diğer alanlarda artan güçlüğüne görmek ise, bu durumun değişmeyeceği gerçeği ile yüzleşmek uygun bir başa çıkma yöntemi sayılabilir, zira son zamanlarda yayınlanan çalışmalarda kabul edici yaklaşım artık iyi bir başa çıkma mekanizması olarak kabul edilmektedir. Carver ve ark. kabul edici yaklaşımın zannedildiğinin aksine pasif bir başa çıkma yöntemi olmaktan ziyade mutsuz olmayı göze alan aktif bir yaşantı olduğunu söylemiştir. Durumu kabullenmek her ne kadar pasif bir başa çıkma yöntemi gibi görülmekle birlikte, demans süreci gibi değiştirilemeyecek bir durumu kabullenmek aynı zamanda yeni durumla yüzleşmeyi gerektirdiği için aktif bir başa çıkma gibi de değerlendirilebilir. McCrae ve Costa, umut edici yaklaşımın, problemin bir gün düzeleceğini düşünen yaklaşımın, gerçekçi olmayan doğası sebebi ile tükenmişliği ve depresyon oranını artırabileceğini bildirmiştir (40).

Yayınlarda kadınların erkeklere oranla duyguya odaklı başa çıkma mekanizmalarını daha fazla kullandıkları, bu sebeple daha fazla oranda tükenmişlik bildirdiği belirtilirken, erkeklerin probleme odaklı başa çıkma tarzlarını daha sık kullandıkları bildirilmiştir.

1.3.3 Sosyal destek:

Sosyal destek son 20 yıl içerisinde geniş ölçüde üzerinde araştırma yapılan sosyal bir kavramdır. Tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları bulunmakla birlikte genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanmaktadır (37). Sosyal destekten kastedilen sadece bakım verenlerin yakınları ile nasıl ilgilenmeleri gerektiği konusunda öneri ve bilgi değil, aynı zamanda hissettikleri güçlüğü sadece konuşarak rahatlayabilecekleri durumlar da kastedilmektedir (39).

Sosyal desteğin birkaç işlevi bulunmaktadır. Duygusal destek, bilgi, pratik yardım ve normallik duygusunun desteklenmesi gibi. Yaşanan stres süresince bireyler üzüntü, depresyon, anksiyete ve öz-saygı kaybı gibi belirtiler gösterebilmektedir. Destekleyici olarak gördükleri arkadaşlarından ve ailesinden duygusal destek alan bireyler, kendilerini diğer bireylerin değer verdiği, ilgilendiği değerli bireyler olarak görmektedirler. Yapılan araştırmalar, yeterli düzeyde sosyal desteğe sahip olmanın, yaşanan stres anında hissedilen fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları etkili bir biçimde azalttığını, yüksek düzeyde sosyal desteği olan bireylerin, stres yaratan olaylarla karşı karşıya kaldıklarında daha az düzeyde stres yaşadıklarını ve stres yaratan olaylarla daha başarılı bir biçimde başa çıkabildiklerini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte sosyal destek, herhangi bir hastalığın yaşanma olasılığını azalttığı gibi, öz-saygıyı ve olumlu duyguları artırarak dolaylı bir biçimde bağışıklık sistemini güçlendirmekte ve hastalık durumlarında hızlı bir iyileşmeye neden olmakta, ağır hastalıkların sonucu olarak görülen ölüm riskini de azaltabilmektedir (37).

Ayrıca yayınlarda sosyal desteğe başvurma başa çıkma tarzını kullanmanın bakım verenin hem stresle hem de kendi tükenmişliğinin azaltılmasında etkin rolü olduğu, sosyal desteğe başvurulmaması halinde tükenmişlik oranlarının arttığı bildirilmiştir. Yapılan bazı araştırmalarda ise stres yaratan yaşam olayları, sosyal destek, başa çıkma tarzları ve psikolojik rahatsızlık riski arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, özellikle stres yaratan olay kronik olduğunda sosyal desteğin stresin olumsuz etkilerini azaltamayabileceği, bununla birlikte yaşanan stresin kendisinin de sosyal

destek kaybına neden olabileceği ve stres ile sosyal destek değişkenlerinin etkilerinin birbirine karışabileceği belirtilmektedir (37).

Peki AH gibi kronik ve zorlayıcı olan bir hastalık sürecinde bakım verenler neler yaşamaktadır?

1.4 ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM VERME

Bakım verenler için bakım verme ve tükenmişliğin yaşandığı süreçte başlangıç noktası Alzheimer tanısının konulması karşısındaki tutumlarıdır. Bazı hastalar ve aile üyeleri için yeterli bir uzman tarafından Alzheimer hastalığı tanısı konulmaması bir rahatlayış, bir tür kurtuluştur. Tanı konulan hastaların yakınları ise bir bozukluğun meydana geldiğini fark etmişler, olan biteni örtmeye ya da yadsımaya çalışarak çok üzgün, korkmuş ya da öfkeli görünmemeye çalışarak pek çok enerji tüketmişlerdir. Her şeyi yadsıma huyu olmayan kişiler ise konulan tanıyı işittikleri sırada zaten durumun farkındadırlar. Bununla birlikte insanları en çok ürküten yanı bildiğimiz kadarıyla hastalığın, kişinin sosyo-ekonomik statüsüne, eğitim düzeyine, genel sağlık ve sağlamlık durumuna, moral karakterine veya başka herhangi bir etkene bakmadan herhangi bir kimsenin başına gelebilmesidir. Hangi karakteristiklerin AH'na tutulan insanları tutulmayanlardan ayırt ettiğini bilmiyoruz. Bu gerçeğe yüzyüze oluşumuz bize güç gelir. Bütün bu belirsizlikler kendilerine hastaya konulan tanıyı haber vereceğimiz kişiler için ürkütücü şeylerdir, bundan ötürü tanıdan uzak durmayı tercih ederler. Bazı kimseler de sağlıklıyken tanıyıp bildikleri fakat artık bilişsel durumu bozulmuş olan birinin yanında nasıl davranacaklarını bilmedikleri için, ya da güç duruma düştükleri veya çok üzüntüye kapıldıkları için ondan uzak dururlar. Kimilerinin aklına kendi anne veya babalarının, eşlerinin ya da yakın akrabalarının bunama yüzünden çektikleri gelir. Hangi nedenle olursa olsun insanların uzak durması hem AH'na tutulanlar için, hem de onları bakıp gözetan aileleri ve arkadaşları için, hem de eninde sonunda hasta ile aralarına uzaklık koyanlar için talihsiz bir tepkidir (9).

AH'nın sonucu olarak eşler, çocuklar, torunlar, ailenin hasta olan önemli bir üyesi ile aralarındaki ilişkileri yavaş yavaş yitirirler. Hala yaşamakta olsa da hastanın eşi yaşam arkadaşını yitirir. Çocuklar ise artık bambaşka biri haline gelmiş babalarını veya annelerini, geçmişte onlara arkadaşlık, rehberlik, öğretmenlik etmiş olan birini yitirirler. Bu kayıpların acısı çoğu kez yeterince açığa vurulmaz. Fakat ailenin başa çıkması gereken ağır bir psikolojik stres olarak kalır (9).

Genel olarak aile ani olarak hastalıkla karşılaştığında aile sistemini ve ilişkileri etkileyen bir kriz durumu yaşanır. Fiziksel ve duygusal yaşantılar, hastanın kaybından korkmak, ailedeki rollerin değişmesi ve yeniden düzenlenmesi, ekonomik zorluklar beraberinde gelir (41). Alzheimer hastalığı hasta için bir yıkımdır. Gerçi tanı konulduktan sonra durumu iyice kötüleşinceye kadar hasta yıllarca yaşam işlevlerini yeterli derecede yerine getirmeye, normale yakın bir yaşam sürdürmeye devam edebilirse de bu hastalık, sonu ölüme varacak olan bir çizgide önlenemez bir ilerleme gösterir. Hem Alzheimer tanısı konulan hastaları, onun bakımı ile uğraşan aile üyelerini, hatta uzak akrabalarını ve arkadaşlarını, hem de onun bakımından sorumlu olan kişileri etkileyen bir süreçtir. Uzun dönemde davranış değişikliklerinin yol açtığı belirgin güçlükler, tam bellek yitimi, bunların doğurduğu sosyal sonuçlar, parasal yükler, kişisel ve evlilikle ilgili stres, bakım yerleri ve programlarının düzenlenmesi gibi sorunlar ortaya çıkar (9).

Tanıyı öğrendikten sonra başlayan süreç, hastaya primer bakımı kimin vereceği sorusunun cevaplandığı süreçtir. Primer bakım sorumlusu, bir başka deyişle asıl bakıcı genellikle hastanın eşi, erişkin çocuklardan biri veya çoğu kez kızı ya da gelini, ücret karşılığı çalışan bir yardımcı ya da bir hastabakıcıdır. Bazen bu kişilerin bakım işini paylaştıkları da olur. Primer bakım veren, hastanın her gün sürekli olarak asıl bakımını sağlayan kişi olabileceği gibi bakımı sağlayacak düzenlemeyi yapan ve bakım işinin görülüşünü düzenleyen ve bu düzenin işlemesinden sorumlu olan kişi de olabilir (9).

Bu iş bakıcıların yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal bakımdan tümüyle işgal eden bir süreçtir. Bu süreci farklı yaşayan bireyler olduğu bildirilmektedir. Kendisini talihsiz, kuşatılmış olarak hisseden bireyler olabileceği gibi, bazı bakıcılar için ise bu dönem doyurucu hatta heyecan verici olabilir. Bakım işi eşlerden birinin öteki eşe sağlamakta olduğu normal bakımın bir parçası olarak değerlendirilebilirken, geçmişte yaşanan sağlık sorunları hatırlanarak “şimdi sıra bende” hissi ile görev, yerine getirilmekte olabilir. Çocuklar için ise annesinin veya babasının sıkıntılı zamanında kendisine gereksinim duyduğunu hisseden çocuk ile annesi veya babası arasındaki ilişkinin yenilenmesine veya var olan ilişkinin geliştirilmesine de yarayabilir (9).

Bununla birlikte bakıcıların bir çoğu aslında işlerinin ne kadar güç olduğunun ve giderek daha da güçleşeceğinin farkında değildir. İçlerindeki öfke ve bunun sonucu olan suçluluk duygusunu yenmeye çalışırken sıkıntı çekerler. Sevdiklerine bakmak için tüm güçleri ile çalışırlar. Ama yetilerinin ve yeteneklerinin hepsini birer birer yitirmekte olan, böylesine güçsüz ve çaresiz birinin bakıcısı olduklarına içten içe bozulurlar. Emekli olduklarında daha rahat ve huzurlu yıllar

geçireceklerini ummuş olan eşler kadar, kendi evlilikleri için tasalanan ve bakmakla yükümlü çocukları olan daha genç kuşaktakiler için durum gerçekten böyle olabilir. Bu durum, bakım verme işlevini üzerine alan kişiler için daha da dramatik olabilmektedir. Çalışmalarda, AH'larına bakım verenler arasında depresyon, anksiyete, yüksek tansiyon, mide ülseri ve öteki strese bağlı bozukluklar toplum genelinde olduğundan daha yüksek bulunmuştur. Bir kimse ister hastanın bakımıyla doğrudan doğruya uğraşmakta olsun, ister başka biri tarafından yerine getirilen bakım işini gözetmekte olsun, hastanın bakımı strese, bitkinliğe ve bunların sonucu olan bozukluklara yol açar. Fakat bütün bunların yanında asıl bakım işini üstlenmiş olan primer bakıcının sağlığı çoğu zaman düşünülmez. Oysa bakım sisteminin iyi işlemesi isteniyorsa bakıcının kendi sağlığını korumak ve hastalanmasını önlemek için mümkün olan her şeyi yapması gerekir (9).

Bakımı üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı bir çok değişken artırabilir. İlk olarak hastalığın düzeyi, hastanın iletişim kurma yetersizliği, kişilik değişiklikleri ve davranışsal ve psikolojik belirti ve semptomlar gibi hastayla ilgili değişkenler hastanın bakımını üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı artırmaktadır. İkinci olarak da bakım verenin cinsiyeti, başarılı olamama korkusu, idealleri, fiziksel ve psikolojik sağlıkta bozulma gibi değişkenleri sıkıntıya yol açmaktadır. Üçüncü olarak hasta ile bakımını üstlenen kişi arasındaki ilişki, bakımı üstlenenin yaşadığı sıkıntının düzeyini etkilemektedir. Cantor ve Lund, bakım veren ve hasta arasındaki ilişki yakınlığının tükenmişliği etkilediğini söyler, ayrıca bu durum dolaylı olarak hastaya yansımakta ve bakım verenin sıkıntısı ve hastasıyla arasındaki ilişkinin kalitesi BPSD semptomlarının ortaya çıkışını belirlemektedir (32).

1.4.1 Bakım verenlerin tükenmişliğini artıran değişkenler;

1.4.1.1 Hastayla ilgili değişkenler;

Hastayla ilgili bakım verenlerin yaşadıkları tükenmişliğe etkisi olan değişkenler incelendiğinde hangilerinin tükenmişliğe daha fazla katkısı olduğu sorulur. Hastaların belleklerindeki yıkım, kendi eşlerini, çocuklarını tanıyamayacak hale gelmeleri bakım verenler için yıkıcı bir tablodur. Bununla birlikte bakım verenleri asıl tüketen semptomların kognitif fonksiyonlar değil, hastalığa özgü diğer klinik tablolar olduğunu bildiren yayınlar vardır. Kognitif fonksiyonlarda bozulmanın öncelikli olarak değerlendirildiği çalışmalarda, Haley ve ark. ve Eagles ve ark. demansı olan yaşlı hastalara bakmakta olan yakınlarında, demansı olmayan yakınlarına bakarlara göre depresyon, anksiyete ve tükenmişlik skorlarını yüksek bulmuşlardır. Ayrıca bu

bireylerde psikotrop ilaç kullanımının da daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Clipp ve ark. yaptıkları çalışmada demanslı yakınlarına bakan bireylerde ilaç kullanım oranının aynı yaş grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Haley ve ark. bu bireylerin demanslı olmayan yakınlarına bakanlara göre daha fazla medikal problemlerden yakındıklarını ve hastahanelere daha fazla başvurduklarını gösterirken, George ve Gwyther, bu oranın normal popülasyondan farklı olmadığını söylemiştir (42). Yapılan bazı çalışmalarda ise demansın şiddeti ile tükenmişlik arasında anlamlı fark bulunamamıştır (43).

Kognitif fonksiyonlar bozulmaya başladığında önceleri diğer semptomlar yoktur, fakat diğer semptomların ortaya çıkması aynı zamanda kognitif yıkımın artması ile birliktedir. Bakım verenler için unutkanlığın artması beklenen ve hazırlıklı olunan bir durum olmakla birlikte davranış problemlerine hazırlıklı değildirler ve hastalarını bu davranışlarından sorumlu tutarlar ve stigmatize ederler. Ayrıca davranış problemlerinin varlığı, diğer aile bireylerinin ve sosyal çevrenin daha fazla uzaklaşmasına sebep olurken, daha fazla ilgi gerektirmesi sebebi ile bakım verenlerin tükenmişliğini artırabilir. Ayrıca davranış problemlerinin görülmesi ile, hastalık süreci içinde belli bir zaman sonra ortaya çıktığı için bu problemlerin yanında, zaten uzunca zamandır hasta ile ilgilenmekte olan bireylerin stres semptomları artmaktadır (44).

Bakım verenlere sorulduğunda “sizin için hangi semptomlar daha sıkıntı verici” diye; delüzyon, hallüsinasyon, depresyon ve fiziksel agresyon davranışları en zorlu semptomlar olarak değerlendirilirken, hastanın yaşının genç olması ve cinsiyetinin erkek olması daha az önemli ve hastalığın kognitif yıkımlar açısından şiddeti, fonksiyonel kapasitesi ve süresi en az önemli olarak değerlendirilmiştir (45).

Finkel ve ark. tekrarlayan sorular ve vurma gibi davranış semptomları ile delüzyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomların hasta, aile ve bakım verenlerin sıkıntısını artırırken, bakımevine erken yerleştirilmeye, bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabileceğini söylemiştir (46). Aşağıdaki tabloda, yapılan bir çalışmada BPSD semptomlarının bakım veren için sıkıntı verme derecesi özetlenmiştir (25).

BPSD

Grup 1

Sık / en sıkıntı verici

Grup 2

Orta / orta sıkıntı

Grup 3

Nadir / az sıkıntı

Psikolojik

Delüzyon

Yanlış tanımlamalar

Hallüsinasyon

Depresif duygu durum

Uykusuzluk

Anksiyete

Davranışsal

Fiziksel agresyon

Ajitasyon

Ağlama

Amaçsız dolaşma

Kültüre uygunsuz davranış

Beddua etme

Çığlık atma

Tekrarlayan sorular

BPSD semptomlarının bir çok araştırmada bakım verenin tükenmişliğine etkisi kanıtlanmakla birlikte bazıları bakım veren tükenmişliğinin hastanın semptomları ile ilişkili olmadığını söyler. Bu görüşü destekleyenlerden Rabins ve ark. fonksiyonel kapasitenin, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki işlevselliğinin tükenmişlik oranını belirlediğini bildirmiştir (47).

1.4.1.2 Bakım verenle ilgili değişkenler;

Tükenmişlik oranı ciddi derecede artana kadar primer bakım verenler genelde ailelerdir. Hatta bu oran daha çok hastaların karıları ve kızları lehinedir (43). Muller, bakım verenin genelde bayanlar olduğunu, eş veya evin büyük kızının bu sorumluluğu aldığını bildirmiştir (48). Bakımevlerinde hafif kognitif fonksiyonları olan bireyler incelendiğinde kız çocuklarının olmadığı, en azından bir kız çocuklarının olmamasının bakımevlerinde kalma riskini artırdığı bildirilmektedir. Soldo, kızların erkek çocuklara göre ebeveynleri daha geç dönemlerde bakımevlerine gönderdiklerini ve ilerleyen kognitif ve fiziksel yıkıma daha dayanıklı olduklarını söylemiştir.

Horowitz, kızların evdeki işlerin düzenlenmesi, yemek hazırlanması, alışveriş ve bir yerden bir yere götürme gibi işlerin sorumluluğunu daha fazla aldıklarını bildirmiştir (49).

1975'lerde, 65 yaş üstü erkeklerin %79'u evli iken, bu oran kadınlarda %47 idi. Dolayısı ile erkek hastaların bir çoğunun kendilerine bakım verecek eşleri hayatta idi, bu oran kadınların erkeklerden daha fazla bakım veren rolünde olmalarını açıklayan parametrelerden en basitidir (50). Bunun dışında cinsiyetin rolünün belirlenmesinde, sadece evlilik oranlarının değil bakım verme işlevine verilen anlamın da değerlendirilmesi gerekir. Klinisyenlerin gözlemlerine göre kadınların ve erkeklerin bakım veren statüsüne yükledikleri anlam farklıdır. Kadınlar için bu, şimdiye kadar sürdürdükleri rolün bir devamı olabilirken, erkekler için yeni bir deneyimdir ve ürkütücüdür. Bazen de bu durum farklı olabilir, kadınlar zaten genel anlamda evlerine, eşlerine, çocuklarına geleneksel bakım veren olduklarından, daha önce de bu rolü yarı zamanda yapmakta iken bütün günlerinin buna ayrılması onlara stresli gelebilecekken, erkekler için bu rol yeni ve heyecanlı olabilir. Emekli olan ve işleri ile ilgili sorumlulukları kalmayan erkekler evde yeni sorumluluklar ararken bakım veren olmak onlara daha az stresli gelebilir. Ayrıca bu durumu şimdiye kadar eşlerinin onlara bakması sonucu bir çeşit "geri ödeme" gibi algılayanlar da olabilmektedir (43). Zarit, bakım veren erkeklerin kadınlardan daha yaşlı olmalarına rağmen bakım veren statüsünde iken çevrelerinden ve çocuklarından daha fazla yardım talep ettiklerini (eşlerin bakım vermesi halinde yardım gerektiren durumlarda bireylerin kendi cinsiyetinde olan çocuklarına daha sık başvurdıkları gözlenmiştir) ve aldıklarını, fakat kadınların bu alanda daha yalnız olduklarını bildirmiştir (50). Bu durum aynı zamanda erkeklerin kadınlara oranla aktif başa çıkma mekanizmalarını daha fazla kullandıklarını bildiren sonuçları da desteklemektedir. Diğer yayınlarda ise kadınların sosyal ilişkilere yardım açısından daha fazla başvururken, erkeklerin profesyonel yardım arayışında oldukları bildirilmiştir. Örneğin, kadınların sosyal çevreleri ve komşuları ile daha yakın ilişkiler kurdukları, bakım veren erkeklerin daha izole oldukları söylenir ve bu da tükenmişliği artıracaktır. Ayrıca erkeklerin yaşlarının daha büyük olması sebebi ile kendi sağlık durumları ile ilgili zorlukları, yaşadıkları stresi artırabilir (50).

Cinsiyetle birlikte yaş da tükenmişliği etkileyen önemli bir parametredir. Genç yaşta bakım verenlerin ileri yaştakilere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları, kronik bir hastalık varlığının onlar için yaşlılardan daha kaygı verici olduğu bildirilmiştir. Ayrıca gençlerin kendi aileleri ve işleri ile ilgili almaları gereken diğer sorumlulukları da vardır, örneğin çocuklarının eğitimini karşılamak, evlendirmek gibi. Fakat yaşlılarda tükenmişliğin daha fazla hissedildiğini söyleyen çalışmalar, bu

bireylerin kendi sađlık problemlerinin yařla birlikte artması sebebi ile ve emekliliklerinde rahat etme hayallerinin gerçekleřemeyeceđi dűřűncesi ile tűkenmiřlik yařadıklarını bildirmiřtir (43).

Bakımevi kararı;

Her ne kadar yaşlıların bakımevlerinde bakıldığı fikri varsa da bu çok doğru değildir. Bakımevi tercihi genellikle aileler tarafından diğer bűtűn alternatifler gűzden geçirildikten sonra son tercihtir (49). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin sadece %25'i bakımevini, %63.5'i evde bakımı tercih etmişlerdir (51). Aile bireyleri çoğunlukla yakınlarını uzun sűreli bir bakım merkezine vermeyi geciktirirler ya da reddederler. Özellikle eşlerin diğer bakım veren yakınlarla oranla bu fikri daha az benimsedikleri bildirilmiştir (16). Yapılan bir çalışmada bakım veren eřin yaşaması halinde bakımevine gűnderilme oranının azaldığı bildirilmiştir (42).

Pfeiffer, bakımevi tercihinin idrar ve gayta inkontinansı, kiřinin kendi bakımını sűrdűrememesi, profesyonel bakıcının olmaması ve primer bakım verenin kendi sađlık durumu gibi kriterler tarafından belirlendiđini sűylemiřtir. Bakımevi řartlarını evde de sűrdűrmek műmkűn olmakla birlikte aileye ekonomik ve duygusal açıdan ek stres getirebileceđi için son dűnemlerinde hastaların bakımevlerinde bakılmasının tercih edilmesi gerektiđi bildirilmektedir (52). Bununla birlikte, Anthony, hastaların bakımevi veya bařka bir sebeple yařadıkları ortamın deđiřtirilmesi sonucunda en az 3 ay boyunca oryantasyon bozukluklarının devam edeceđi ve bunun da ajitasyonlarını artıracadıının unutulmaması gerektiđini eklemiřtir. Yer deđiřtirilmesine en duyarlı olan grup orta derecede kognitif yıkımı olan gruptur (53).

Bakımevi ve evde bakımla ilgili çok sayıda çalıřma vardır. George ve ark. yaptıkları bir çalıřmada yakınları bakımevinde ve evde kalan bireylerin ruh sađlıđı, stres semptomları ve fiziksel sađlıklarını incelemiř, arada anlamlı fark bulamamıřlardır (49). "Hastanın bakımevine gűnderilmesinin bir onemi yoktur, zira bakım verme eylemi sűren bir iřlevidir (39)" řeklinde dűřűnen yazarlara katkı olarak Townsend ve ark. primer bakım verenin hasta bakımevinde kalırken bile sorumluluđunu devam ettirdiđini ve en bűyűk gűlűđű diđer yakınların hastayı ziyaret etmesi konusunda yařadıđını sűylemiřtir (49). Bazen bakımevinde hastası olan kiřilerin evde bakanlara gűre daha fazla tűkenmiřlik bildirdikleri bunun da yakınlarını terminal dűnemde gűrme ve nadir gűrmelerinden dolayı yeti yitimi hızını daha belirgin algılamalarından kaynaklanabileceđi bildirilmiřtir (47). Çalıřma, bakımevi ve evde bakılan hastaların yakınlarında tűkenmiřlik açısından

fark olmadığını, bakımevinin her ne kadar fiziksel anlamda bir rahatlama sağlasa da bireylerin suçluluk ve yasını artırarak etki ettiğini göstermiştir (54). Yapılan diğer çalışmalarda AH olan bireyin bakımevinde kalması halinde yakınlarının, evde bakım verenlere oranla daha az medikal ilaçlar kullanmadıkları, belki de bunun ilaç kullanan ve medikal problemleri olanların yakınlarını bakımevlerine yerleştirdikleri şeklinde yorumlanabileceğini söylerler (42). Bununla birlikte 103 bakım verenle yapılan bir çalışmada hastaların bakımevlerine gönderilmesinden sonra bakım verenlerin prospektif olarak takip edilmeleri sonucunda önceden bildirdikleri anksiyete, uykusuzluk oranlarında belirgin azalma olduğu ve bu azalmanın kızlarda daha belirgin olduğu gözlenmiştir (55).

Her ne kadar bakım verenler için bakımevlerine hastalarını yerleştirmek fikri son tercih ise de, son yayınlarda bakımevi tercihinin, çocukların ailelerini terketmeleri ve sorumluluklarından kaçmaları olarak değerlendirilmemesi gerektiği, çocukların yakınlarını ziyaret ederek gerekli emosyonel ve sosyal desteği sağlamaya devam edebilecekleri söylenmiştir (49).

Kültürel farklılıklar;

Tarih boyunca farklı konumlardaki kişiler AH'ı toplumsal olarak farklı yollardan yapılandırmışlardır. Aile içinde ve yerel Alzheimer derneklerinde yer alan bireylerden oluşan gruplar kognitif kaybı olan insanların bakımlarından edindikleri deneyimlere göre anlam yapılandırmalarına gitmektedirler. Bilim adamları ve klinisyenlerden oluşan topluluklar disiplin, milliyet ve deneyimin bir fonksiyonu olarak değişkenlik gösteren AH modelleri oluşturmak üzere birlikte çalışmaktadır. AH üzerinde mevcut kültürel görüş farklılıkları en açık olarak bu hastalık hakkında ABD'deki baskın beyaz kültürlerde ve Asya kültürlerinde yürütülen fikirleri karşılaştırmak sureti ile ortaya konulabilir. Örneğin, AH'nın erken dönemlerinde oluşabilen ve kişilik değişiklikleri olarak tanımlanan durumun algılanan niteliği, normal yaşlanma ile hastalık arasındaki ilişki hakkındaki daha özgül kültürel inançların yanı sıra, kültürden kültüre değişkenlik gösteren kendilik ve toplumsal roller üzerindeki temel görüşlerden de etkilenebilir. Kendilik algısına yönelik kültürel kavramlaştırma kişi olmanın inşasında yer alan bireysel ve grupsal süreçlerin önemine göre değişkenlik gösterir. Üstelik sosyal rollerin yaşamın farklı evrelerinde gösterdiği değişikliğin şekli çeşitli toplumlarda değişkendir (56).

Batılı bilimsel model tarafından karşı çıkılmasına rağmen, özellikle de AH'nın normal yaşlanma sürecinin bir uzantısı olduğu şeklinde bir çok kültürde alternatif görüşler bulunabilir.

Laurence Cohen tarafından yazılan “Hindistan’da Yaşlanma Yok (1998)” adlı kitapta Hindistanda, AH bulunmadığı görüşü ileri sürülmüştür. Bu uçsuz bucaksız ülkede, AH, uzmanlar halkı bu hastalık modelinin faydalı olduğuna ikna edebildikleri takdirde ortaya çıkacak ve Hintliler anca ondan sonra kognitif bozukluğu olan yaşlılarını bu terimi kullanarak etiketleyeceklerdir (56).

Kültürel farklılıkların getirdiği sonuçla bireye AH tanısı konduğunda, bu tanının söylenmesi konusunda da çeşitli yaklaşımlar vardır. Birleşmiş Milletler ve Kuzey Avrupa ülkelerinde bireyin bu bilgiyi alması desteklenirken, Akdeniz ve Güney Avrupa ülkelerinde ise aileye tanı söylenirken bireye tanının söylenmediği çoktur. Yaygın kanı ise, tanının aile ve bireye uygun bir dille anlatılırken hastanın ve ailenin ne anladığının gözden geçirilmesi ve takip desteğini hissettirmektir (57).

Kültürler arası bakım verenlerin hastalığa ve hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomlarına bakış açısı farklılık gösterebilmektedir. Afrika ve Asya ülkelerinde Batı ülkelerine göre beklenen yaşam süresi daha az olduğu için bu durum davranışsal ve psikolojik semptomlarının ortaya çıkışını ve bakım verenin semptoma yüklediği anlamı etkileyebilir. Bakım verenlerin bu semptomları değerlendirmelerinin yanı sıra, bu bireylerin kişilik özelliklerinin ayrı bir ölçekle değerlendirilerek semptomlara tolerabilitesinin ve yaşlıların hayattaki rollerine ilişkin görüşlerinin bilinmesi gerekir (58).

Değişik kültürlerin hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomlarına tepkisi ve ele alışı toplumun büyüklüğüne ve lokalizasyonuna, bakım verenlerin ve ailenin diğer üyelerinin varlığına, sağlık sistemlerinin ulaşılabilirliğine, yaşlının toplumdaki rolü ve ondan beklentilerin boyutları ve toplumun kognitif, davranış ve psikolojik semptomlarına toleransına bağlıdır (58).

Örneğin, Arjantin’de Buenos Aires’te yapılan bir çalışmada bakım verenlerin en çok ajite davranışlar, amaçsız dolaşma, cinsel uygunsuz davranışlar, apati, depresyon, delüzyonlar ve uyku problemleri için tedavi aradıklarını göstermektedir. Bölgede daha küçük köylerde yaşayanların semptomlara karşı daha toleranslı olduklarını ve semptomlar çok artmadıkça tedaviye başvurmadıklarını, ailenin dokunulmazlığı açısından diğer insanları hastalarının semptomları açısından bilgilendirmedikleri ve inanç sistemleri sebebi ile kaderci yaklaşımlarının durumla başa çıkmayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Arjantin’de 85 hastanın kognitif, davranış ve fonksiyonel yeti yitimlerinin bakım verenin tükenmişliği ile arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomları ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin en belirgin olduğunu bulmuşlardır. Çalışmada genç ve eğitim seviyi yüksek olan bakım verenlerin başa çıkma

yöntemlerinin yaşlı bakım verenlere oranla daha az etkili olduğu, yaşlı bakım verenlerin bu durumu “zorunluluk” olarak karşılayarak daha kolay ele aldıkları görülmüştür. Fakat yaşlı bakım verenlerin kendi sağlıkları ile ilgili zorlukları görmezden geldikleri bildirilmiştir. Bakım verenlerin hastaların fiziksel özbakımları ile ilgili yaptıkları giydirmek, yıkamak, yedirmek gibi davranışları çok önemsemedikleri ve görmezden geldikleri ortaya çıkmıştır (58).

Nijerya ve Jamaika hastalarının ve bakım verenlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada bakım verenlerin hiçbirinde depresyon gözlenmemiştir. Jamaika ve Nijerya toplumlarında toplumun yaşlıya bakışı “saygı duyulan bilge”dir, dolayısıyla hastalarının semptomlarına toleransları artar. Nijeryalıların inanışlarına göre yaşlılar çocuklaşmakta ve bu da görev değişimi anlamına gelmektedir. Ayrıca Yoruba kültüründe “akıl hastalığı” tanısı ile stigmatize olmamak için hastalarındaki hallüsinasyon ve delüzyonları saklarlar. Nijerya’da AH’nın bakımının üstlenildiği bakımevlerinin olmaması bu sonuçları destekler niteliktedir. Jamaica’da ise sonuçlar ABD sonuçlarına yakındır (59).

Türkiye’de, AH’nın bir çoğu eşleri ya da büyük kız çocukları tarafından bakılmaktadır. Sadece hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomları çok artarsa bakımevine hastalarını yerleştirirler. Uyku bozukluğu ve amaçsız dolaşma semptomu en çok bildirilen tükenme yaratan semptomlar olarak bildirilmiştir. Eker tarafından 21 kadın ve 15 erkek, 36 AH ve bakım verenler ile yapılan bir çalışmada hastalardaki davranışsal ve psikolojik semptomların sıklığı Birleşmiş Milletler, ABD ve Japon toplumu ile karşılaştırılmıştır. Türkiye’deki hastalarda görsel hallüsinasyonlar, şüphecilik ve uygunsuz aktiviteler (örn. bir nesneyi saklamak gibi) daha yüksek oranda bildirilmişse de hastalıklarının daha ileri evrede olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de bakım verenlerin hastalık ve semptomlar ile nasıl başa çıkacaklarına dair yeterli bilgileri olmaması kendileri için streslerini artırabilen bir durumken, topluma özgü şekilde kognitif yıkım ve hastalığın diğer semptomları yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak değerlendirilebilmektedir (58).

1.5 TÜKENMİŞLİĞE MÜDAHALE ALANLARI

1.5.1 Hastalara yönelik;

Tükenmişlik kavramı yukarıda genel olarak ele alındıktan sonra bakım verenlerin tükenmişliğini azaltmaya yönelik olarak sorunların ve müdahale alanlarının belirlenmesi için aşağıdaki şekilde bir derleme yapmak uygun olacaktır.

Tükenmişliğin prediktörleri; Bakım verenlerin bakım işini organize edenlerden, eşlerin diğer akrabalarından, kadınların erkeklerden daha fazla tükenmişlik için risk altında olduğu bildirilirken, immatür başa çıkma mekanizmaları olanların, aileden ve arkadaşlardan yeterli desteği alamayanların, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanların ve hastası ile hastalık öncesi ilişkisi problemli olanların daha fazla tükendikleri belirtilmektedir. Bununla birlikte, komşular dahil çevreden destek alanların, hastalık hakkında bilgilendirilenlerin, problem çözme gibi etkin başa çıkma mekanizmasını kullananların, Alzheimer dernekleri gibi destek gruplarına üye olanların daha az risk altında oldukları söylenmiştir (45).

Bundan sonraki bölümde bakım verenlerin tükenmişliğini azaltmaya yönelik bu koruyucu faktörler kapsamlı şekilde tartışılacaktır.

Toseland ve Rositer, bakım verenin tükenmişliğini azaltmaya yönelik olarak 3 alan tariflemiştir (60).

Psikolojik destek;

Ventilasyon imkanı ile hissedilenlerin anlatılması

Grup desteği olarak “tek” olmadığının anlaşılmasına yardım etmek ve paylaşmasına imkan sağlamak (suçluluk, öfke, yas gibi duyguların paylaşılması ve bakım verenin kendini bir canavar gibi hissetmesinden uzaklaştırılması)

Kognitif terapiler gibi bireysel terapiler, rahatlama egzersizleri, stresle başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi

Eğitim;

Bilgilendirmek (sözel, yazılı ve görsel olarak)

Ev şartlarının düzeltilmesi için yol göstermek

Terapötik becerilerin, problem çözme ve davranışsal tekniklerin öğretilmesi (yemek yedirme, banyo sırasında yardımı olabilecek bilgiler verme)

Acil, kanuni ve finansal alanlarda planlama

Destek Sistemlerinin harekete geçirilmesi;

Aile, çevre ve profesyonellerin (sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve bakıcı gibi) harekete geçirilmesi

Bu alanların uygulanması sırasında sadece bakım verene yönelik değil hastaya yönelik faydaların da olacağı akılda bulundurulmalıdır. Bilgilendirilmenin bilinmeyenle başa çıkmada en önemli adımlardan biri olduğu gözönüne alınırsa, bakım verenlere hastaları ve hastalıkları ile nasıl başa çıkacakları konusunda bilgi verilmeli ve yol gösterilmelidir. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin sadece yaklaşık yarısının hastalarının durumu ve hastalık hakkında bilgilendirildiği söylenmiştir (61).

Hastalıkla başa çıkmada ilk adımlardan biri, hasta için çevrenin ve günlük aktivitelerin düzenlenmesidir. Hasta için ideal olan çevre stressiz, devamlı ve tanıdık olmalıdır (62). Bunun yanında bakım verenin, hastalarının davranışsal ve psikolojik semptomları karşısında nasıl bir tutum takınacakları da hem kendi ruh sağlıkları hem de hastalarının kliniği ile ilişkilidir. Burada, çalışmalarda bildirilen bazı pratik, kolay ve daha az maliyetli olan yönergelerden bahsedilecektir.

Öncelikle bakım verenler ve aile için başa çıkılması en zor olan semptomlardan biri hastanın davranışsal semptomlarıdır. Aile için özellikle fiziksel şiddet, vurma, katastrofik reaksiyonlar, şüpheler, suçlayıcı davranışlar, gece uyanmaları, amaçsız dolaşmalar gibi bazı davranışlar sorun olabilir. Katastrofik tepkiler, aile üyelerinin bu tepkileri ortaya çıkaran durumdan kaçınmaları ya da bu durumu ortadan kaldırmaları, sessiz ve soğukkanlı davranmaları, nazikçe hastanın dikkatini başka yöne çekmeleri konusunda rehberlik edilerek olabilecek en az düzeye indirilebilir (63).

Ajitasyon ve agresyonu olan hastalar için hastayı tedirgin eden ortamdan uzaklaştırmak, güven veren ve kibar bir ses tonu kullanmak, ajite olan hastaya önden sakın ve yavaşça yaklaşarak

güvende ve ona zarar gelmeyeceği garantisini vermek, dokunmak, hastayla konuşurken tehdit algılamasını sağlayacak pozisyonlardan uzak durmak örn. yatağındaki hastanın başında ayakta durmak yerine, dizlerinin üzerine eğilmek, hastayı daha az tedirgin edecektir. Sıkıntı duydukları ortamdaki bir süre uzaklaştırmak ve dikkatini başka konulara toplamasını sağlamak, sakin ve sessiz bir çevre düzenlemek, ajite olduğu zaman hastayla tartışmak ve yüksek sesle konuşmaktan ve hastanın bir ekstremitasını tutmaktan sakınmak gereklidir. Hastaların ellerinde belli bir oyuncak taşımalarının ya da evde evcil hayvan beslenmesinin ve onlara dokunmalarının hastaların ajitasyonlarını azalttığı bildirilmiştir (64,65).

Amaçsız dolaşan hastalar için, hastaları o sırada programlı bir aktiviteye dahil etmeye çalışmak, kaybolan hastaların hala okuma ve anlama becerileri varsa, kendileri için ya da etrafta onları bulanlar için ceplerine telefon numaralarının ya da adreslerinin yazıldığı ya da kısa komutlar yazan pusulaların konulması faydalı olabilir. Ayrıca duvarları siyaha boyanan odalarda hastaların yolun bittiği fikrine kapılarak daha uzağa gitmedikleri farkedilmiştir (64,65).

Tekrarlayan soruları olan hastalar için hastaların sorularının cevaplanmaması karşısında öfkeleri artabilir, hastalar bazen “kimin öldüğünü sorarken” aslında kendilerini yalnız hissettiklerini söylemek istemektedirler, o sırada bunu anlayan bakım veren, hastaya onunla ilgileneneğini ve onu yalnız bırakmayacağını söyleyebilir. Ya da konuyla ilişkili ya da ilişkisiz başka bir konuda sohbet başlatabilir (64).

Bliwise ve ark. sirkadiyan ritimdeki bozukluğun hastalığın erken dönemlerinde görülmeye başladığını ve evre arttıkça düzensizliğin arttığını bildirmiştir. Bu düzensizlik hem hastanın hem bakım verenin yaşam kalitesini düşürmektedir (66). Van Someren, gün içindeki aktiviteleri artırılarak hastaların gece uykularının düzenlenebileceğini bildirmiştir. Ayrıca akşam ya da öğle üzeri saatlerde yapılacak ılık bir banyonun da aynı etkiyi yapabileceği söylenir. Uyku ve kalkma zamanlarının düzenlenmesi, yatak odasının sadece uyumak üzere kullanılması, yemek saatlerinin düzenlenmesi, alkol, kafein ve nikotinden uzak durulması, akşam alınan sıvının kısıtlanması, uyku saatlerinde ses ve ışığın azaltılmasının etkili olabileceği bildirilmiştir (67).

Uygunsuz cinsel davranışları olan hastalarda, bakım verenler için hastalarının cinsel organlarını herkesin önünde teşhir etmesi veya masturbasyon yapması çok sıkıntı verici ve utanıdırıcıdır. Bu davranışlar genellikle hastanın nerede olduğunu, nasıl giyineceğini ve giyinik olmasının önemini unutmalarından kaynaklanır. Bu durumda bakım verenlerin en kısa şekilde,

hastaları soyunuk ise bir bornozla giymelerine yardımcı olmaları, masturbasyon yaparken ise katastrofik tepkiye neden olmamak için öfkeli davranmamaları, hastayı özel bir odaya götürmeleri, dikkatini çekecek başka bir aktivite sunmaları ve daha sonraki yaşantıları engellemek için gün içi aktivitelerini artırmaları ve düzenlemeleri gerekir (64).

Bakım verene ya da aileye hastanın tüm eylemlerinin yeteneklerine uyarlanması ve yönergelerin basit, somut, her seferinde bir tane olması gerektiği anlatılmalıdır. Hatalar anında ve doğrudan düzeltilmeli, kural başarılan kısmın övülmesi olmalıdır. Hastaları yüreklendirmek ve aktive etmek de önemlidir. Brook ve ark. bir çalışmalarında takvim, saat, günlük objelerin renkli resimleri, kitap, gazete dolu bir odada aktif olarak odadaki malzemeleri kullanmaları için desteklenmiş, tarih tekrarları, günlük nesnelerin provalarını yapması yönünde cesaretlendirilmiş demanslı hastaların, aktif cesaretlendirilmeyen, odadaki nesneleri isterse kullanan kontrol grubuna oranla daha belirgin gelişme gösterdiklerini ortaya koymuştur. Çalışma grubu daha dikkatli ve aktif hale gelmiş ve hatta var olan inkontinansları bile kaybolmuştur. Yakınları bilişsel yetileri gelişmeye de hastalarının uyarıldığını ve daha canlı hale geldiğini bildirmiştir. Ayrıca bakım verenler hastanın başarabildiği işlevleri üstlenmekten, dolayısı ile hastanın bağımlılığını teşvik etmekten ve benlik saygısının azalmasına neden olmaktan kaçınılmalıdır. Bununla birlikte hasta kapasitesini aşan işlerde zorlanmamalıdır, aksi takdirde frustrasyon, anksiyete, öfke, bazen de şiddet içeren davranışlar ortaya çıkabilir (63).

Bakım verenlerin hastalarla konuşurken kısa ve net cümleler kurmaya ve kurdukları cümlelerin negatif içerikli yerine, nötr olmasına dikkat etmeleri gerekmektedir. Örn, “dışarıya çıkma!” komutu yerine “içeride kalalım” şeklinde ifade kullanılmasının hastaların daha az tehdit hissetmelerine yarayacağı belirtilmektedir (65). Ayrıca bakım verenin hastanın uygun olmayan davranışları karşısında sabırlı, esnek ve hoşgörülü bir tutum takınması gerekir. Bu konuda güçlük çeken aile bireyine de kendi yasını tanıma, anlama ya da öngörmesi açısından yardım gerekebilir. Bakım veren kişinin çabalarının tedavi ekibi, arkadaş ya da aile üyeleri tarafından takdir edilmesi, hasta için harcadığı inanılmaz enerji ve zamanın da görülmesi önemlidir. Çünkü bakım verenin sağlığını koruması hasta ile başa çıkabilmesi açısından önemlidir. Çalışmalar fiziksel problemleri olan bakım verenlerin bakımevlerini daha fazla tercih ettiklerini göstermiştir (63).

Daha kolay ve uygulanması pratik olan önerilerden sonra profesyonel yardımın da hastanın davranışsal ve psikolojik semptomlarının azaltılmasında faydası olacaktır.

Hastaların davranış sorunları ile başa çıkmada genellikle davranışçı teknikler kullanılır. Son yıllarda “realite oryantasyonu” özellikle ABD ve İngiltere’de sıklıkla uygulanmaktadır. Realite oryantasyonu hastanın yiten zihinsel kapasitelerinin uyarılabileceği, çalıştırılabileceği varsayımına dayanan bir yaklaşımdır. Hasta, ortamından ve ilişki kurduğu kişilerden uzaklaştığı için beyninin bazı bölümlerini kullanmamaya başlar. Bu süreç;

1. Çevresine tekrar tekrar oryantasyonu sağlanarak ve sürekli uyaranla karşılaştırarak,
2. Hastayı izolasyonu azaltmak amacı ile bir gruba yerleştirerek geri döndürülebilir.

Böylece kullanılmayan nöron yolları tekrar işlevsellik kazanabilir. Realite oryantasyonu iki biçimde uygulanır. 1- Hastaya yarım saat süreyle yoğun bilişsel eğitim yapılır; gün, tarih ve yerle ilgili bilgiler verilir ve terapistle tekrarlatılır. 2- 24 saat boyunca realite oryantasyonu uygulanır. Bu, tedavi ekibinin hasta ile her temasında uygulanır. Woods, hastaların bazı semptomlarının “öğrenilmiş çaresizlik” le ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Hastalar bir zamanlar basit olan bu işleri ardarda becerememeleri karşısında travmatize olur ve çaresiz, yanıt vermeyen bir pozisyon seçebilirler. Realite oryantasyonu, bu durumu hastanın bir kez daha başarılı olmasını sağlayarak bozar (63).

Erken ve orta dönemdeki AH kendi kognitif kayıplarının farkında oldukları için ve hastalıklarına içgörülerini henüz kaybetmedikleri için bu kaybın yasını yaşarlar, hastalar bu konuda bireysel terapi almaları halinde terapistlerini idealize ederek kendilerini korunmuş ve daha az anksiyeteli hissederler. Bakım verenler, hastalarının görüşmelerden sonra, görüşmenin ayrıntılarını hatırlamamakla birlikte, sempatik ve rahatlatan tutumun hastanın saatlerce, hatta günlerce daha sakin hissetmesine sebep olduğunu bildirmiştir. Grup terapisinin faydasını vurgulayan çalışmalar da vardır (64). Ayrıca bu hastalarda neostriatum en son etkilenen alan olduğu için müzikal bellek ve koordinasyondan sorumlu olan bu alan ağır evrede olan hastalarda bile korunur. Çalınan müziğin hastanın anksiyete ve ajitasyonunu azalttığı, uykuyu düzenlediği bildirilmiştir. Nasıl bir müziğin, ne kadar çalınması gerektiği konusunda kapsamlı yayınlar olmasa da hastanın gençlik yıllarına, memleketine ait, yüksek sesli olmayan müziklerin tercih edilebileceği bildirilmiştir (64).

Farmakolojik tedavi;

Yardımların bir diğer ucu da hastaların davranışsal ve psikolojik semptomlarının daha önce anlatılan önerilerle azaltılamaması halinde devreye girebilen farmakolojik tedavidir. Bu semptomları tanımak ve tedavi etmek konusunda bu konuda uzmanlaşmış yeterli klinisyenin olmaması bakım verenlerin ve ailenin bu semptomların tedavi edilebilir olduğundan habersiz olmalarına yol açmaktadır. Oysaki farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının ekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmeleri gerekir (58).

Genellikle hem daha ekonomik, hem de efektif olması sebebi ile farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı ilk seçenektir. Fakat semptomların kontrol altına alınamadığı orta ve ileri evrede hastalar için farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Bu uygulama sırasında hastaların yaşla birlikte karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında gerileme olacağı, ilaçların bağlanması açısından bu bireylerde yaşla birlikte artan hipoalbuminemi olduğu, hastaların benzodiyazepinler, antikolinergik ilaçlar ve trisiklik antidepresanlara daha duyarlı oldukları unutulmamalıdır (68).

Hastalarda önerilen, en düşük dozla tedaviye başlamak ve yan etkilere (yüksek potenslilerle görülen ekstrapiramidal yan etkiler ve düşük potenslilerle görülen postüral hipotansiyon, ağız kuruluğu, kabızlık, artan kognitif yıkım gibi) dikkat ederek doz artırmaktır. Bu hastaların altta yatan beyin dejenerasyonu ve artan yaşlarına bağlı olarak tardiv diskinezi'ye daha duyarlı oldukları da gözde tutulmalıdır (68).

Barnes, nöroleptik tedaviden en fazla fayda gören semptomların, fiziksel agresyon ve şiddet davranışları, hallüsinasyon, delüzyonlar ve hostileite olduğunu bildirmiştir. Haloperidol, risperidon, klorzapine, klozapine, tiyoridazin kullanılarak yapılan çalışmalarda ilaçların etkinliği bildirilmiştir. Anksiyete, irritabilite ve uykusuzluk için lorezepam ve oksazepam gibi kısa etkili benzodiyazepin kullanılan çalışmalar vardır. Fakat hastalarda görülebilecek artmış sedasyon, ataksi, amnezi, konfüzyon ve düşmelere dikkat edilmesi önerilir. Karbamazepin, valproik asit ve lityum'un da ajite hastalarda kullanıldığı olmuş ve etkin bulunmuştur. Trazodon, trisiklik antidepresanlar, SSRI (selektif serotonin geri alım inhibitörü)'lar depresyon ve ajitasyon tedavisinde önerilen seçeneklerdir. Eğer bir antidepresan seçilecekse bunun SSRI veya sekonder amin trisiklik antidepresan olması önerilmektedir. Ayrıca depresyonu olan Alzheimer hastalarında EKT'nin uygulanabileceği bilinmektedir. Unilateral tedavide bilaterale göre daha az kognitif bozulma

ariflenmekle birlikte, aynı etki için daha fazla seans yapmak gerekliliği olduğu unutulmamalıdır (58).

Tetrahidroaminoacridin, donepezil hidroklorid ve rivastigmin gibi asetilkolinesteraz inhibitörleri her ne kadar hastalardaki kognitif semptomlar için kullanılmaya başlandı ise de astalardaki apati, ajitasyon, hallüsinasyon ve delüzyon semptomlarını da azalttığını bildiren alışmalar vardır (68).

Türkiyedeki klinisyenler arasındaki genel yaklaşıma göre;

- Hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomlarının artması durumunda genel yaklaşım ilaç tedavisidir.
- İlaç seçiminde ilk tercih nöroleptikler olmaktadır.
- Haloperidol, tiyoridazin, yakın zamanlarda klozapin ve risperidon bu hastalarda çalışılmış ve etkinlikleri kanıtlanmıştır.
- EKT ileri evre, agresif ve birlikte parkinson semptomları olan hastalarda denenmiştir.
- Kısa etkili benzodiyazepinler ve düşük doz antikonvülsanlar tedavide kullanılabilir.
- Diazepam gibi uzun etkili benzodiyazepinler sıklıkla bakımevlerinde kullanılmaktadır.
- SSRI'lar ise depresyon tedavisinde en çok tercih edilen ajanlardır (58).

1.5.2 Bakım verenlere yönelik

Bakım verene yönelik adımlar tartışılırken ise, alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, ikenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması önerilmektedir. Örneğin, Ivancevich ve Matteson tükenmişliğin azaltılması için bakım verenlerde egzersiz, fiziksel aktivite, meditasyon programları, hipnoz, bireysel ve grup terapisi ve gevşeme egzersizlerinden fayda görülebileceğini öylemiştir. Bu yöntemlerle bakım verenlerin tükenmişliğinin, depresyon, anksiyete oranlarının ve aç kullanma sıklıklarının azaldığını bildiren yayınlar vardır (69).

Zarit ve ark. ise aile ziyaretlerinin bakım veren tükenmişliğini azaltan çok etkin bir yöntem labileceğini ve ailenin diğer bireylerinin bakım verene destek ve sorumluluğu paylaşmak ılımında harekete geçirilmesinde etkin olabileceğini bildirmiştir. Zarit 1985'te aile ziyaretleri ile gili detaylı bir protokol hazırlamıştır (70). Aileye yönelik uygulanan müdahalelerden biri olan

Mittelman ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bakım verenlerin ve ailenin hastalıkla nasıl başa çıkacaklarına ilişkin verilen eğitim sonrasında, programın başında yakınlarını bakımevine erleştirmeyi düşünen 41 aileden yalnızca 1'inin bunu gerçekleştirdiği bildirilmiştir (71).

Her ne kadar bakımevlerine hastaların yerleştirilmesi sanki çok tercih edilmeyen bir yöntem gibi algılsa da hastalar için tıbbi bakım, fiziksel aktivite ve sosyalizasyon olanakları sağlayan ündüz bakımevlerinin ve uzun dönem bakımevlerinin hizmete sokulması bu destek sisteminin nemli parçalarından biridir. Hostilite, saldırgan davranış, öfke patlamaları gibi ağır davranış orunları olan hastalar gündüz bakımevlerinde bakılamayabilirler. Bu durumda hekimin hem armakolojik, hem de çevresel düzenlemelerle hastayı mümkün olabildiğince bakımevinde tutmaya alışması gerekir. Bunu hekimin aileye önermesi ve bakımevinde hastanın nasıl bir bakım öreceğini ve yatırılırsa ailenin ilgilenmesinin önemini tartışması gerekir. Yapılan çalışmalar akımevlerinde kalan, yakınları ziyaret etmeyen yaşlıların daha kısa sürede öldüğünü göstermiştir. Izun bekleme listesi nedeni ile bakım evi sorunu hekim tarafından daha erken dönemde de ündeme getirilebilir. Aile yoğun suçluluk, utanç, başarısızlık hissi gibi nedenlerle bakımevine astalarını yatırmaya karşı çıkabilirler. Bu konuda bakım verenlere ve aileye destek ve yardım erekebilir (63).

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Ülkemizde 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı giderek artmakta ve bu durum toplumsal, sosyal ve ekonomik alanlarda karşımıza büyüyen bir sorun olarak çıkmaktadır.

Türk kültürünün, geleneksel yaşlıya bakışının doğu kültüründekine benzer şekilde “evin üyüğü , bilgisi” ya da bakım verme işlevine “görev değişimi” gözüyle bakılması ile birlikte, son önemlerde Türkiye'nin gelişmekte olan bir dünya ülkesi olması ve çalışan nüfusun giderek rtması, genç bireylerin ekonomik ve sosyal nedenlerle evden uzaklaşması, yaşlıların giderek “ayak ağı” olarak kabul edilmesi bakım verenleri yakınlarından uzaklaştıracak ve uzaklaşma sebeplerini aha kolay rasyonalize etmelerine sebep olacaktır. Fakat bu rasyonalizasyon zamanla inkar edilmiş ir yas yaşantısının devamı olduğundan, bireyler durumla yüzleştiklerinde “tükenmişlik” açınılmaz olacaktır.

Bu çalışmanın amacı, bakım verenlerin yakınları ile ilgili yaşantılarında, kendilerine belirgin tükenmişlik yaşatan alanların belirlenmesi ve profesyonellerin yardımı ve desteği ile bu konuda bakım almalarının sağlanmasına yönelik ipuçlarının elde edilmesidir. Alzheimer hastalarına primer bakım veren yakınlarında bildirilen tükenmişlik ile hastanın semptomları arasında nasıl bir ilişki olduğu ve tükenen ve tükenmeyen bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarının nasıl değiştiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bakım verenin tükenmişliğine katkısı olduğu düşünülen parametrelerden ; hastanın kognitif fonksiyonu, günlük yaşam aktivitelerindeki yeti yitimi, depresyonu ve psikotik belirtileri ile bakım verenin tükenmişliği ve tükenmişlik ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

3. YÖNTEM

Araştırmanın örneklemi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar ve yakınları arasından seçilmiştir. Denekler daha önce diğer tanımlar ekarte edilerek Alzheimer hastalığı tanısı konmuş bireyler ve onlara primer bakım veren yakınlarıdır. Alzheimer hastalığı olan bireyler tanıları, tam kan, biyokimya (karaciğer enzim testleri, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitler), sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri, vit B12 ve folik asit (varsa HIV markerları ve sifilize yönelik VDRL testi), bilgisayarlı tomografi (BT) / kranial MRI tetkikleri ile diğer tanımlar dışlandıktan sonra DSM IV kriterleri esas alınarak konulmuş hastalardır. Hastaların nörolojik muayeneleri yapılmış ve focal nörolojik bulguları olanlar çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmada fiziksel bakım gerektirecek derecede bağımlılık yaratan örn. geçirilmiş serebrovasküler olay hikayesi, osteoporozu sekonder kalça kırığı hikayesi, kanser gibi hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların poliklinik kayıtlarından telefon numaralarına ulaşılarak evlerine telefon edilmiş yakınları ile görüşülerek evde veya klinikte yapılacak değerlendirme planlanmıştır. Planlanan görüşme ve saatte hastanın ve primer bakım vereninin evde olacağı netleştirilerek ev ziyareti yapılmıştır. Yapılan ev ziyareti sırasında hastaların kognitif yetilerine göre kendilerine ve yakınlarına çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve ölçekler uygulanmıştır. Hastalar ve yakınlarına araştırmacı tarafından düzenlenmiş yapılandırılmış bir anket formu uygulanarak demografik veriler toplanmıştır. Bu anket formu ekteyedir. Daha sonra hastalara sırasıyla ilköğretim ve üzeri eğitimi olanlara standardize, daha düşük eğitim seviyesinde olanlara ise eğitimsizler için Mini Mental

urum değerlendirme testi (MMSE), geriatri depresyon leği (z bildirime dayalı bir ölçek olduğu ;in hastalar arası fark olmaması açısından araştırmacı tarafından sorularak tek tek yüksek sesle kunarak uygulanmıştır), kısa psikiyatrik derecelendirme leği (KPDÖ), fiziksel zbakım leği, akım verenlere ise Maslach tükenmişlik leği ve stresle başa çıkma tarzları leği verilmiştir.

Hastalara uygulanan ölçeklerle ilgili olarak motor veya sensoriyal afazisi nedeni ile MMSE uygulanamayan hastalara “0” puan verilmiştir. Bu kabul, ölçek uygulanamayan hastaların kognitif ıkımlarının ileri derecede olduğu görüşü ile de uyumludur.

Hastalara geriatri depresyon leği (GD) uygulanırken ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini apan araştırmacının tavsiyesi ile MMSE < 10 olan hastalara GD uygulanmamıştır. Bu durum epresyon semptomları için hastanın kognitif yetilerinin bir miktar sürmesi gerektiği görüşünü esteklemektedir. Toplam 14 hastaya MMSE’si < 10 olduğu için GD uygulanmamıştır.

KPDÖ leğinde ise afazisi olan hastalarla ilgili benzer bir durum yaşanmış ve 4 hastaya PD leği uygulanmamıştır. Hastalara verilemeyen ölçekler istatistikte değerlendirmeye linmamıştır.

3.1 Veri toplama araçları

Geriatri Depresyon leği;

Geriatri depresyon leği (GD), 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından luşturulan yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir. z bildirime dayalı 30 sorudan luşan bu ölçeğin hazırlanışındaki temel amaç yanıtlanması kolay ve yaşlılara özgü olmasıdır. Bu edenle başta uyku bozuklukları, seksüel disfonksiyon, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik emptomlar olmak üzere yaşlı popülasyon için depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek emptomları hedef almayan, yanıtları sadece “evet” ya da “hayır” şeklinde olan sorulara yer erilmiştir (72).

Ölçeğin puanlanmasında her soruya depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt in 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Eşik eğer 11 olarak alındığında ölçeğin sensitivitesi %85, spesivitesi %95 olarak hesaplanmıştır. Eşik

eğer 14 alındığında ise, sensitivite %80'e düşmekte, spesivite ise %100'e yükselmektedir. Bu edenle puanın 0-11 arasında olması halinde depresyon olmadığı, 11-14 arası için olası depresyon, 4 ve yukarısı için ise kesin depresyon olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği toplumda yaşayanlarda, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda, bakımevlerinde yaşayanlarda ve ayaktan tedavi gören hastalarda değerlendirilmiş ve geçerli olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra medikal hastalık nedeni ile tedavi altında olanlarda ve demanslılarda da ölçek geçerli bulunmuştur (72).

Faktör yapısı açısından incelendiğinde değişik araştırmacılar tarafından farklı sonuçlar önerilmekle birlikte, ölçeği oluşturan araştırmacıların sonuçlarına göre çökkün duygudurum-aramsarlık (8,6,23,13,16,18,10,25,22 no'lu sorular), fiziksel ve mental enerji kaybı (9,20,21,30,26,2 no'lu sorular), pozitif-mutlu duygudurum (15,27,9,5,7,19 no'lu sorular), uyku-ritasyon-huzursuzluk (24,11,4 no'lu sorular) ve sosyal geri çekilme (12,28 no'lu sorular) olmak üzere 5 faktörlü bir yapıdan bahsedilmektedir.

Ölçeğin Türkçe şekli ise İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı tarafından oluşturulmuş ve 60 yaş üzerindeki populasyonda geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısı Türk yaşlı toplumunda da incelenmiştir (72).

Sağduyu tarafından yaşlılar için depresyon ölçeğinin psikometrik özellikleri bedensel hastalıkları nedeni ile hastanede yatan 60 yaş üzerindeki 92 hastaya Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) uygulanarak araştırılmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğinin yüksek ($r=0.87$), iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. (Cronbach alpha katsayısı=0.72). HDÖ ile yüksek korelasyon içinde, depresyonu olan yaşlıları ayırttebildiği bulunmuştur.

Araştırmacılar demanslı hastalarda ileri dönemde depresyonu sorgulamanın zor ve anlamsız labileceğini bildirmişlerdir. Maral ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastalara Mini Mental testi uygulanmış ve testte 10 ve üzerinde puan alanlara yaşlılar için depresyon ölçeği uygulanmıştır (26).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği;

Yaklaşık 20 yıldır tükenmişliğin yapısal özellikleri, nedenleri, ölçme araçları ve tükenmişlik durumundaki bireylere yardım edici yöntemlerin araştırılması konularında pek çok çalışma yapılmıştır. Tükenmişlik alanındaki söz konusu çalışmalar, bu alanın öncülerinden Maslach ve Jackson'ın geliştirdikleri ölçek ve kuramsal yaklaşımdan büyük ölçüde etkilenmiştir. Kısaca MBI olarak anılan "Maslach Burn-out Inventory", bu alanda en çok kullanılan ölçme aracı olma niteliğini korumaktadır. Bu ölçek yapısal geçerlik yönünden pek çok araştırmada inceleme konusu olmuş ve kavramın tanımlanmasında yer alan 3 boyutun (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve işisel başarı eksikliği) tükenmişliğin temel bileşenleri olduğu fikri desteklenmiştir. Bu üç boyut arasında en önemlisinin duygusal tükenme olduğu, diğerlerinin buna eşlik eden boyutlar olduğunu düşünen araştırmacılar vardır. MBI, genellikle tanı amacıyla kullanılan bir ölçek değildir. Ancak yine de bu alana duyulan yoğun ilgi, bazı araştırmacıları bu ölçeği tanı amaçlı olarak kullanmaya önlendirmektedir (73).

Toplam 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişliği 3 boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenmişlik boyutunda 9 (1,2,3,6,8,13,14,16,20), kişisel başarı boyutunda 8 (4,7,9,12,17,18,19,21) ve duyarsızlaşma boyutunda ise 5 (5,10,11,15,22) madde yer almaktadır.

Maslach tükenmişlik ölçeğinde puanlama her alt ölçek için ayrı ayrı yapılmaktadır. Alt ölçek puanları, her madde için hiçbir zaman 0, her zaman 6 olarak değerlendirilerek elde edilmektedir. Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Her 3 alt ölçekten alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. 6 farklı meslekten (doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis ve memurlar) 235 kişilik örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilen bu çalışma sırasında özgün formunda 6 seçenekli olan cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçe formunun geçerliliği, faktör yapısının incelenmesi yolu ile yapılmış olup, ölçeğin özgün formunda elde edilen 3 faktör elde edilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin, cronbach alfa iç tutarlılık ve test tekrar test güvenilirlik yöntemleri ile hesaplanan güvenilirliğinin Türk örnekleminde oldukça yüksek ve özgün çalışmadaki güvenilirlik katsayılarına benzer olduğu saptanmıştır (37). Bu ölçekte yer alan maddeler hiçbir zaman 0, her zaman 4 puan olacak şekilde puanlanmaktadır (73).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt ölçeklerinden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Buna rağmen tükenme var” diyebilmek için verilen cevapların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için en az çoğu zaman”, kişisel başarı için en çok “çok nadir” şeklinde olabileceği ve dolayısıyla bir kesme puanının elde edilebileceğini söyleyen araştırmacılar vardır (73).

Pelsma, Roland, Tollefson ve Wigington’ın (1989) Maslach tükenmişlik ölçeğinin anneler mekleminde geçerliliğini inceledikleri araştırmalarında yaptıklarına benzer bir biçimde, Ergin (1992) tarafından ölçeğin Türkçeye uyarlanan formunda yer alan “işim gereği karşılaştığım kişiler” e “iş” ifadesi, Duygun tarafından yapılan “zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine etkisi” aşlıklı çalışmada araştırmacı tarafından gerekli görülen yerlerde “çocuğum”, “çocuğumun bakımı” şeklinde değiştirilmiş ve aynı çalışmada ölçeğin geçerlilik çalışması da yapılmıştır. Benzer bir uygulama bu araştırmada da yapılmış ve ifadeler “hastam” şeklinde değiştirilmiştir (37).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği;

Folkman ve Lazarus’un “başa çıkma yolları envanteri”, stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarında sıklıkla kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4’lü likert tipi bir çektir. Psikometrik özelliklerinin yetersizliğine rağmen bu ölçek, pek çok çalışmada kullanılmakta, çeşitli araştırmacılar amaçlarına ve örneklemine göre ölçekten maddeler çıkartmakta ve eklemektedirler. Bu ölçek ülkemizde daha önce Siva tarafından 1988 yılında kullanılmış ve iltüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. 74 maddelik stresle başa çıkma tarzları envanterinin, Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan kısaltma çalışması sonucunda ölçek 30 maddeye indirilmiştir. Bu araştırmada ölçeğin bu formu kullanılmıştır. Şahin ve Durak (1995) stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin geçerliliğini saptamaya yönelik yaptıkları bir dizi çalışma sonucunda ölçeğin; kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, imser yaklaşım ve sosyal destek arama olmak üzere toplam 5 faktörden oluştuğunu bulmuşlardır. kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği soruları (8,10,14,16,20,23,26), çaresiz yaklaşım alt ölçeği soruları (3,7,11,19,22,25,27,28), boyun eğici yaklaşım alt ölçeği soruları (5,13,15,17,21,24), imser yaklaşım alt ölçeği soruları (2,4,6,12,18) ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği sorularından (9,29,30) oluşmaktadır. Sorular %0=> 0, %100=> 3 olacak şekilde puanlanır. 1 ve 9. sorularda anlamı tersten yapılmaktadır (37).

Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (KPDÖ);

KPDÖ, 1962 yılında Overall ve Gorham tarafından geliştirilmiştir. 1983 yılında Post tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Psikoz araştırmalarında özellikle ilaçların etkisini değerlendirmek için sık kullanılan bir ölçektir. KPDÖ'nün Türkçe çevirisinin güvenilirliğine ilişkin veriler ülkemizde klinikler arası tanı, semptom algısı farklılıklarının araştırıldığı Soykan (1992) tarafından yapılan çalışmada bildirilmiştir. Bu çalışmanın yazarı KPDÖ'nin görüşmeciler arası geçerlilik (interrater reliability) değerlendirmesine hem Soykan'ın (1990) araştırmasında hem de ortalık dışında bir merkezde katılmış ve sözü edilen ölçeği uygulama ve öğretme konusunda yeterli bulunmuştur.

Psikiyatrik semptomatolojinin belirlenmesinde kullanılan bu ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Her maddede semptom şiddetinin derecelendirildiği (1=yok, 7=çok şiddetli) bir ölçektir. 18 maddenin toplamından oluşan toplam skor psikopatolojinin genel şiddeti hakkında bilgi verir. Ölçeğin kesme puanı yoktur, bu yüzden patoloji vardır ya da yoktur gibi bir kabul yapmak doğru değildir. Bu ölçekte bazı maddeler görüşme sırasında "şimdi ve burada" gözlemlerine bakılarak, diğer maddeler ise son 72 saat gözönüne alınarak doldurulur (74,75).

Ölçeğin 5 alt ölçeği vardır. Bunlar anksiyete-depresyon alt ölçeği (ANDP; 1,2,5,9 no'lu sorulardan oluşur), geri çekilme-yavaşlama alt ölçeği (Anergia=ANER; 3,13,16,18 no'lu sorulardan oluşur) düşünce bozukluğu alt ölçeği (THOT; 4,8,12,15 no'lu sorulardan oluşur), aktivasyon alt ölçeği (ACTV; 6,7,17 no'lu sorulardan oluşur) ve düşmanlık-şüphencilik alt ölçeğidir (HOST; 10,11,14 no'lu sorulardan oluşur) (22).

Alzheimer hastalarında davranış problemleri için antipsikotik tedavi kullanılan bir çalışmada MMSE skorları <10 olan ağır kognitif yıkımı olan bireylerde de tedavi takibi açısından KPDÖ 18 maddelik ölçek kullanılmıştır (76).

Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMSE) ;

Folstein ve arkadaşları tarafından bilişsel yetersizlikleri değerlendirmek amacı ile geliştirilen bu ölçek klinik uygulamalarda ve araştırmalarda oldukça sık kullanılır. Çok iyi yapılandırıldığı için zaman olmayan kişiler tarafından bile uygulanabilir. En önemli avantajı, kısa sürede geçerli ve güvenilir bilgi vermesidir. Yapılan çalışmalarda puanlayıcılar arası ve test tekrar test güvenilirliği

üksek bulunmuştur (0.80'nin üstünde). WAIS ve Bilgisayarlı Tomografi sonuçları ile orelasyonun araştırıldığı geçerlik çalışmalarında olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Ölçeğin 19 maddesi, yönelim, bellek, ve dikkati araştıran sorularla, objeleri isimlendirme, sözel ve yazılı mirleri yerine getirme, bir cümle yazma ve karmaşık çokgenleri kopye etme gibi görevleri içerir. Bilişsel işlevleri değerlendiren diğer ölçeklerde olduğu gibi puanlar yaş ve eğitim düzeyinden etkilenir. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek bazı araştırmalarda kullanılmıştır. Testte alınabilecek puan 0-30 arasındadır. 24-30 arası normal, 20-23 arası hafif, 10-19 arası orta, 0-9 arası ağır olarak değerlendirilir (77). Bugün için de, klinik pratikte bilişsel bozuklukların saptanması, demansiyel endromların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde araştırma sahasında, toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda aşvurulan popüler bir test olma özelliğini sürdürmektedir. Molloy ve Standish, testte bir sorunun oruluş biçimi anlaşılamadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir evabın ne olması gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneceği gibi uygulamaya ait uralları içeren bir "standardize uygulama kılavuzu" eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma öre "uygulayıcılar arası tutarlılık" (interrater reliability) gösterdiğini belirtmişlerdir.

Güngen ve ark. standardize formunun bir tarama testi olarak yeterli geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalarında orta ve ileri düzeyde demanslı denekler kullanılsa da sonuçların oldukça yeterli olduğu ve gerek araştırma gerekse hastaların klinik takibinin objektif olarak yapılmasında yeterli olduğunu belirtmişlerdir (3).

Fiziksel Özbakım Ölçeği;

Günlük hayattaki temel etkinlikler (ADL) kişinin kendine bakabilmesi için her gün sıkça yerine getirdiği bir grup ödevi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. ADL ölçekleri ağır yeti ayıplarını değerlendirmek için kullanılmakta olup özellikle yaşlı popülasyonlarda uygulanır. En ık kullanılan ADL ölçütü, Katz ve ekibi tarafından geliştirilen indekstir. Bu ölçüt altı işlevin yer ldiği hiyerarşik bir cetvel kullanılması esasına dayanmaktadır. Bu altı işlev; tuvalet bakımı, eslenme, giyinme, özbakım, mobilasyon ve banyo yapma şeklinde sıralanmaktadır. Bu temel tkinlik ve beceriler, fiziksel işlevselliğin saf ölçütleridir. Çünkü tüm kültürler için geçerli olup, insiyetten bağımsızdırlar (78).

3.2 İstatistiksel Yöntemler

Ölçeklerden elde edilen puanlar, hasta ve bakım verenlerin değişkenleri göz önüne alınarak pılan gruplamalar yönüyle karşılaştırıldı. Gruplar arası farkların analizi için *Student's t testi* ve *k yönlü varyans analizi* (tek yönlü ANOVA) kullanıldı ve p değeri 0.05' in altında bulunan rklar anlamlı kabul edildi.

Hasta ve bakım verenlere ait değişkenlerin birbirleriyle olan bağıntılarını ve aralarındaki den – sonuç ilişkilerini gözleyebilmek için *Pearson korelasyon analizi*' nden ve *lojistik gresyon analiz*' inden yararlanıldı. p değeri 0.05' in altında bulunan analiz sonuçları anlamlı bul edildi.



4. BULGULAR;

4.1 DEMOGRAFİK VERİLER

4.1.1 HASTALARA İLİŞKİN DEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya 44 hasta ve yakını alınmıştır. Bu hastaların 30'u kadın, 14'ü erkek; yaş ortalaması 77.82 ± 7.63 'dür. Hastaların eğitim seviyelerine bakıldığında okur - yazar olmayanların sadece okur - yazar olanların toplamı 11, ilkokul mezunu olanlar 17, orta okul / lise mezunları 8 ve yüksek okul mezunu olanların sayısı 8'dir. Hastaların 23'ü evli, 21'i dul veya oşanmıştır. Çocuk sayılarının ortalaması 3.14 ± 1.36 'dır. 32 hastanın sağlık güvencesi Emekli andığı, 7'sinin Bağkur ve 5'inin de SSK'dır.

Hastalara tanı konmasından bu yana geçen ortalama süre 2.08 ± 1.93 iken, şikayetlerin toplam süresi 4.39 ± 2.72 'dir.

7 hastada Diabetes Mellitus (DM), 14 hastada ise hipertansiyon (HT) vardır. Hastaların 3'ünde başka bir dahili hastalık varken, 21'inde Alzheimer dışında başka bir dahili problem yoktur.

Verilen ölçeklere göre ortalama MMSE puanı 13.11 ± 7.5 'dir. Hastaların 8'i hafif, 22'si orta, 14'ü ağır kognitif yıkım olarak değerlendirilmiştir.

Geriatri depresyon ölçeği (GDÖ) puanı ortalaması 16.57 ± 6.17 'dir. Hastaların 14'üne MMSE puanları < 10 olduğu için GDÖ ölçeği uygulanmamıştır. Uygulanan hastaların; kesme puanı 14 esas alınarak yapılan değerlendirmesinde, 17'sinde depresyonun varlığı, 13'ünde ise depresyon olmadığı saptanmıştır.

Fiziksel Özbakım Ölçeğinin (FÖB) puan ortalaması 14.07 ± 7.39 'dur.

Hastaların toplam KPDÖ puanlarının ortalaması ise 44.47 ± 12.58 'dir (afazi sebebi ile 4 hastaya uygulanamamıştır).

Hastaların 30'unun bakım verenleri tarafından uyukularının düzenli olduğu bildirilirken, 14 hastanın uyukuları düzensizdir.

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	30	68
Erkek	14	32
Eğitim		
Okur-Yazar / Değil	11	25
İlkokul	17	39
Orta Okul / Lise	8	18
Yüksek Okul	8	18
Medeni Durumu		
Evli	23	52
Dul / Boşanmış	21	48
Sosyal Güvence		
SSK	5	11
Bağ-Kur	7	16
Emekli Sandığı	32	73
Fiziksel Rahatsızlığı		
Var	23	52
Yok	21	48
Fiziksel Rahatsızlıklar		
HT	14	67
DM	7	33
İyku Düzeni		
Düzenli	30	68
Düzensiz	14	32
İMS		
Hafif	8	18
Orta	22	50
Ağır	14	32
İDÖ		
Depresyon Yok	13	30
Depresyon Var	17	38
Verilemedi	14	32

Tablo 2.1. Maslach tükenmişlik alt ölçeklerinin ortalama puanları

eğışken	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.	N
MASLACH TÜKENMİŞLİK	15,70	8,02	,00	33,00	44
MASLACH DUYARSIZLAŞMA	3,77	2,93	,00	9,00	44
MASLACH KİŞİSEL BAŞARI	20,93	5,82	10,00	30,00	44

Tablo 2.2. Stresle başa çıkma alt ölçeklerinin ortalama puanları

eğışken	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.	N
1B GUVENLİ YAKLAŞIM	14,66	3,31	9,00	21,00	44
1B ÇARESİZ YAKLAŞIM	11,11	3,98	3,00	19,00	44
1B BOYUN EĞİCİ YAKLAŞIM	8,91	2,87	1,00	15,00	44
1B İYİMSER YAKLAŞIM	9,80	2,95	,00	15,00	44
1B SOSYAL DESTEĞE BAŞVURMA	7,52	1,76	4,00	12,00	44
1B TOPLAM PUAN	52,00	6,78	37,00	68,00	44

4.1.2 BAKIM VERENLERE İLİŞKİN DEMOGRAFİK VERİLER

Bakım verenlerin 35'i kadın, 9'u erkektir. Yakınlık derecelerine bakıldığında, 22'sinin astanın kızı, 9'unun karısı, 6'sının kocası, 3'ünün oğlu, 3'ünün gelini ve 1'inin de kızkardeői olduğu görölmektedir. Yaş ortalamaları $57,32 \pm 13,79$ 'dur. Eğitim durumlarında bakım verenlerin 7'si okur/yazar değıl, 8'i ilkokul mezunu, 14'ü orta/lise mezunu, 19'u ise yüksek okul mezunudur. 3'ü evli, 6'sı bekar ve 5'i dul veya boşanmıőtır. Ortalama çocuk sayısı $1,86 \pm 1,30$ 'dur. Bakım verenlerin 16'sı evhanımı, 20'si emekli, 8'i ise halen çalışmaktadır. Gelir düzeylerini değerlendirilmeleri istenen hasta yakınlarının 4'ü durumlarını "zor geçiniyoruz", 24'ü "idare ediyoruz", 16'sı ise "iyi geçiniyoruz" olarak ifade etmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı ortalama $3,48 \pm 0,58$ 'dir. Sadece 2 bakım veren evde bakıma muhtaç başka hasta olduğunu bildirmiştir. Bakım verenlerin hasta ile birlikte yaşadıkları zaman ortalama $28,67 \pm 3,33$ yıl olarak tesbit edilmiştir.

21 bakım veren kendisinde fiziksel bir hastalık olduğunu tariflerken (ölser, HT, v.b.), 3'ünde herhangi bir fiziksel hastalık yoktur. Bakım verenlerin 37'si hastalarının evde bakılmasını tercih ederken, 7'sinin tercihi bakım evleridir. 24'ü bakım verme sırasında herhangi bir yardım almadıklarını, 10'u aile üyelerinden, 10'u ise profesyonel bakıcıdan yardım aldıklarını bildirmiőlerdir. Bakım verenlerden 23 tanesi hastalığın ailesel gečísi olabileceğini düşündüklerini bildirirken, 21'i hastalığın ailesel olmadığını düşünmektedir. 36 kiői tablonun bir "hastalık" olduğunu, 8 kiői ise "normal yaőlanma süreci" olduğunu düşünmektedir.

Tablo 3. Bakım verene ait demografik veriler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	35	80
Erkek	9	20
Eğitim		
Okur-Yazar / Değil	3	7
İlkokul	8	18
Orta Okul / Lise	14	32
Yüksek Okul	19	43
Medeni Durumu		
Evli	33	75
Bekar	6	14
Dul / Boşanmış	5	11
Gelir Durumu		
Zor Geçiniyoruz	4	9
İdare Ediyoruz	24	55
İyi Geçiniyoruz	16	36
Fiziksel Rahatsızlığı		
Var	23	52
Yok	21	48
İş Durumu		
Ev hanımı	16	36
Emekli	20	46
Çalışan	8	18
Bakım Verenin Yakınlığı		
Karısı	9	20
Kocası	6	14
Kızı	22	50
Oğlu	3	7
Gelini	3	7
Kız Kardeşi	1	2
Bakım Yeri Neresi Olmalı ?		
Evde	37	84
Bakım Evi	7	16
Başka bir Yardımcı Var mı ?		
Yok	24	54
Var	10	23
Bakıcı	10	23
Alzheimer hastalığı Aileselmidir ?		
Evet	23	52
Hayır	21	48
Hastalık mı, Yaşlılık mı ?		
Hastalık	36	82
Yaşlılık	8	18

4.2 DEĞİŞKENLERİN TÜKENMİŞLİĞE ETKİSİ

4.2.1 HASTA DEĞİŞKENLERİNİN BAKIM VERENİN TÜKENMİŞLİĞİNE ETKİSİ;

Hastaların cinsiyeti ve bakım verenlerin tükenmişliği arasındaki durum incelendiğinde hastaları kadın olan bakım verenlerin Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt ölçeği olan kişisel başarı alt ölçeğinden, hastaları erkek olanlara göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları gözlenmiştir ($p < 0.01$). Hastaların cinsiyeti açısından karşılaştırıldığında, bakım verenin tükenmişlik skorları arasında - diğer alt ölçekler yönünden - anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$)

Tablo 4.1. Hastaların cinsiyeti açısından, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Kadın	15.6333 $\pm$ 7.668	3.6333 $\pm$ 2.942	22.5000 $\pm$ 4.897
Erkek	15.8571 $\pm$ 9.046	4.0714 $\pm$ 2.999	17.5714 $\pm$ 6.394
	$p > 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.01$

Student's t-Testi

Hastanın yaşı ile bakım verenin tükenmişliği arasında anlamlı ilişki yoktur ($p > 0.05$), (Bkz. Tablo 6).

Hastaların eğitim durumu, medeni hali, sosyal güvencesi ve ek dahili hastalık varlığı yönünden karşılaştırıldığında bakım verenlerin tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.2. Hastaların eğitim seviyesi açısından, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Okur – Yazar Değil	13.6364 $\pm$ 6.9321	3.0909 $\pm$ 2.0226	22.6364 $\pm$ 3.8281
İlkokul	18.3529 $\pm$ 8.3062	4.2941 $\pm$ 3.1970	19.4118 $\pm$ 7.1507
Orta Okul / Lise	13.5000 $\pm$ 8.5356	3.3750 $\pm$ 3.4200	21.2500 $\pm$ 4.8329
Yüksek Okul	15.1250 $\pm$ 8.1668	4.0000 $\pm$ 3.2071	21.5000 $\pm$ 6.0474
	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$

tek Yönlü ANOVA,

Tablo 4.3. Hastaların medeni durumu açısından, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
Etkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Evli	15,3043 ± 9,152	4,0000 ± 2,970	19,6957 ± 6,427
Dul / Boşanmış	16,1429 ± 6,777	3,5238 ± 2,943	22,2857 ± 4,880
	p>0,05	P >0,05	p>0,05

Student's t-Testi

Tablo 4.4. Hastaların sosyal güvenceleri açısından, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
Etkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Emekli Sandığı	14, 9375 ± 7,7707	3,7500 ± 3,1005	20,9063 ± 5,7997
BağKur	18,8571 ± 8,4148	3,1429 ± 1,9518	20,5714 ± 5,6526
SSK	16,2000 ± 9,7826	4,8000 ± 3,1937	21,6000 ± 7,4364
	p>0,05	p>0,05	p>0,05

tek Yönlü ANOVA

Tablo 4.5. Hastaların fiziksel hastalıkları açısından, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
Etkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Ek Fiziksel Hastalığı Yok	16,5714 ± 8,471	3,8095 ± 3,219	19,8571 ± 5,313
Ek Fiziksel Hastalığı Var	14,9130 ± 7,698	3,7391 ± 2,717	21,9130 ± 6,208
	p>0,05	P >0,05	p>0,05

Student's t-Testi

Alzheimer hastalığı tanı süresi ile bakım verenin tükenmişliği arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05), (Bkz. Tablo 6).

Toplam hastalık şikayet süresi ile bakım verenin tükenmişlik skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0.05), (Bkz. Tablo 6).

Hastaların kognitif yıkımları arttıkça, yani MMSE'den aldıkları puan azaldıkça, bakım verenlerin duygusal tükenme alt ölçeğinden aldıkları puanlar artmaktadır. Dolayısıyla hastaların kognitif durumları ile bakım verenlerin tükenmişliği arasında negatif bir korelasyon vardır (p<0.05).

[MSE ile diğer tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 6).

Hastalarda depresyon varlığının bakım verenlerde tükenmişliğin duyarsızlaşma alt ölçeği ile anlamlı, pozitif bir ilişkide olduğu görülmüştür ($p<0.05$) , (Bkz. Tablo 6). Hastasının depresyonu bakım verenlerin duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan, hastalarında depresyon olmayan bakım verenlerin aldıkları puanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Diğer tükenmişlik alt ölçekleri ile arasında anlamlı ilişki / fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastalarda depresyonun varlığı açısından, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Gruplar	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
KPDÖ (-)	12.8462 $\pm$ 6.414	2.4615 $\pm$ 2.066	23.3846 $\pm$ 4.753
KPDÖ (+)	15.1765 $\pm$ 8.041	4.9412 $\pm$ 2.947	20.4706 $\pm$ 5.064
	$p>0.05$	$p<0.05$	$p>0.05$

Student's t-Testi

Hastaların fiziksel özyıkımının artması ile duygusal tükenme arasında pozitif bir korelasyon vardır. Hastaların fiziksel özyıkımı arttıkça bakım verenlerde tükenmişlik artmaktadır ($p<0.01$). Fiziksel özyıkımın artması ile diğer tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 6).

Hastaların KPDÖ alt ölçekleri (KPANER-geri çekilme yavaşlama, KPTHOT-düşünce bulanıklığı, KPACTV-aktivasyon, KPHOST-düşmanlık şüphelilik) ile bakım verenlerin duygusal tükenme alt ölçeği arasında pozitif korelasyon vardır ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.05$). Hastaların alt ölçeklerden aldıkları puan arttıkça bakım verenlerin tükenmişliği artmaktadır. PANDP-anksiyete depresyon alt ölçeği ile duygusal tükenme arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). KPDÖ toplam puanı ile de duygusal tükenme arasında pozitif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 6).

Hastaların KPANDP alt ölçekten aldıkları puan ile bakım verenlerin duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlıya yakın ilişki saptanmıştır ($p=0.05$). Bu durum, "Hastalarda depresyon varlığında bakım verenlerin duyarsızlaşması artmaktadır" şeklindeki hipotezi desteklemektedir. KPDÖ'nün diğer alt ölçekleri ile duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki

saptanmamıştır ($p>0.05$). KPDÖ toplam puanı ile duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 6).

KPANER alt ölçeği ile bakım verenlerin kişisel başarı alt ölçeği arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Diğer KPDÖ alt ölçekleri ile kişisel başarı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). KPDÖ toplam puanı ile kişisel başarı arasında negatif bir korelasyon vardır, KPDÖ puanı arttıkça kişisel başarı azalmaktadır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 6).

Hastaların uyku düzeni açısından değerlendirildiğinde, uyku düzensizliği olan hastaların yakınlarında duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0.051$). Diğer alt ölçekler yönünden, duygusal tükenme puanları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların uyku düzeni yönünden, bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Bakım Verenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Uyku Düzenli	14,1000 ± 7,644	3,4667 ± 2,968	21,2333 ± 5,764
Uyku Düzensiz	19,1429 ± 7,999	4,4286 ± 2,848	20,2857 ± 6,120
	$p = 0,051$	$p>0,05$	$p>0,05$
Student's t-Testi			

4.2.2 BAKIM VERENİN DEĞİŞKENLERİNİN TÜKENMİŞLİĞE ETKİSİ

Bakım verenin cinsiyetine göre tükenmişlik alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. 1. Bakım verenin cinsiyeti yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Bakım Verenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Kadın	15,9143 ± 8,100	3,7714 ± 3,040	20,3714 ± 5,786
Erkek	14,8889 ± 8,146	3,7778 ± 2,635	23,1111 ± 5,776
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
Student's t-Testi			

Bakım verenin yaşı ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 7).

Eğitim seviyesi artıkça bakım verenlerin kişisel başarı alt ölçeğinden aldıkları puan anlamlı olarak artmaktadır ($p<0.01$). Diğer Maslach tükenmişlik alt ölçekleri ile eğitim arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. 2. Bakım verenin eğitim durumu yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
OkurYazar/ Değil	24.0000 $\pm$ 7.0000	4.6667 $\pm$ 4.0415	11.6667 $\pm$ 1.1547
İlkokul	15.6250 $\pm$ 9.4708	4.8750 $\pm$ 2.9001	18.5000 $\pm$ 5.3984
Orta Okul / Lise	15.4286 $\pm$ 8.7417	3.5714 $\pm$ 2.9798	21.0714 $\pm$ 6.6270 *
Üniversite / Yüksek Okul	14.6316 $\pm$ 6.7512	3.3158 $\pm$ 2.8490	23.3158 $\pm$ 3.8594 **
	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$, $p < 0,01$

Çok Yönlü ANOVA

Bakım verenlerin medeni haline göre yapılan sınıflamada, tükenmişlik alt ölçekleri puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. 3. Bakım verenin medeni durumu yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Evli	14.9091 $\pm$ 8.1446	3.5455 $\pm$ 2.8405	20.6061 $\pm$ 6.0773
Evli / Bekar	19.1667 $\pm$ 8.4004	3.6667 $\pm$ 2.9439	21.6667 $\pm$ 4.7188
Evli / Boşanmış	16.8000 $\pm$ 6.9785	5.4000 $\pm$ 3.6469	22.2000 $\pm$ 6.1400
	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$

Çok Yönlü ANOVA

Bakım verenin mesleğine göre yapılan gruplandırmada, tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark sadece kişisel başarı alt ölçeğinde saptanmıştır ($p>0.05$). Diğer alt ölçekler yönünden böyle bir fark mevcut değildir ($p>0.05$).

Tablo 5. 4. Bakım verenin mesleği yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Ev Hanımı	16,5000 $\pm$ 8,9889	4,8750 $\pm$ 3,2016	17,6875 $\pm$ 6,2260
Emekli	15,5500 $\pm$ 7,9437	3,1500 $\pm$ 2,6413	23,0000 $\pm$ 4,9736
Çalışan	14,5000 $\pm$ 6,9282	3,1250 $\pm$ 2,7484	22,2500 $\pm$ 4,4641 *
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p < 0,05$

tek Yönlü ANOVA

Gelir durumu arttıkça kişisel başarı puanı da yükselmekle beraber aradaki fark anlamlı olmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde, tükenmişlik alt ölçeği puanları, gelir durumunun kötüleşmesine paralel olarak artmıştır ancak yine aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 5. 5. Bakım verenin gelir durumu yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
“Zor geçiniyoruz”	23,0000 $\pm$ 5,6569	4,2500 $\pm$ 2,6300	16,7500 $\pm$ 4,9244
“İdare ediyoruz”	16,1667 $\pm$ 8,0793	4,0833 $\pm$ 3,0491	19,9167 $\pm$ 5,9849
“İyi geçiniyoruz”	13,1875 $\pm$ 7,5385	3,1875 $\pm$ 2,9033	23,5000 $\pm$ 4,9126
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

tek Yönlü ANOVA

Evde yaşayan kişi sayısı ile duygusal tükenme arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça duygusal tükenme azalmaktadır. Diğer tükenmişlik alt ölçekleri ile arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 7).

Hasta ile bakım verenin birlikte yaşama süresi ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 7).

Bakım verenin fiziksel hastalık varlığı ya da yokluğu tükenmişlik puanları yönünden anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 5. 6. Bakım verenin fiziksel hastalığı açısından, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Fiziksel Hastalık Yok	14,7619 $\pm$ 8,336	3,5714 $\pm$ 3,059	19,5714 $\pm$ 5,409
Fiziksel Hastalık Var	16,5652 $\pm$ 7,815	3,9565 $\pm$ 2,868	22,1739 $\pm$ 6,028
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Student's t-Testi

Bakım verenlerin hastalarına yakınlık derecesi, tükenmişlik alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı fark meydana getirmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. 7. Bakım verenin hastaya yakınlığı yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Eşi	16,4667 $\pm$ 9,2108	4,1333 $\pm$ 2,8752	20,2667 $\pm$ 7,0859
Çocuğu	15,4000 $\pm$ 7,2226	3,8400 $\pm$ 3,0094	21,6400 $\pm$ 4,6177
Diğer	14,7500 $\pm$ 10,2429	2,0000 $\pm$ 2,7080	19,0000 $\pm$ 8,3666
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Yüksek Yönlü ANOVA

Hastalarının bakım evlerinde bakılmasını tercih eden yakınlarda duygusal tükenmişlik puanı evde bakımı tercih eden bireylere göre anlamlı oranda yüksektir ($p<0.01$). Benzeri durum diğer alt ölçeklerde gözlenmemiştir.

Tablo 5. 8. Bakım verenin bakım yeri tercihi yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
"Evde bakımı tercih ederim"	14,2703 $\pm$ 7,128	3,5405 $\pm$ 2,921	21,6216 $\pm$ 5,489
"Bakım Evini tercih ederim"	23,2857 $\pm$ 8,770	5,0000 $\pm$ 2,887	17,2857 $\pm$ 6,626
	$p < 0,01$	$p>0,05$	$p>0,05$

Student's t-Testi

Yardımcısı olup olmaması, tükenmişlik skorları yönünden anlamlı bir fark doğurmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 5.9. Bakım verenin yardımcısı olup olmaması yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
Yardımcı birisi yok	15,6667 $\pm$ 8,0524	4,2083 $\pm$ 3,0925	20,3750 $\pm$ 5,9404
Yardımcı birisi var	13,4000 $\pm$ 8,2758	3,0000 $\pm$ 2,7487	21,5000 $\pm$ 5,5827
Bakıcısı var	18,1000 $\pm$ 7,8238	3,5000 $\pm$ 2,7988	21,7000 $\pm$ 6,2370
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

tek Yönlü ANOVA

Hastalığın ailesel olabileceğini düşünen bakım verenlerin tükenmişlik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar, düşünmeyenlere göre farklı değildir ($p>0.05$).

Tablo 5. 10. Bakım verenin “genetik mi, değil mi ?” sorusuna verdiği cevap yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
‘Ailesel değil’	16,3333 $\pm$ 8,822	4,1905 $\pm$ 2,750	20,7619 $\pm$ 6,410
‘Ailesel’	15,1304 $\pm$ 7,375	3,3913 $\pm$ 3,100	21,0870 $\pm$ 5,376
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Student’s t-Testi

“Normal yaşlanma” veya “hastalıktır” değerlendirmesi yapan yakınlar arasında tükenmişlik puanları yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. 11. Bakım verenin “yaşlanmanın etkisi mi, hastalık mı?” sorusuna verdiği cevap yönünden, tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
‘Yaşlanma’	17,5000 $\pm$ 7,856	4,3750 $\pm$ 2,615	19,1250 $\pm$ 6,402
‘Hastalık’	15,3056 $\pm$ 8,116	3,6389 $\pm$ 3,016	21,3333 $\pm$ 5,707
	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Student’s t-Testi

Tablo 6. Maslach tükenmişlik ölçeği için hasta değişkenlerine ait korelasyon tablosu

Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş	r= 0,0838	r= 0,0002	r= 0,1425
Çocuk Sayısı	r= -0,0646	r= -0,0972	r= -0,1165
Alzheimer Tanı süresi	r= 0,2266	r= 0,0751	r= 0,0305
Şikayetlerin Süresi	r= 0,2407	r= -0,0208	r= 0,0164
AMS	r= -0,3081 *	r= 0,0667	r= 0,1416
İDÖ	r= 0,0784	r= 0,3886 *	r= -0,199
ÖB	r= 0,4060 **	r= 0,0200	r= -0,0976
Ansiyete-Depresyon (KPANDP)	r= -0,1317	r= 0,3066 *	r= -0,0377
Gerçek Çekilme-Yavaşlama (KPANER)	r= 0,4127 **	r= -0,0338	r= -0,3270 *
Düşünce Bozukluğu (KPTHOT)	r= 0,4432 **	r= 0,0217	r= -0,2899
Aktivasyon (KPACTV)	r= 0,3971 **	r= 0,2526	r= -0,2434
İşmanlık-Şüphelilik (KPHOST)	r= 0,3402 *	r= 0,2680	r= -0,266
İsa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan (KPDÖ)	r= 0,4645 **	r= 0,2009	r= -0,3696 *

<0,05 * , p< 0,01 ** , p=0,05 _ , p=0,01 __
Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 7. Maslach tükenmişlik ölçeği için bakım veren değişkenlerine ait korelasyon tablosu

Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Bakım Veren Yaşı	r= 0,1378	r= 0,1375	r= 0,1163
Bakım Veren Çocuk Sayısı	r= -0,0461	r= 0,1741	r= -0,1757
Bakımdaki Kişi Sayısı	r= -0,3248 *	r= -0,2224	r= 0,1175
Bakım Veren Birlikte Yaşadıkları	r= 0,2368	r= 0,0701	r= -0,1033

<0,05 * , p< 0,01 ** , p=0,05 _ , p=0,01 __
Pearson Korelasyon Analizi

4.3 BAKIM VEREN KİŞİLERDE TÜKENMİŞLİĞE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

4.3.1 Hastalara ait faktörler;

Duygusal tükenmeden aldıkları puanlara göre bakım verenlerin 7'sinin "tükenmiş" (%15.9) olduğu, 37'sinin ise "tükenmiş olmadığı" (%84.1) kabul edilmiştir. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından böyle bir ayrımı sağlayabilecek fark tesbit edilememiştir (Bkz. Tablo 8).

Hastanın cinsiyeti kadın ise bakım verenlerde tükenmişlik riski, hastası erkek olanlara göre 1.53 kat yüksek görünmektedir ancak regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastanın yaşında 1 birimlik artış bakım verenin tükenmişlik riskini yaklaşık %2 azaltmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastanın eğitim durumunda gruplar arası bir birimlik artışla, bakım verenin tükenmişliğinde 0.16'lık bir azalma öngörülmektedir. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastası evli olanlarda, dul/boşanmış olanlara göre tükenmişlik riski 1/0.61 kat yükselme eğilimindedir, ancak regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Alzheimer tanı süresi 1 yıl arttıkça bakım verenlerde tükenmişlik %28.88 artıyor görülmektedir. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastalığın toplam bildirilen şikayet süresi arttıkça bakım verenlerin tükenmişliği %17.74 artmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastasında ek dahili hastalık bulunan bakım verenlerin tükenmişlik riski bulunmayanlara göre 1/0.79 kat daha az gözlenmiştir ancak regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastaların MMSE puanlarında sayısal her bir birimlik artış bakım verenlerin tükenmişliğini 0.13 azaltmaktadır. Regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Geriatrici depresyon ölçeğinde (GDÖ) her bir birimlik artış bakım verenlerin tükenmişliğini %4.28 artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$)

Bkz. Tablo 8).

Fiziksel özbakım ölçeğinde her bir birimlik artış bakım verenlerin tükenmişliğini %11.88 artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 8).

KPANDP puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğinde % 0,0752'lik bir azalmaya denk gelmektedir. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

KPANER puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %25.07 artırmaktadır. Yapılan regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 8).

KPTHOT puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %28.20 artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 8).

KPACTV puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %41 oranında artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 8).

KPHOST puanında bir birimlik artış tükenmişlik riskinde %18.79 artışa denk düşmektedir. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

KPDÖ toplam puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %10.51 artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 8).

Hastalarda uyku düzensizliği varlığında bakım verenin tükenmişlik riski 1.80 kat artmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 8).

4.3.2 Bakım verenlere ait faktörler;

Bakım verenin cinsiyeti erkek ise tükenmişlik riski kadın olanlara göre 1.3 kat artmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Bakım verenin yaşında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %1.74 artırıyor, görünmektedir, ancak regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Bakım verenin eğitim durumunda gruplar arası her bir kademe artış bakım verenin tükenmişliğini % 1-03375 azaltmaktadır. Regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Bakım verenin çocuk sayısının bir artması tükenmişlik riskini %49.72 oranında artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Bakım veren, gelir durumunu “zor geçiniyoruz” şeklinde tarifliyorsa “iyi geçiniyoruz” iyenlere göre tükenmişlik riski 4.22 kat artmaktadır. Regresyon analizi anlamlıya yakındır ($p=0.06$), fakat “idare ediyoruz” ve “iyi geçiniyoruz” arasında böyle bir bağıntı yoktur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Evde yaşayan kişi sayısının 1 artması bakım verenin tükenmişliğini %33 oranında azaltmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Hastayla birlikte yaşam süresi bir birim arttıkça bakım verenin tükenmişliği %4.80 artmaktadır ($p=0.06$) (Bkz. Tablo 9).

Bakım verenin fiziksel hastalığı olması tükenmişlik riskini 1.12 kat artırmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Bakım evini evde bakıma tercih eden bakım verenlerde tükenmişlik riski 3.19 kat yüksek görünmektedir ve yapılan regresyon analizi anlamlıdır ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 9).

Tabloyu “hastalık” olarak değerlendirenlerde tükenmişlik riski “normal yaşlanma süreci” ekinde değerlendirenlere göre %31 azalmaktadır. Regresyon analizi anlamlı değildir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 9).

Tablo 8. Tükenmişliğe etki eden faktörlerden hasta değişkenlerine ait regresyon tablosu

Değişkenler	β	S.E.	R.R.	p
Cinsiyet	- 0,6405	0,4244	0,5270	0,1312
Yaş	- 0,0175	0,0560	0,9827	0,7547
Eğitim	- 0,1742	0,4107	0,8402	0,6715
Medeni Hal	- 0,4852	0,4495	0,6156	0,2804
Çocuk Sayısı	0,2717	0,2946	1,3122	0,3564
Tanı Süresi	0,2537	0,1807	1,2888	0,1604
Şikayet Süresi	0,1633	0,1351	1,1774	0,2267
Kullandığı İlaç Sayısı	- 0,1694	0,1950	0,8442	0,3850
Ek Fiziksel Hastalık	- 0,2251	0,4160	0,7984	0,5884
MMS *	- 0,1386	0,0600	0,8705	0,0209
Geriatrik Depresyon Ölçeği	0,0419	0,1222	1,0428	0,7314
Fiziksel Özbakım Ölçeği *	0,1122	0,0567	1,1188	0,0478
Anksiyete – Depresyon (KPDÖ)	- 0,0782	0,1255	0,9248	0,5332
Geri Çekilme – Yavaşlama (KPDÖ) *	0,2237	0,0963	1,2507	0,0202
Düşünce Bozukluğu (KPDÖ) *	0,2484	0,1095	1,2820	0,0233
Aktivasyon (KPDÖ) *	0,3480	0,1509	1,4163	0,0211
Düşmanlık – Şüphelilik (KPDÖ)	0,1722	0,1457	1,1879	0,2373
Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan *	0,0999	0,0424	1,1051	0,0184
Uyku Düzeni	0,6405	0,4244	1,8974	0,1312

$p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, Lojistik Regresyon analizi

Tablo 9. Tükenmişliğe etki eden faktörlerden bakım veren değişkenlerine ait regresyon tablosu

Değişkenler	β	S.E.	R.R.	p
Bakım Veren Cinsiyeti	0,2520	0,5758	1,2865	0,6617
Bakım Veren Yaşı	0,0173	0,0306	1,0174	0,5719
Bakım Veren Eğitim Durumu *	- 1,0863	0,4729	0,3375	0,0216
Bakım Veren Çocuk Sayısı	0,4036	0,3271	1,4972	0,2173
Bakım Veren Gelir Durumu	1,4390	0,7722	4,2166	0,0624
Evdeki Kişi Sayısı	- 0,3953	0,3516	0,6734	0,2609
Kaç Senedir Birlikte Yaşadıkları	0,0469	0,0250	1,0480	0,0607
Bakım Veren Fiziksel Hastalığı	0,1168	0,4158	1,1239	0,7788
Evde mi, Bakım Evinde mi Daha İyi Bakılır ? **	1,3577	0,4863	3,8872	0,0052
Hastalığın Ailesel Olabileceğini Düşünüyorsunuz	- 0,5941	0,4500	0,5521	0,1868
Yaşlanmanın etkisi mi, Hastalık mı ?	- 0,3630	0,4741	0,6956	0,4439

$p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, Lojistik Regresyon analizi

4.4 STRESLE BAŞA ÇIKMA

Bakım verenin cinsiyetlerine göre stresle başa çıkma puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10.1. Bakım verenin cinsiyeti açısından, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,3429 ± 3,280	15,8889 ± 3,333	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	11,5429 ± 3,845	9,4444 ± 4,275	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	9,0571 ± 2,600	8,3333 ± 3,873	$p > 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	9,6571 ± 3,086	10,3333 ± 2,449	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Başvurma	7,6571 ± 1,781	7,0000 ± 1,658	$p > 0,05$
SB TOPLAM	52,2571 ± 7,465	51,0000 ± 2,915	$p > 0,05$

Student's t-Testi

Bakım verenin yaşı ile stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($r = -0.3291$, $p < 0.05$). Bakım verenin yaşı ile diğer stresle başa çıkma alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Eğitimsizlerin stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür ve eğitimlilerle aralarındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Eğitim seviyesi yönünden, stresle başa çıkmanın diğer alt ölçekleri arasında böyle bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 10.2. Bakım verenin eğitim durumları açısından, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Okur-Yazar / Değil	İlkokul	Orta Okul / Lise	Yüksek Okul	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	12,6667 ± 1,5275	15,5000 ± 3,4641	13,7857 ± 2,9917	15,2632 ± 3,5877	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	10,6667 ± 3,0551	10,8750 ± 3,6815	11,5714 ± 4,3803	10,9474 ± 4,1696	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	12,0000 ± 1,0000 *	10,3750 ± 1,4079	8,6429 ± 2,5603	8,0000 ± 3,2489	$p < 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	9,0000 ± 1,0000	11,5000 ± 2,8284	9,5000 ± 2,1394	9,4211 ± 3,5640	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Bşv.	8,0000 ± 1,0000	7,2500 ± 0,8864	7,5714 ± 2,1738	7,5263 ± 1,8669	$p > 0,05$
SB TOPLAM	52,3333 ± 9,0509	55,5000 ± 5,6569	51,0714 ± 3,0246	51,1579 ± 9,0509	$p > 0,05$

tek Yönlü ANOVA

Bakım verenin medeni hali, stresle başa çıkma skorları yönünden anlamlı fark teşkil etmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10.3. Bakım verenlerin medeni halleri açısından, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Evli	Bekar	Dul / Boşanmış	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,8182 ± 3,4045	13,8333 ± 3,5449	14,6000 ± 2,8810	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	10,6667 ± 3,9184	1,6667 ± 5,3166	13,4000 ± 1,8166	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	8,9091 ± 3,0451	8,3333 ± 2,6583	9,6000 ± 2,0736	$p > 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	10,2727 ± 2,7417	9,1667 ± 2,1370	7,4000 ± 2,9537	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Bşv.	7,5152 ± 1,6225	7,1667 ± 1,9408	8,0000 ± 2,6458	$p > 0,05$
SB TOPLAM	52,1818 ± 6,3760	50,1667 ± 10,4387	53,0000 ± 5,0498	$p > 0,05$

tek Yönlü ANOVA

Ev hanımları stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı, çalışan ve emekli gruba göre daha azla kullanılmaktadırlar ($p<0.05$). Diğer stresle başa çıkma alt ölçekleri için meslek grupları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 10.4. Bakım verenlerin meslekleri yönünden, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Ev Hanımı	Emekli	Çalışan	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	15,0625 ± 3,2346	14,2000 ± 3,2216	15,0000 ± 3,9641	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	10,4375 ± 2,4757	11,7000 ± 4,6351	11,0000 ± 4,8697	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	10,3750 ± 2,3629 *	8,4500 ± 2,4165	7,1250 ± 3,6815	$p < 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	10,2500 ± 3,6056	9,1500 ± 2,5603	10,5000 ± 2,3905	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Bşv.	7,6875 ± 1,5798	7,4000 ± 1,7592	7,5000 ± 2,2678	$p > 0,05$
SB TOPLAM	53,8125 ± 5,3568	50,9000 ± 6,8125	51,1250 ± 9,0938	$p > 0,05$

tek Yönlü ANOVA

Gelir düzeyleri arasında stresle başa çıkma puanları yönünden fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10.5. Bakım verenlerin gelir düzeyleri yönünden, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	"Zor Geçiniyoruz"	"İdare Ediyoruz"	"İyi geçiniyoruz"	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	11,5000 ± 1,0000	14,7500 ± 3,2202	15,3125 ± 3,4970	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	12,5000 ± 4,4347	11,6667 ± 3,5468	9,9375 ± 4,4342	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	9,5000 ± 3,1091	9,2083 ± 2,3402	8,3125 ± 3,5538	$p > 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	8,2500 ± ,5000	9,8750 ± 2,7554	10,0625 ± 3,5491	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Bşv.	6,2500 ± 2,2174	7,2083 ± 1,5030	8,3125 ± 1,7783	$p > 0,05$
SB TOPLAM	48,0000 ± 7,9582	52,7083 ± 6,9061	51,9375 ± 6,3819	$p > 0,05$

Fiziksel hastalığı olan bakım verenlerin stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma puanları düşmektedir ve hastalığı olmayanların puanlarıyla aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Diğer alt ölçek puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10.6. Bakım verenlerden fiziksel hastalığı olanlar ve olmayanların, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Fiziksel Hastalık Yok	Fiziksel Hastalık Var	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,9524 ± 3,3830	14,3913 ± 3,299	P > 0,05
SB Çaresiz Yaklaşım	10,7143 ± 4,1370	11,4783 ± 3,883	P > 0,05
SB Boyun eğici Yaklaşım	8,8571 ± 3,3950	8,9565 ± 2,364	P > 0,05
SB İyimser Yaklaşım	10,1429 ± 2,3930	9,4783 ± 3,409	P > 0,05
SB Sosyal Desteğe Başvurma	8,0952 ± 1,4800 *	7,0000 ± 1,859	p < 0,05
SB TOPLAM	52,7619 ± 6,870	51,3043 ± 6,765	p > 0,05

Student's t-Testi

Bakım verenlerin hastalara yakınlık derecesi, stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 10.7. Bakım verenlerin hastalarına yakınlık dereceleri yönünden, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Eşi	Çocuğu	Diğer	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,8000 ± 3,4682	14,400 ± 3,3789	15,7500 ± 2,7538	p > 0,05
SB Çaresiz Yaklaşım	10,4667 ± 3,8889	11,5200 ± 4,2044	11,0000 ± 3,665	p > 0,05
SB Boyun eğici Yaklaşım	9,8667 ± 2,7220	8,3200 ± 2,9822	9,0000 ± 2,1602	p > 0,05
SB İyimser Yaklaşım	10,6000 ± 2,5857	9,3200 ± 3,3131	9,7500 ± 0,9547	p > 0,05
SB Sosyal Desteğe Bşv.	7,0667 ± 1,4376	7,6400 ± 1,9975	8,5000 ± 0,5774	p > 0,05
SB TOPLAM	52,8000 ± 5,531	51,2000 ± 7,7136	54,0000 ± 5,0332	p > 0,05

Yüksek Yönlü ANOVA

Evde yaşayan kişi sayısı ile stresle başa çıkma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin hasta ile yaşadıkları süre arttıkça bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma azalmaktadır. İki değişken arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki

anlamlıdır ($r = -0,3250$, $p < 0,05$). Diğer stresle başa çıkma ölçekleri ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Hastalarının bakım evinde kalmasını tercih eden bireylerin stresle başa çıkma-güvenli yaklaşımları, evde bakılmasını tercih edenlere göre düşüktür. ($p = 0,051$) Diğer alt ölçeklerle böyle bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 10.8. Bakım verenlerin, bakım yeri tercihi yönünden, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Evde	Bakımevinde	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	15,0811 ± 3,345	12,4286 ± 2,149	p = 0,051
SB Çaresiz Yaklaşım	10,7568 ± 3,722	13,0000 ± 5,033	p > 0,05
SB Boyun eğici Yaklaşım	8,6216 ± 2,792	10,4286 ± 2,992	p > 0,05
SB İyimser Yaklaşım	9,9730 ± 3,014	8,8571 ± 2,610	p > 0,05
SB Sosyal Desteğe Bşv.	7,5946 ± 1,802	7,1429 ± 1,574	p > 0,05
SB TOPLAM	52,0270 ± 6,854	51,8571 ± 6,866	p > 0,05

Student's t-Testi

Bakım verenin yardımcısı olup olmaması, stresle başa çıkma skorları yönünden anlamlı fark oluşturmemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 10.9. Bakım verenlerin, yardımcısı olup olmaması açısından, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Yardımcı birisi yok	Yardımcı birisi var	Bakıcısı var	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,5833 ± 3,2021	15,2000 ± 3,6757	14,3000 ± 3,4976	p > 0,05
SB Çaresiz Yaklaşım	11,7917 ± 3,5993	10,2000 ± 5,0728	10,4000 ± 3,7476	p > 0,05
SB Boyun eğici Yaklaşım	9,6250 ± 2,5335	8,1000 ± 2,3310	8,0000 ± 3,8006	p > 0,05
SB İyimser Yaklaşım	10,1250 ± 2,6916	10,2000 ± 1,8135	8,6000 ± 4,2216	p > 0,05
SB Sosyal Desteğe Bşv.	7,0833 ± 1,7173	7,8000 ± ,6325	8,3000 ± 2,3594	p > 0,05
SB TOPLAM	53,2083 ± 6,5274	51,5000 ± 6,0964	49,6000 ± 7,9190	p > 0,05

tek Yönlü ANOVA

Bakım verenlerin, hastalığın genetik geçişi olup olmayacağı hakkındaki düşüncesi stresle başa çıkma profilini değiştirmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10.10. Bakım verenlerin, hastalığın ailesel olup olmayacağı sorusuna verdikleri cevaplara göre yapılan gruplama yönünden, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	“Ailesel Değil”	“Ailesel”	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,7143 ± 3,951	14,6087 ± 2,692	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	10,5714 ± 3,586	11,6087 ± 4,325	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	8,7619 ± 3,223	9,0435 ± 2,567	$p > 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	10,2857 ± 3,085	9,3478 ± 2,822	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Bşv.	7,0000 ± 1,414	8,0000 ± 1,931	$p > 0,05$
SB TOPLAM	51,3333 - 7,158	52,6087 ± 6,507	$p > 0,05$

Student's t-Testi

Hastalığın bakım verenler tarafından “normal yaşlanma” veya “hastalık” olarak değerlendirilmesi, bakım verenlerin stresle başa çıkmaları arasında bir fark meydana getirmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10.11. Bakım verenlerin, “hastalık mı, yaşlanmanın etkisi mi ?” sorusuna verdikleri cevaplara göre yapılan gruplama yönünden, stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması

	Yaşlanma	Hastalık	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	14,7500 ± 4,367	14,6389 ± 3,109	$p > 0,05$
SB Çaresiz Yaklaşım	12,8750 ± 2,949	10,7222 ± 4,103	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	9,3750 ± 2,504	8,8056 ± 2,965	$p > 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	9,6250 ± 3,623	9,8333 ± 2,844	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Başvurma	6,5000 ± 1,604	7,7500 ± 1,730	$p > 0,05$
SB TOPLAM	53,1250 ± 10,288	51,7500 ± 5,906	$p > 0,05$

Student's t-Testi

4.5 MASLACH TÜKENMİŞLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Duygusal tükenme ile stresle başa çıkma-güvenli yaklaşım arasında negatif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 11). Bakım verenler stresle başa çıkma güvenli yaklaşımı kullandıkça duygusal tükenmeleri azalmaktadır.

Stresle başa çıkma-iyimser yaklaşım ile duygusal tükenme arasında negatif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$). Duygusal tükenme puanları daha düşük olan bireyler stresle başa çıkma iyimser yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar (Bkz. Tablo 11).

Stresle başa çıkma-çaresiz yaklaşım ile duygusal tükenme arasında pozitif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$). Çaresiz yaklaşımı daha sık kullanan bireylerin duygusal tükenme puanları da artmaktadır (Bkz. Tablo 11).

Stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşım ile duygusal tükenme arasında pozitif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$). Boyun eğici yaklaşımı daha sık kullanan bireylerde duygusal tükenme puanı da artmaktadır (Bkz. Tablo 11).

Stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma ile duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Yine stresle başa çıkma toplam puanı ile duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 11).

Duyarsızlaşma ile stresle başa çıkma-çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, güvenli yaklaşım ve toplam puan arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Fakat stresle başa çıkma-iyimser yaklaşım ile duyarsızlaşma arasında negatif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerde iyimser yaklaşım arttıkça hastalarına duyarsızlaşmaları azalmaktadır (Bkz. Tablo 11).

Kişisel başarı ile stresle başa çıkma-güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve toplam puan arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Bununla beraber, stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşım ile kişisel başarı arasında negatif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$). Boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanan bakım verenlerin kişisel başarı alt ölçek puanları düşmüştür (Bkz. Tablo 11).

Tablo 11. Maslach tükenmişlik ölçeği için, bakım verenin stresle başa çıkma puanlarına ait korelasyon tablosu

Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
SB GUVENLİ YAKLAŞIM	$r = -0,3993^{**}$	$r = -0,1781$	$r = 0,2832$
SB ÇARESİZ YAKLAŞIM	$r = 0,4625^{**}$	$r = 0,2694$	$r = -0,1332$
SB BOYUN EĞİCİ YAKLAŞIM	$r = 0,3879^{**}$	$r = 0,2574$	$r = -0,4389^{**}$
SB İYİMSER YAKLAŞIM	$r = -0,4314^{**}$	$r = -0,3331^*$	$r = 0,1195$
SB SOSYAL DESTEĞE BAŞVURMA	$r = -0,0432$	$r = -0,1343$	$r = -0,0668$
SB TOPLAM PUAN	$r = 0,0201$	$r = 0$	$r = -0,0908$

$p < 0,05$ * , $p < 0,01$ ** Pearson Korelasyon Analizi

TÜKENEN 7 VE TÜKENMEYEN 37 BAKIM VEREN KARŞILAŞTIRILDIĞINDA

Duygusal tükenmesi olan bakım verenlerin stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı duygusal tükenmesi olmayanlara göre anlamlı derecede sık kullandığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Duygusal tükenmesi olmayan bakım verenler stresle başa çıkma-güvenli yaklaşıma duygusal tükenmesi olanlara göre daha sık başvurmaktadır ($p = 0,01$).

Diğer stresle başa çıkma alt ölçekleri ele alındığında duygusal tükenme açısından aralarında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 12. Tükenmiş ve tükenmemiş bakım verenlerin stresle başa çıkma puanlarının karşılaştırılması.

	Tükenme Yok	Tükenme Var	Sig.
SB Güvenli Yaklaşım	$15,0811 \pm 3,4268$	$12,4286 \pm 1,1339^*$	$p = 0,01$
SB Çaresiz Yaklaşım	$10,9730 \pm 3,8477$	$11,8571 \pm 4,8795$	$p > 0,05$
SB Boyun eğici Yaklaşım	$8,5135 \pm 2,6418$	$11,0000 \pm 3,3166^*$	$p < 0,05$
SB İyimser Yaklaşım	$10,0541 \pm 3,0636$	$8,4286 \pm 1,9024$	$p > 0,05$
SB Sosyal Desteğe Başvurma	$7,5405 \pm 1,8648$	$7,4286 \pm 1,1339$	$p > 0,05$
SB TOPLAM	$52,1622 \pm 6,7844$	$51,1429 \pm 7,1979$	$p > 0,05$

Student's t-Testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya, A.Ü.T.F. Psikiyatri A.B.D. Geropsikiyatri polikliniğine başvuran Alzheimer astaları ve bakım verenleri alınarak, hastaların kognitif fonksiyonları, davranışsal ve psikolojik emptomları ve fiziksel özbakımları ile bakım verenlerin tükenmişlikleri ve bakım verenlerin tresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

AH'nın 20. yüzyılın sonlarında popüler hastalıklardan biri haline gelmesinin başlıca edenleri; yaşlı nüfusun özellikle yaşlı-yaşlılar denilen kesimin giderek çoğalması, yaş ilerledikçe AH'nın artacağına kesin oluşu, gelecek yıllarda bu hastalığın önemli tıbbi, sosyal, parasal ve halk ağılığı ile ilgili sonuçlar doğurma olasılığı, tıp biliminin beyin işlevleri ve hastalıklarına ilişkin sonuçlar doğurma olasılığı, bulunan hızlı ilerlemelerin kaydedilen yeni bir alanın parçası olduğu lğusu, Alzheimer derneklerinin çabalarıyla etkin sesini işittiren bir tanıtma ve destekleme ağının urulmuş olmasıdır (9).

Yaşlanmanın bu hastalıkta en önemli risk faktörü olduğu düşünülürse, nüfusun giderek aşlanıyor olması AH'nın prevalansını artıracaktır. Türkiye'de şu andaki verilerle bu rakamın 00.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu sonuç aynı zamanda en az 200.000 ailenin bu astalıktan etkilendiği anlamına gelir. Ayrıca hastalığın doğası gereği seyrinin, progresyonunun avaş olması sebebi ile bu etkilenmeye maruz kalınan süre artacak ve çalışmanın konusu olan ikenmişlik daha sık karşımıza çıkacaktır, üstelik bakım verenler için bu sürecin daha ne kadar evam edeceğini bilmemek de streslerini artıran bir diğer etkindir. Hastalıkta, genellikle emptomların başlangıcı ile tanı arasında yaklaşık 3.5-5.5 yıllık bir gecikme vardır. Bazı hastalarda ızlı bir progresyon ve 3-5 yıl içinde ölüm gözlenebilirken, bazıları semptomların başlangıcından onra 20 yıl yaşayabilmektedir. Hastaların çoğu tanıdan sonra yaklaşık 8-10 yıl kadar aşamaktadır. Bu sürenin uzunluğu klinisyenleri, kurumları ve devleti, hasta ve aileye, hastalık üresince destek olmaya zorunlu kılmaktadır. Müdahale edilmesi gereken alanlardan biri de bakım verenin tükenmişliği olmalıdır.

Tükenmişlik, bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in klasikleşmiş nakalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile girmiştir. Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma apmıştır (37).

Farklı tükenmişlik tanımları içerisinde Pines ve Aranson tükenmişliği “uzun süren, duygusal olarak zorlayıcı durumların yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu” olarak tanımlarken, Freudenberger ve North (1986) tükenmişliği, uzun bir süre görülen stres ve enerji harcamasının sonucunda yavaş yavaş oluşan bir durum olarak görmekte ve tükenmişliğin kişinin enerjisini, başa çıkma mekanizmalarını ve içsel kaynaklarını tüketen, kişinin kendisine yüklediği ya da aile, iş, arkadaşlar, sevgili, değerler sistemi ve toplum tarafından yüklenen aşırı talepler sonucunda oluştuğunu ileri sürmektedir. Freudenberger ve North’a göre tükenmişlik, aşırı stres yükünün eşlik ettiği bir duygudurum olup, kişinin motivasyonunu, tutumlarını ve davranışlarını etkilemektedir (37).

Maslach ve Jackson (1986) ise, yaptıkları araştırmalara dayanarak, tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedirler; duygusal tükenme (emotional exhaustion), kişilerin yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmeleri gibi duygularındaki artış olarak tanımlanmaktadır. Duyarsızlaşma (depersonalization) başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmektedir. Kişisel başarı ise kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve kişisel başarı (personal accomplishment) noksanlığı olarak tanımlanmaktadır. Burada asıl önemli tarafın duygusal tükenme olduğu ve diğer kriterlerin katkı yaptığını bildiren çalışmalar vardır (37,38).

Tükenmişlik konusundaki çalışmaların büyük bir çoğunluğunda mesleki tükenmişliğin ele alınmasına karşılık, mesleki tükenmişlikteki bazı özelliklerin aile, kadın ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişlikle benzer olarak görülmesinden hareketle bazı araştırmacılar tükenmişlik araştırmalarını ailelerin, kadınların ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişliği incelemeye yönelik olarak yapmışlardır (37).

Son yıllardaki çalışmalarda AH’nın artan öneminin farkedilmesi ile birlikte, bakım verenlerin tükenmişliğine yönelik çalışmalar artmıştır. Haley ve ark. ve Eagles ve ark. yaptıkları çalışmalarda demansı olan yaşlı hastalara bakmakta olan yakınlarda, demansı olmayan yakınlarına bakana göre depresyon, anksiyete ve tükenmişlik skorlarını yüksek bulmuşlardır. George ve Wyther ise, bu oranın normal popülasyondan farklı olmadığını söylemiştir (42). Benzer bir şekilde Gilhooley’in yaptığı çalışmada 37 demanslı hastaya bakım veren yakınlarının hiçbirinde klinik olarak psikiyatrik morbidite saptanmamıştır (79).

Bu araştırmanın amacı da, hastaya asıl bakım veren yakınlarının en fazla tükenmişlik ildirmelerine neden olan semptom kümelerinin ve müdahale alanlarının belirlenmesine yönelik ıuçlarının elde edilmesidir.

Çalışmaya 44 hasta ve bakım veren alınmıştır. Tanı ve progresyon süresince bakım verenin ükenmişliğini etkileyen değişkenler incelendiğinde, tanının konması ile sürecin başladığı bilinir. Hastalığın insanları en çok ürküten yanı bildiğimiz kadarıyla hastalığın, kişinin sosyoekonomik tatüsüne, eğitim düzeyine, genel sağlık ve sağlamlık durumuna, moral karakterine veya başka erhangi bir etkene bakmadan herhangi bir kimsenin başına gelebilmesidir. Bu durum başlıbaşına akım verenin anksiyetesini artıracak ve kronik anksiyete tükenmişliğe neden olabilecektir. Tanı şamasında bakım verenlerin klinisyenlere en çok sordukları sorulardan biri de hastalığın genetik eçişi olup olmadığıdır (9). Çalışmamızda 44 bakım verenden 23'ü hastalığın genetik olarak endilerinde de olabileceği endişesini yaşadıklarını bildirmişlerdir. Fakat tükenmişlik alt ıçeklerinden aldıkları puanlarla hastalığın genetik olabileceği düşünceleri arasında anlamlı ilişki aptanmamıştır.

Tanıyı öğrendikten sonra başlayan süreç ise, hastaya primer bakımı kimin vereceği sorusunun evaplandığı süreçtir. Primer bakım sorumlusu, bir başka deyişle asıl bakım veren genellikle astanın eşi, erişkin çocuklardan biri veya çoğu kez kızı ya da gelini, ücret karşılığı çalışan bir ardımcı ya da bir hastabakıcıdır. Genelde bu oran hastaların karıları ve kızları lehinedir (9). Fuller, bakım verenin genelde bayanlar olduğunu, eş veya evin büyük kızının bu sorumluluğu ldığını bildirmiştir (48). Kızların, evlendiklerinde aileye daha yakın coğrafi bölgede oturdukları çin bakım veren rolünü daha fazla üstlendikleri vurgulanmıştır. Bakımevlerinde hafif kognitif onksiyonları olan bireyler incelendiğinde, kız çocuklarının olmadığı, en azından bir kız ocuklarının olmamasının bakımevlerinde kalma riskini artırdığı bildirilmektedir. Soldo, kızların rkek çocuklara göre ebeveynlerini daha geç dönemlerde bakımevlerine gönderdiklerini ve ilerleyen ognitif ve fiziksel yıkıma daha dayanıklı olduklarını söylemiştir (49). Çalışmamızda 44 hastanın 2'sinin bakımının kızları tarafından, 9'unun karıları tarafından yapıldığı görülmüştür. Bu durum, alışmalarda primer bakım verenin genelde karıları ya da kızları olduğu görüşünü destekler iteliktir.

Cinsiyetle birlikte yaş da tükenmişliği etkileyen önemli bir parametredir. Genç yaşta bakım verenlerin ileri yaştakilere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları, kronik bir hastalık varlığının ınlar için yaşlılardan daha kaygı verici olduğu bildirilmiştir. Gençlerin kendi aileleri ve işleri ile

İlgili almaları gereken diğer sorumluluklarının da olması (örneğin çocuklarının eğitimini karşılamak, evlendirmek gibi) yaşadıkları tükenmişliği artırabilmektedir. Bununla birlikte yaşlılarda tükenmişliğin daha fazla hissedildiğini söyleyen çalışmalar ise, bu bireylerin kendi sağlık problemlerinin yaşla birlikte artmasının ve emekliliklerinde rahat etme hayallerinin gerçekleşemeyeceği düşüncesine kapılmalarının tükenmişliklerini artıracağını söylemektedir (43). Çalışmamızda bakım verenlerin yaşı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun bakım verenlerin yaş ortalamasının da 57.32 ± 13.79 gibi çok da genç sayılamayacak popülasyondan oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Bakımı üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı hastayla ilgili de bir çok değişken artırabilir. Hastalığın bozulma düzeyi, iletişim kurma yetersizliği, kişilik değişiklikleri, davranışsal ve psikolojik belirti ve semptomlar gibi hastayla ilgili değişkenlerin hastanın bakımını üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı artırdığı bildirilmiştir (32). Bunların içinde bakım verenlerin yaşadıkları tükenmişliğe etkisi olan değişkenler incelendiğinde hangilerinin tükenmişliğe daha fazla katkısı olduğu sorusu sorulur. Yaşlının sosyal fonksiyonunda yetersizlik, davranış problemleri ve kognitif yıkımı mental bozukluğun semptom kümelerini belirler. Araştırmacılar bu kümelerden sosyal alanda yetersizlik ve davranış problemlerinin, bakım verende doğrudan direk etki ile stres yaşatabileceğini, kognitif yıkımın ise doğrudan diğer kümelerin şiddetini artırarak indirek etki ile bakım verenlerin stres yaşantısını artırabileceğini söylemişlerdir.

Hastaların belleklerdeki yıkım, kendi eşlerini, çocuklarını tanıyamayacak hale gelmeleri bakım verenler için yıkıcı bir tablodur. Bununla birlikte bakım verenleri asıl tüketen semptomların kognitif fonksiyonlar değil, hastalığa özgü diğer klinik tablolar olduğu bildirilmiştir. Bunun sebebi olarak da kognitif fonksiyonların bozulmasının beklenen ve hazırlıklı olunan bir durum olması gösterilmiştir (44). Yapılan çalışmaların bir çoğunda demansın şiddeti ile tükenmişlik arasında anlamlı fark bulunamamıştır (43). Bizim çalışmamızda, hastaların 8'i hafif, 22'si orta, 14'ü ağır kognitif yıkım olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda kognitif yıkım ile tükenmişlik arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Ağır kognitif yıkımı olan hastaların bakım verenlerinde duygusal tükenme puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca lojistik regresyon ile diğer değişkenlerin temel etkileri dışarıda bırakıldığında MMSE puanlarında her bir birimlik artış bakım verenlerin tükenmişliğini (duygusal tükenme) %13 azaltmıştır ve aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumun, hastalardaki kognitif yıkımın artması ile birlikte hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomları ve fiziksel özyıkımı artar ve dolaylı olarak tükenmişliğe katkısı vardır görüşünü desteklemediği düşünülmüştür.

Kognitif disfonksiyona ek olarak ortaya çıkan delüzyonlar, hallüsinasyonlar, kişilik değişiklikleri, duygudurum bozuklukları, uyku, iştah ve cinsel davranışlarla ilgili psikiyatrik sorunlar araştırıldığında ve tanındığında, tedavi edilebilir, hastanın ve ailenin yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlanabilir (20). Aksi takdirde, hastaların psikolojik ve davranışsal semptomlar tedavi edilmezse erken dönemde hastaları bakımevlerine yatırmaya, belirgin maddi kayıplara, yaşam kalitesinde düşüşe, bakıcılar için ağır strese, hasta ve yakınları için ileri derecede işlev kaybına yol açmaktadır (22). Bu sebeplerden dolayı son yıllarda davranışsal belirtiler araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Chen ve ark. AH olgularının %98'inde bu belirtileri saptadıklarını bildirmiştir (80). Finkel ve ark. tekrarlayan sorular ve vurma gibi davranış semptomları ile delüzyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomların hasta, aile ve bakım verenlerin sıkıntısını artırırken, bakımevine erken yerleştirilmeye, bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabileceğini söylemiştir (46). Bizim çalışmamızda da hastaların KPDÖ alt ölçekleri (KPANER-geri çekilme yavaşlama, KPTHOT-düşünce bozukluğu, KPACTV-aktivasyon, KPHOST-düşmanlık şüphecilik) ile bakım verenlerin duygusal tükenme alt ölçeği arasında pozitif korelasyon vardır. Yapılan lojistik regresyon analizinde KPANER puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %25.07, KPTHOT puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %28.20, KPACTV puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %41 artırırken aradaki ilişki anlamlı bulunmuştur. KPHOST puanında bir birimlik artış ise bakım verenin tükenmişliğini %18.79 artırırken aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç korelasyon analizi sonucunu desteklememektedir. Bu durumun tükenmişliğe katkı yapan diğer değişkenlerin dışarıda bırakılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca hastaların bir çoğunun zaten antipsikotik tedavi kullanıyor olmaları sebebi ile KPHOST puanlarının yüksek olmamasının ve çalışmaya katılan hasta ve bakım veren sayısının az olmasının bu durumdan sorumlu olabileceği düşünülmüştür. KPANDP-anksiyete depresyon alt ölçeği ile duygusal tükenme arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. KPDÖ toplam puanı ile de duygusal tükenme arasında pozitif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır. KPDÖ puanında her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %10.51 artırmaktadır ve aradaki ilişki anlamlıdır.

Hastaların KPANDP alt ölçek puanları ile bakım verenlerin duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlıya yakın ilişki saptanmıştır. ($p=0.05$) KPDÖ'nün diğer alt ölçekleri ile duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

KPANER alt ölçeği ile bakım verenlerin kişisel başarı alt ölçeği arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır. Diğer KPDÖ alt ölçekleri ile kişisel başarı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. KPDÖ toplam puanı ile kişisel başarı arasında ise negatif bir korelasyon vardır, KPDÖ puanı arttıkça kişisel başarı azalmaktadır ve aradaki ilişki anlamlıdır. Bu sonuçlar literatür bulguları ile uyumludur.

Bakım verenlerin en fazla tükenmesine sebep olan faktörlerden biri olan sirkadiyan ritimdeki değişiklikler ayrıca hastanın da en fazla hospitalize edilme nedenlerindendir. AH'da bu oran yaklaşık %20-40 arasındadır. Sirkadiyan ritimdeki değişiklikler ayrıca diğer, hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomlarını, örneğin; amaçsız dolaşma, ajitasyon ve gece kognitif yıkımın bozulmasını artırabilmektedir (16). Çalışmamızda hastaların 14'ünde bakım verenleri tarafından uyku düzensizliği tariflenmiş, 30 hastada ise tariflenmemiştir. Bu oranın hastaların bir çoğunun antipsikotik tedavi alması sebebi ile olması gerekenden düşük olduğu düşünülmektedir. Uyku düzensizliği olan hastaların yakınlarının duygusal tükenme puanları ile uyku düzensizliği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyonda ise uyku düzensizliği varlığında bakım verenin tükenmişlik riskinin 1.8 kat artacağı bununla birlikte aradaki ilişkinin anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu sonucun tükenmişliğe katkısı olan (kognitif yıkım, KPDÖ puanlarında artış gibi) diğer değişkenlerin katkısının dışarıda bırakılmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Hastalar ve bu hastalara bakım hizmeti veren kişiler için hastalığın en fazla sorun çıkaran yönünün işlevsel beceri kayıpları ve özellikle işlevsellikte azalma olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur. Zira bu faktörler evde bakım hizmeti alma ihtiyacını ve hastaneye yatışları artırmaktadır (36).

Demansın işlevsel beceri kayıplarına ve buna bağlı olarak engellilik haline yol açtığını gösteren bazı raporlar yayınlanması üzerine bu ilişkiyi sınamak için Kungsholmen projesi başlatılmıştır. Bu araştırmada en sık görülen yaşla ilişkili bozukluklar birbiri ile kıyaslandığında, demans için, “yaşlılardaki işlevsel beceri kayıpları ve engellilik halinden şu anda ilk sırada sorumlu olan prevalan ve gelecekte ilk sırada sorumlu olacak hastalıktır” ifadesi kullanılmaktadır. Kungsholmen projesinin verilerinden yararlanılarak AH'larının %32'sinin işlevsel anlamda bir diğer kişiye bağımlı olduğu saptanmıştır (36).

Bazıları bakım verenin tükenmişliğinin hastanın fonksiyonel kapasitesi ile ilişkili olmadığını söylerken, Rabins ve ark. fonksiyonel kapasitenin tükenmişlik oranını belirlediğini söyler (47).

Başka bir çalışmada ise bakım verenlere “sizin için hangi semptomlar daha sıkıntı verici” diye sorulduğunda; delüzyon, hallüsinasyon, depresyon ve fiziksel agresyon davranışları en zorlu semptomlar olarak değerlendirilirken, hastalığın kognitif yıkımlar açısından şiddeti, fonksiyonel kapasitesi ve süresi en az önemli olarak değerlendirilmiştir (45). Çalışmamızda hastalarda fiziksel özbakım ölçeğinin ortalama puanı 14.07 ± 7.39 'dur. Hastaların fiziksel özyıkımlarının artması ile bakım verenlerin duygusal tükenme puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu ve aradaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür. Aynı anlamlı ilişki lojistik regresyon analizinde de vardır ve fiziksel özbakım ölçeğinde her bir birimlik artışın bakım verenin tükenmişliğini %11.88 artıracığı görülmüştür. Bu durumun bakım verenlerin yaş ortalamasının (57.32 ± 13.79) yüksek olması ve bakım verenin ek dahili hastalık (21 bakım verenin ek dahili hastalığı var, 23 bakım verenin ek dahili hastalığı yok) varlığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastalıkta psikososyal değişiklikler gözönüne alındığında bireyin toplumsal etkinliği ve gücü, prestiji, yakın ilişkileri, cinsel aktivitesi, saygınlığı, sosyal yaşantısı ve destekleri azalmakta, etkin rolü kaybolurken daha edilgen bir pozisyona yönelmektedir (1). Bununla birlikte giderek artan bellek kaybı ve diğer bilişsel işlevlerdeki azalma kişilerde engellenmişlik, şaşkınlık duyguları, anksiyete ve depresyon yaratır. Az sayıda bazı çalışmalarda ise, ilginç sonuçlar bildirilmiştir (32). Neugarten'in bir çalışmasında yaşlıların kayıpları, bulundukları yaşın ve yaşantıların doğal bir süreci olarak algılama yolu ile bu olayları genç yetişkinlere oranla daha az travmatize olarak yaşadıkları saptanmıştır (27).

AH'da depresif semptomlar dalgalı bir seyir izlerken hastaların ilerleyen dönemlerde konuşma alanlarındaki zorlukları nedeni ile değerlendirilmeleri güç olabilmektedir. Reifler ve ark. AH'na sekonder olarak %19 oranında depresyon bulmuşlardır. Lazarus ve ark. ise bu oranı %40 olarak bildirmişlerdir, buna karşın Knesevich ve ark. ise erken AH'da depresyon oranlarının anlamlı olmadığını söylemişlerdir (33). Çalışmamızda geriatri depresyon ölçeği uygulanabilen, MMSE puanı 10 ve üzerinde olan 30 hastadan 17'sinde depresyon saptanmıştır (17/44). Depresyon varlığının bakım verenin tükenmişliği ile ilişkisi incelendiğinde hastalarda depresyon varlığında bakım verenin duyarsızlaşma puanları arasında gruplar arası fark görülmüştür. Ayrıca depresyon puanlarındaki artış ile duyarsızlaşma puanları arasında pozitif korelasyon vardır. Bu durum aynı zamanda KPANDP puanı ile duyarsızlaşma arasındaki ilişkiyi (pozitif korelasyonu) destekler niteliktedir. Bununla birlikte yapılan lojistik regresyon analizinde geriatri depresyon ölçeğinde (GDÖ) her bir birimlik artış bakım verenin tükenmişliğini %4.28 artırmaktadır fakat aradaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu durumun MMSE, KPDÖ ve FÖB gibi diğer değişkenlerin katkısı

ışarında bırakıldığı için olduğu düşünülmektedir. Fakat bu %4.28'lik artış da değerli bir sonuçtur ve bu bireylerin depresyonda olmalarının bakım verenin yükünü artıracakını düşünmek yanlış anlamaktadır.

Bütün bu değişkenlerin bakım verenlerin tükenmişliğine etkisi olduğunu söyleyen çalışmalar olmakla birlikte, her ne kadar yaşlıların bakımevlerinde bakıldığı fikri varsa da bu çok doğru değildir. Bakımevi tercihi genellikle aileler tarafından diğer bütün alternatifler gözden geçirildikten sonra son tercihtir (49). Aile bireyleri çoğunlukla yakınlarını uzun süreli bir bakım merkezine vermeyi geciktirirler ya da reddederler. Özellikle eşlerin diğer bakım veren yakınlarla oranla bu fikri daha az benimsedikleri bildirilmiştir (16). Yapılan bir çalışmada bakım veren eşin yaşaması halinde bakımevine gönderilme oranının azaldığı bildirilmiştir (42). Bir diğer çalışmada bakım verenlerin sadece %25'i bir bakımevini, %63.5'i evde bakımı tercih etmişlerdir (51). Çalışmamızda ise bakım verenlerin sadece 7'si bakımevlerini tercih ederken, 37'si evde bakımı tercih etmiştir. Hastalarının bakım evlerinde bakılmasını tercih eden yakınlarda duygusal tükenmişlik puanı evde bakımı tercih edenlere göre anlamlı derecede yüksektir ve gruplar arası fark anlamlıdır. Ayrıca bakımevini tercih eden bakım verenlerin tükenmişlik riski diğer gruba göre 3.19 kat artmaktadır. Bu durumun dolaylı bir ilişki olduğu ve zaten tükenmiş bireylerin bakımevlerini daha çok tercih ettikleri şeklinde yorum yapmak uygun olabilir. Bu durumun Türkiye'nin ahlaki değer ve inançlar sisteminin yapısından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bununla birlikte Türkiye'nin gelişmekte olan bir ülke olması ve ekonomik gereklerin çalışan nüfusun her geçen gün artmasına sebep olması ile birlikte bu oranın zaman içinde artacağı fikri edinilmiştir.

Çalışmanın konusu olan tükenmişlik ve stresle başa çıkmaya yönelik yapılan çalışmalar tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Farklı düzeylerde yaşanan tükenmişlik, bireylerin farklı başa çıkma tarzlarını kullanmalarına neden olabilmektedir (37).

Duygusal tükenmişliğin çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım gibi pasif başa çıkma tarzları ile arasında aynı yönde anlamlı ve sosyal destek arama gibi aktif başa çıkma tarzları ile de ters yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu yönünde mevcut yayınlar vardır. Çalışmalar aktif başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerin kaçınmaya yönelik başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilere göre daha az tükenmişlik hissederken, kişisel başarı duygusunu daha fazla hissettiklerini belirtmektedirler (37).

Bireyler bu stratejilerden bazen birini, bazen her ikisini de kullanabilirler. Bazı stresörlerle karşı karşıya kalındığında hangisinin daha etkili olduğunu söyleyen net sonuçlar yoktur, çünkü değişik stres tiplerinde değişik başa çıkma mekanizmaları kullanılır. Yine de çalışmalarda sistematik problem çözme, iyimser tutum ve sosyal desteğin algılanmasının iyi oluşla ilişkisi bildirilmiştir. Quayhagen, umut etme ve kaçınma gibi pasif başa çıkma stratejilerinin kötü duygu durumuyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Siegler ve George ise, tek bir başa çıkma yöntemini kullanmaktansa pasif ve aktif başa çıkma yöntemlerinin birarada kullanılmasının daha doğru olduğunu bildirmiştir. Yapılan bir çalışma, tükenmişlik bildirenlerin duyguya odaklı (olumlu düşünme, yas tutma, merak etme, kabul, kişisel başarının az algılanması) stratejileri daha fazla, bildirmeyenlerin ise probleme odaklı (durumla yüzleşmek, daha fazla bilgilendirilmek, sosyal desteğe başvurmak) stratejileri daha fazla kullandıklarını söylemektedir. Bu stratejilerin birlikte kullanıldığı bireylerde de tükenmişliğin daha az olduğu, bilgi almak, sosyal desteğe başvurmak ve durumu kabullenmenin etkin başa çıkma yöntemleri olduğu bildirilmiştir (39).

Bakım verenin en fazla güçlük yaşadığı konu, örneğin kişisel özgürlük zamanının azalması ise, bir yardımcı tutmak veya günlük bakımevlerini kullanmak etkin başa çıkma yöntemi olabilirken, kişinin en çok güçlük yaşadığı konu sevdiği bir kişinin giderek kognitif ve diğer alanlarda artan güçlüğü görmek ise, bu durumun değişmeyeceği gerçeği ile yüzleşmek uygun bir başa çıkma yöntemi sayılabilir, zira son zamanlarda yayınlanan çalışmalarda kabul edici yaklaşım artık iyi bir başa çıkma tarzı olarak kabul edilmektedir. Carver ve ark. kabul edici yaklaşımın tanındığının aksine pasif bir başa çıkma yöntemi olmaktan ziyade mutsuz olmayı göze alan aktif bir yaşantı olduğunu söylemiştir. Durumu kabullenmek her ne kadar pasif bir başa çıkma yöntemi gibi görünmekle birlikte demans süreci gibi değiştirilemeyecek bir durumu kabullenmek aynı zamanda yeni durumla yüzleşmeyi gerektirdiği için aktif bir başa çıkma gibi de değerlendirilebilir (40). Pearlin ve Schooler, demans gibi bakım verenin süreci çok değiştiremeyeceği hastalıklarda duyguya odaklı ve palyatif mekanizmaların daha etkin olduğunu söyler (39). McCrae ve Costa, umut edici yaklaşımın, problemin bir gün düzeleceğini düşünen yaklaşımın, gerçekçi olmayan loğası sebebi ile tükenmişliği ve depresyon oranını artırabileceğini bildirmiştir (40).

Yayınlarda kadınların erkeklere oranla duyguya odaklı başa çıkma mekanizmalarını daha fazla kullandıkları bu sebeple daha fazla oranda tükenmişlik bildirdiği belirtilirken, erkekler probleme odaklı başa çıkma tarzlarını daha sık kullanmaktadır. Diğer yayınlarda ise kadınların sosyal ilişkilere yardım açısından daha fazla başvururken, erkeklerin profesyonel yardım arayışında oldukları bildirilmiştir. Örneğin, kadınların sosyal çevreleri ve komşuları ile daha yakın ilişkiler

kurdukları, bakım veren erkeklerin daha izole oldukları söylenir ve bu da tükenmişliği artıracaktır. Ayrıca erkeklerin yaşlarının daha büyük olması sebebi ile kendi sağlık durumları ile ilgili zorlukları, yaşadıkları stresi artırabilir (50).

Çalışmamızda bakım verenin cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları arasında gruplar arası anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bakım verenin yaşı ile stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma arasında ise negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır. Bakım verenin yaşı arttıkça, sosyal desteğe başvurma azalmaktadır. Bunun bir sebep değil, bir sonuç olduğu düşünülmüştür. Artan yaşla birlikte etrafındaki yakınlarını ve dostlarını kaybeden bireyler daha izole bir yaşantı sürmeye mahkum olmaktadır. Bu durum dolaylı olarak sosyal desteğe başvurmayı azaltmaktadır. Aynı ilişki yaş ile diğer stresle başa çıkma tarzları arasında görülmemiştir.

Yapılan bazı araştırmalarda ise stres yaratan yaşam olayları, sosyal destek, başa çıkma tarzları ve psikolojik rahatsızlık riski arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, özellikle stres yaratan olay kronik olduğunda sosyal desteğin stresin olumsuz etkilerini azaltamayabileceği, bununla birlikte yaşanan stresin kendisinin de sosyal destek kaybına neden olabileceği ve stres ile sosyal destek değişkenlerinin etkilerinin birbirine karışabileceği belirtilmektedir (37). Bu görüşü destekler bir şekilde çalışmamızda bakım verenlerin hasta ile yaşadıkları süre arttıkça sosyal desteğe başvurmaları azalmaktadır, iki parametre arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır.

Eğitim seviyesi ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise gruplar arası fark olduğu görülmüştür. Eğitimsizler, stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar ve aradaki ilişki anlamlıdır. Bu durum eğitim seviyesi azaldıkça bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgi alma ve daha hazırlıklı olmalarının kısıtlanmasından ve durumu olduğu gibi kabullenmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmamızda, duygusal tükenmesi olan bakım verenlerin stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı duygusal tükenmesi olmayanlara göre anlamlı derecede sık kullandığı görülmüştür. Duygusal tükenmesi olmayan bakım verenler ise stresle başa çıkma-güvenli yaklaşıma duygusal tükenmesi olanlara göre daha sık başvurmaktadır ve aradaki ilişki anlamlıdır. Bu bulgular literatürdeki bulgular ile uyumludur.

Hastanın bakımını üstlenenin yaşadığı sıkıntıya müdahale etmek yalnızca bu kişilerin yükünü azaltmak için değil, aynı zamanda AH'nın progresyonunda önemli bir rol oynadığı için de

gereklidir. Bakımı üstlenenin sıkıntısı hastanın bakımevine yatışı açısından önemli bir göstergedir ve hatta hasta mortalitesini bile etkileyebilir (32). Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarında depresyon oranının hastalardaki depresyon, fiziksel özbakımlarında kötüleşme ve hallüsinasyonlarla anlamlı ilişkide olduğunu bildiren çalışmalar vardır (81). Bu bulgular hastanın bakımını üstlenen kişinin psikolojik durumu ile ilgilenmenin sadece bakım veren üzerinde değil, hasta üzerinde de olumlu yansımalarının olacağını düşündürmektedir.

İlk adımlardan biri bakıcının kendine zaman ayırması ve bu zamanın programlanmasıdır. Bunun için akrabalarından bakım işine yardımcı olmalarını istemek ya da belli günlerde birkaç saat hastayı bekleyecek veya bakım işine yardımcı olacak ücretli birini çalıştırmak gerekebilir. Bakım verenler ayrıca uyumalarına, beslenmelerine, düzenli egzersizlerine dikkat etmeli ve sosyal ilişkilerini sürdürmelidirler. Stresle başa çıkma ve gevşeme teknikleri öğrenilip, düzenli olarak uygulanmalıdır. Alzheimer Derneği ve başka kuruluşlarca düzenlenen destek gruplarına katılmak da bakıcılara belirgin yarar sağlar. Bazen de ortaya çıkan çok sayıda karmaşık duygularla ve çatışmalarla başa çıkabilmek için bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi ve ilaç desteğine ihtiyaç olabilir (9).

Zarit ve Teri'nin yaptığı çalışmada profesyonel terapistlerle birlikte sürdürülen bireysel ve grup tedavileri ile bakım verenlerin stres belirtilerinde belirgin azalma bildirilmiştir. Eğitim ve rahatlama tekniklerinin kullanıldığı 8 haftalık grup terapileri ile bireylerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik skorlarında belirgin azalma olmuştur (16).

Ayrıca belli aralarla yapılacak aile toplantıları hastanın bakımında başlıca sorumluluğu üstlenmiş olan primer bakım verene ve hastaya destek sağlar. Öteki aile üyelerinin hastalığın ilerleyişi hakkında bilgi edinmesine, nasıl ve nerede yardımcı olabileceklerini anlamalarına, bakım verenin hiç olmazsa yaşamın bazı yanlarını normal olarak yaşamasını sağlamak için yardımcı bulmasını teşvik etmeye olanak verir (9). Bir çalışmada uzun dönem aile görüşmeleri programı ile, AH'larının bakım evlerine gönderilmelerinin süresi uzamıştır. Zarit ve ark. ise aile ziyaretlerinin bakım veren tükenmişliğini azaltan çok etkin bir yöntem olabileceğini ve ailenin diğer bireylerinin bakım verene destek ve sorumluluğu paylaşmak anlamında harekete geçirilmesinde etkin olduğunu bildirmiştir. Zarit, 1985'te aile ziyaretleri ile ilgili detaylı bir protokol hazırlamıştır (70). Aileye yönelik uygulanan müdahalelerden biri olan Mittelman ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bakım verenlerin ve ailenin hastalıkla nasıl başa çıkacaklarına ilişkin verilen eğitim sonrasında, programın

başında yakınlarını bakımevine yerleştirmeyi düşünen 41 aileden yalnızca 1'inin bunu gerçekleştirdiği bildirilmiştir (71).

Çalışmanın kısıtlılıkları ve üstünlükleri;

Çalışmamızda AH'na bakım veren yakınlarının yaşadıkları tükenmişliğe katkısı olduğu düşünülen hasta ve bakım verenle ilgili değişkenler incelenmiş ve bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Bu amaçla yaptığımız çalışmada 44 hasta ve bakım vereni çalışmaya dahil ettik. Literatürde daha az sayıda AH ile bildirilen yayınlar olmakla birlikte sayımızın az olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Ayrıca çalışmamızın hasta grubunu geropsikiyatri ünitesine başvuranlardan almamız da çalışmanın kısıtlılığı olabilir. Gilleard, geriatri polikliniğine yakınlarını götüren bireylere göre geropsikiyatri polikliniğine götürenlerde daha fazla psikiyatrik morbidite olduğunu söylemiştir. Bu oranı artıran, hastaların davranış ve diğer psikiyatrik morbiditeleri sebebi ile başvurmalarından kaynaklanıyor olabilir. Isaacs, geriatri polikliniklerine başvuran bakım verenlerde tükenmişlik ve stres semptomları bildirmezken, tükenmişliği artıranın diğer davranış semptomları olduğunu bildirmiştir (79).

Hasta yakınları ile yapılan yüzyüze görüşmelerde, sıkıntılarının öz bildirim dayalı ölçeğe bildirilenden fazla olduğu, depresyon ve anksiyete semptomlarının klinik olarak eklenebildiği, bununla birlikte bir çoğunun “tükendim” kelimesini telafuz etmekten uzak durdukları izlenimi edinilmiştir. Ayrıca çalışmalarda “bakım verenlerin tükendikleri bilinir fakat bunu bildirme oranları düşüktür” şeklinde yorumlar yapılmıştır (54). Bu durum zannedilenden daha az bireyin tükenmiş olarak kabul edilmesine ve müdahale edilmesine sebep olabilir. Bu konuda ileride yapılacak çalışmalarda depresyon/anksiyete ve tükenmişlik skorları arasındaki ilişkinin zannedildiğinin aksine doğru ilişki olmadığının görüleceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın, hastaların evlerinde yaklaşık 2-3 saatlik hasta, aile ve bakım verene yönelik görüşme yapılarak yürütülmüş olması ise çalışmamızın üstün yanıdır. Literatürde bakım verenlerin tükenmişliğine yönelik olarak planlanan aile ziyaretleri, bizim çalışmamızda çalışmaya katılan bütün hastalar için yapılmış ve hastalıkla ilgili gerekli bilgilendirme ve bakım verenin tükenmişliğini azaltmaya yönelik müdahaleler üzerinde konuşulmuştur.

Ayrıca uluslararası yayınlarda bakım verenin tükenmişliğine yönelik çalışmalar olmakla birlikte Türkiye’de şimdiye dek tükenmişlik çalışmaları doktorlar, hemşireler, bakımevi personelleri gibi profesyonellere yönelik olarak yapılmıştır. Çalışmamızın aile ve primer bakım veren alanında yapılmış ilk çalışmalardan biri olması da üstünlüklerindendir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde daha önceki bölümde ayrıntılı bir biçimde ele alınan bulgular ve bu bulgular doğrultusunda yapılacak araştırmalara yön verici öneriler özetlenmektedir.

Bulgular:

1. Hastaların parametreleri ile bakım verenlerin tükenmişliği arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan korelasyon analizinde; hastaların yaşı , hastalığın tanı süresi ve şikayetlerin süresi ile, Maslach tükenmişlik ölçeği-duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçekleri puanları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

2. Hastaların eğitim durumları, medeni halleri, sosyal güvenceleri ve ek dahili hastalık varlığı ile bakım verenin Maslach tükenmişlik alt ölçekleri arasında gruplar arası fark yoktur ($p>0.05$). Uyku düzensizliği ile bakım verenin tükenmişliği incelendiğinde gruplar arası fark olduğu ve uyku düzensizliği olan hastaların bakım verenlerinin Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme alt ölçeği puanlarının anlamlıya yakın ($p=0.051$) derecede yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların cinsiyeti ile bakım verenin tükenmişliği arasındaki ilişki incelendiğinde ise, Maslach tükenmişlik-kişisel başarı alt ölçeğinde gruplar arası fark olduğu, hastası kadın olan bakım verenlerin bu alt ölçekten hastası erkek olanlara göre anlamlı ($p<0.01$) derecede yüksek puan aldıkları gözlenmiştir.

3. Hastaların MMSE puanları ile Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) ve negatif bir korelasyon, depresyon puanları ile Maslach tükenmişlik-duyarsızlaşma alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) ve pozitif bir korelasyon, fiziksel özbakım ölçeği ve Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme alt ölçeği arasında anlamlı ($p<0.01$) ve pozitif bir korelasyon olduğu gözlenmiştir.

4. Hastaların KPDÖ alt ölçekleri (KPANER-geri çekilme yavaşlama ($p<0.01$), KPTHOT-düşünce bozukluğu ($p<0.01$), KPACTV-aktivasyon ($p<0.05$), KPHOST-düşmanlık şüphecilik ($p<0.05$)) ile bakım verenlerin Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme alt ölçeği arasında pozitif korelasyon vardır. KPANDP-anksiyete depresyon alt ölçeği ile duygusal tükenme arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). KPDÖ toplam puanı ile de Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme alt ölçeği arasında pozitif korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$).

5. Hastaların KPANDP-anksiyete depresyon alt ölçek puanı ile bakım verenlerin Maslach tükenmişlik-duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlıya yakın ilişki ve pozitif korelasyon ($p=0.05$) vardır. KPDÖ'nün diğer alt ölçekleri ile Maslach tükenmişlik-duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). KPDÖ toplam puanı ile duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

6. Hastaların KPANER-geri çekilme yavaşlama alt ölçeğinden aldıkları puan ile bakım verenlerin Maslach tükenmişlik-kişisel başarı alt ölçeği arasında negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Diğer KPDÖ alt ölçekleri ile Maslach tükenmişlik-kişisel başarı alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). KPDÖ toplam puanı ile Maslach tükenmişlik-kişisel başarı alt ölçeği arasında ise negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$).

7. Bakım verenlerin parametreleri ile bakım verenin Maslach tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olarak yapılan istatistiksel yöntemle; bakım verenin cinsiyeti, medeni hali, mesleği, fiziksel hastalık varlığı, hastaya yakınlık derecesi, yardımcısı olup olmaması, hastalığın ailesel olduğunu düşünüp düşünmemesi, normal yaşlanma veya hastalık olarak değerlendirmesi ile Maslach tükenmişlik alt ölçekleri arasında gruplar arası fark görülmemiştir ($p>0.05$). Bakım verenlerin eğitim seviyeleri ile Maslach tükenmişlik puanları arasında ise gruplar arası fark vardır ($p<0.01$) ve aradaki ilişki anlamlıdır. Eğitim seviyeleri arttıkça bakım verenlerin Maslach tükenmişlik-kişisel başarı puanları artmaktadır. Benzer şekilde ekonomik durumlarını “iyi geçiniyoruz” şeklinde tarifleyen bakım verenlerin Maslach tükenmişlik- kişisel başarı puanları diğer gruplara göre farklıdır ve anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Hastalarının bakımevinde kalmasını tercih eden bakım verenlerde Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları hastalarının evde bakılmasını tercih edenlere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

8. Korelasyon analizinde; bakım verenin yaşı ve hasta ile birlikte yaşama süreleri ile bakım verenin Maslach tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Evde yaşayan kişi sayısı ile Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları arasında ise negatif bir korelasyon vardır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$).

9. Yapılan lojistik regresyon analizinde hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni hali, hastalığın tanı süresi, toplam şikayet süresi, ek dahili hastalık varlığı, uyku düzeni ile bakım verenin Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

10. Bakım verenlerin Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları ile hastaların MMSE puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.05$), FÖB ölçeği puanları ile aynı yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.05$), GDÖ puanı ile aynı yönde olmakla birlikte anlamlı olmayan bir ilişki ($p>0.05$), KPANDP puanı ile ters yönde anlamlı olmayan bir ilişki ($p>0.05$), KPANER puanı ile aynı yönde anlamlı ilişki ($p<0.05$), KPTHOT puanı ile aynı yönde anlamlı ilişki ($p<0.05$), KPACTV puanı ile aynı yönde anlamlı ilişki ($p<0.05$), KPHOST puanı ile aynı yönde olmakla birlikte anlamlı olmayan ilişki ($p>0.05$), KPDÖ toplam puanı ile ise aynı yönde anlamlı ilişki ($p<0.05$) görülmüştür.

11. Lojistik regresyon analizinde; bakım verenin cinsiyeti, yaşı, çocuk sayısı, gelir durumu, evde yaşayan kişi sayısı, hastayla birlikte yaşama süreleri, bakım verenin ek fiziksel hastalığı olması, hastalık veya normal yaşlanma süreci değerlendirmesi ile Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Bakım verenin eğitim durumu ile Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) olduğu gözlenirken, bakımevini evde bakıma tercih eden bakım verenlerin de Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme puanları artmıştır ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$).

12. Bakım veren ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde ise; bakım verenin cinsiyeti, medeni hali, gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, bakımevi/ev tercihi, yardımcısı olup olmaması, hastalığın ailesel olabileceği düşüncesi, hastalık veya normal yaşlanma süreci düşüncesi ile stresle başa çıkma tarzları arasında gruplar arası fark yoktur ($p>0.05$). Bakım verenlerin eğitim seviyeleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında ise gruplar arası anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Eğitimsizlerin stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları görülmüştür. Eğitim seviyesi ile stresle başa çıkmanın diğer alt ölçekleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde bakım verenin mesleği ile stresle başa çıkma tarzları arasında da gruplar arası fark gözlenmiştir. Ev hanımları stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı diğer çalışan ve emekli gruba göre daha fazla kullanmaktadırlar ($p<0.05$). Fiziksel hastalığı olan bakım verenlerin stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma puanları ise düşmektedir ve aradaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$).

13. Yapılan korelasyon analizinde; bakım verenin yaşı ve bakım verenlerin hasta ile yaşadıkları süre ile stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma arasında negatif bir korelasyon olduğu ve aradaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0.05$) görülmüştür.

14. Maslach tükenmişlik-duygusal tükenme ile stresle başa çıkma-güvenli yaklaşım arasında ters yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.01$), stresle başa çıkma-iyimser yaklaşım ile ters yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.01$), stresle başa çıkma-çaresiz yaklaşım ile aynı yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.01$), stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşım ile aynı yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.01$) olduğu görülmüştür. Stresle başa çıkma-sosyal desteğe başvurma ile duygusal tükenme arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde stresle başa çıkma toplam puanı ile duygusal tükenme arasında da anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Duyarsızlaşma ile stresle başa çıkma-çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, güvenli yaklaşım ve toplam puan arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Stresle başa çıkma-iyimser yaklaşım ile duyarsızlaşma arasında ise ters yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Kişisel başarı ile stresle başa çıkma-güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşım ile kişisel başarı arasında ise ters yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.01$).

15. Tükenen 7 ve tükenmeyen 37 bakım veren, gruplar arası karşılaştırıldığında ise; tükenen bakım verenlerin stresle başa çıkma-boyun eğici yaklaşımı tükenmeyenlere göre anlamlı derecede sık kullandığı görülmüştür ($p<0.05$). Tükenmeyen bakım verenler ise stresle başa çıkma-güvenli yaklaşıma tükenenlere göre daha sık başvurmuşlardır ve gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.01$).

Öneriler;

1. Alzheimer hastalarında Türkiye’de ilk kez kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğinin bu yöndeki çalışmalarda kullanımının artmasının, bakım verenlerin tükenmişlik yaşantıları ile hastaların semptom kümeleri arasındaki ilişkinin sonraki çalışmalarda belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

2. Bakım verene yönelik adımlar tartışılırken, alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, tükenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması gerekmektedir. Hastanın bakım verenin tükenmesine neden olan semptomlarını tanımak ve tedavi etmek konusunda bu konuda uzmanlaşmış yeterli klinisyenin olmaması bakım verenlerin ve ailenin bu semptomların tedavi

edilebilir olduğundan habersiz olmalarına yol açmaktadır. Oysaki farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının hekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmelerinin önemini vurgulamak yerinde olacaktır.

3. AH'daki beceri kayıplarını ve engellilik halini azaltmaya yönelik yaklaşımlarda bir çok farklı stratejiyi toplu halde uygulamak gerekmektedir. Bu konudaki riskleri ve koruyucu faktörleri daha iyi anlayabilmek için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu sayede kişileri beceri kayıplarının oluşumunun erken evrelerinde teşhis etmek mümkün olabilecektir. Böylece ağır beceri kayıpları nedeni ile engelli hale gelen bireylerin rehabilitasyonu mümkün olacak veya bu kişilere verilecek sağlık hizmetlerinin kapsamı planlanabilecektir.

4. Bundan sonra bu alanda yapılacak çalışmaların kültürler arası, hastalığın davranış ve psikolojik semptomlarının değerlendirilmesi ve uzunlamasına çalışmalarla seyirlerinin ve topluma, çevreye, aileye ve bakım verenlere etkilerinin araştırılmasını kapsamı önerilmektedir.

5. Türkiye'de hasta ve bakım verenlere yönelik bu tür çalışmaların artması ve Alzheimer Dernekleri gibi sosyal destek grupları ile işbirliğinin sağlanmasının, Avrupa ve Amerika'da olduğu gibi devleti gündüz rehabilitasyon ve bakım merkezleri açmaya mecbur etmesinin, hasta yakınlarının hissettiği tükenmişliği dolaylı (bakım evine yerleştirme yasıyla yüzleşmemek) ve dolaysız (kendine daha fazla zaman ayırabilme imkanı) olarak azaltacağı izlenimi edinilmektedir. Bu konuda geropsikiyatristlerin, aile hekimlerinin, geriatristlerin, psikiyatristlerin, psikologların, terapistlerin, sosyal hizmet uzmanlarının, hemşirelerin, bakım evi personelinin, aile üyelerinin ve gönüllülerin içinde olduğu ekibin, işbirliği içerisinde çalışması hem hissedilen yükü azaltacak hem de hastalara daha etkin bir şekilde fayda sağlayacaktır.

7. ÖZET

Amaç; Alzheimer hastalarına primer bakım veren yakınlarında tükenmişliğin hastaların semptom kümeleri ile ilişkisi ve tükenmişlik ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesidir.

Yöntem; Araştırmanın örneklemini 44 Alzheimer hastası ve bakım veren yakınları oluşturmaktadır. Hastalara kognitif durumlarını değerlendirmek üzere Mini Mental durum değerlendirme (MMSE) testi, davranışsal ve psikolojik semptomlarını değerlendirmek üzere kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği (KPDÖ), fiziksel özbakımlarını değerlendirmek üzere fiziksel özbakım ölçeği (FÖB) ve var olan depresyonlarını belirlemek üzere geriatri depresyon ölçeği (GDÖ) uygulanmıştır. Bakım verenlere ise Maslach tükenmişlik ölçeği (MBI) ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği verilmiştir. Sonuçlar, gruplar arası fark, korelasyon ve lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular; Araştırmanın sonucunda, Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişliğinin hastaların kognitif durumları (MMSE), davranışsal ve psikolojik semptomları (KPDÖ) ve fiziksel özbakımları (FÖB) ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur. Hastanın depresyonu ile bakım verenin tükenmişliği arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Stresle başa çıkma tarzları arasındaki fark incelendiğinde ise, duygusal tükenmesi olan bakımverenlerin stresle başa çıkmaya yönelik daha fazla boyun eğici yaklaşımı kullandıkları, duygusal tükenmesi olmayanların ise daha fazla güvenli yaklaşımı kullandıkları görülmüştür.

Tartışma; Bakım verenlerin tükenmişliğini artıran semptom kümelerinin tanınmasına ve müdahale edilmesine yönelik etkin yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Aim; The aim of this study is to determine the possible relationship between Alzheimer's disease patients' symptomatology and the burn-out profile of their primary caregivers and to figure out the probable contribution of the carers burn-out to their ways of coping with stress.

Method; Subjects included in the study are 44 Alzheimer's disease patients and their primary caregivers. The patients' cognitive state were evaluated by using the *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) was used for the assessment of behavioral and psychological symptoms. Outcome measurement was delivered by *Personal Self-Maintaining Scale* (PSMS). Patients were given *Geriatric Depression Scale* (GDS) and carers were administrated *Maslach Burn-out Inventory* (MBI) and *Ways of Coping Scale* (WCS).

Collected data were analysed via *Student's t-Test*, *One-Way ANOVA*, *Pearson's Correlation Analysis* and *Logistic Regression Analysis*.

Findings; The burn-out profile of the caregivers highly correlates with their patients' cognitive state, BPRS scores and PSMS points. Not any significant relationship was observed between patients' depression grade and carers burn-out measures.

In terms of ways of coping with stress, carers who are emotionally exhausted tended to use helpless style more often, while non exhausted caregivers used self confidential style.

Discussion; Appropriate approaches should be held for identifying and intervening the symptomatic features those may exacerbate the burn-out process.

8. KAYNAKLAR

1. Şahin EM, Yalçın BM: *Huzur evinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması*. Geriatri - Turkish Journal of Geriatrics, 6 (1): 10-13, 2003.
2. Nazlıel B: *Yaşlanma*. Demans dizisi, 1 (1): 5-11, 1999.
3. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F: *Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4): 273-281, 2002.
4. Tuncer E: *Geropsikiyatri*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı: 595-606, ANTIP A.Ş. Yayınları, 1996.
5. İrkeç C: *Demans*. Demans dizisi, 1 (1):12-18, 1999.
6. Karaman Y: *Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar*, 1. Baskı: 46-86, Kayseri, 2002.
7. Chertkow H: *Hafif Kognitif Bozukluk*. Current Opinion in Neurology – Nörolojide Güncel Yaklaşımlar, 5 (1):16-23, 2003.
8. Costa PT Jr, Williams TF, Somerfield M ve ark.: *Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias*. Clinical Practice Guideline No:19, US Department of Health Services, Public Health Service, 1996.
9. Billig N, MD: *Üçüncü Bahar yaşlılık ve bilgelik*. 1. Basım: 229-286, Psikoloji Dizisi:8, Evrim Yayınevi, 2000.
10. Davidson M, Beeri MS: *Cost of Alzheimer's Disease*. Dialogues in clinical neuroscience, 2 (2): 157-161, 2000.
11. Karaman Y: *Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar*, 1. Baskı: 90-181, Kayseri, 2002.
12. Eker E: *Yaşlılık Psikiyatrisi*. Psikiyatri Temel Kitabı, 2.Cilt: 1263-1289, Hekimler Yayın Birliği, 1998.
13. *Delirium, Demans, Amnestik ve diğer Kognitif Bozukluklar*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994
14. Öztekin N: *Demans Etiyolojisi*. Demans dizisi, 1 (1):19-35, 1999.
15. Yüksel N: *Organik Ruhsal Bozukluklar*. Ruhsal Hastalıklar, 2. Baskı: 448-486, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001.
16. Mintzer JE, Mirski FD, Hoering KS.: *Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A practicing psychiatrist's viewpoint*. Dialogues in clinical neuroscience, 2 (2): 139-155, 2000.
17. *An Introduction to BPSD*. BPSD IPA Educational Pack, Module 1: 10, 1998.

18. Haupt M: *Emotional labiliyet, intrusiveness and catastrophic reactions*. International Psychogeriatry, 8 (Suppl. 3): 409-414, 1996.
19. Finkel SI, MD: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Current Focus for Clinicians, Rresearchers and Caregivers*. Journal of Clinical Psychiatry, 62 (Suppl. 21): 3-6, 2001.
20. Kulaksızoğlu IB: *Demanslı Hastalarda Görülen Psikiyatrik ve Davranışsal Sorunlar*. Nöropsikiyatri Arşivi - Archives of NeuroPsychiatry Turkey, 36 (2): 103-108, 1999.
21. Reisberg BM, Franssen E, Sclan S ve ark.. *Stage spesifik incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's Disease: a study of 120 patients using BEHAVE – AD*. Bulletin of Clinical Neuroscience, 54: 95-112, 1989.
22. Czobor P, Volavka J: *Dimensions of the Brief Psychiatric Rating Scale: An Examination of Stability During Haloperidol Treatment*. Comprehensive Psychiatry, 37(3): 205-215, 1996.
23. Özmenler KN: *Alzheimer Hastalığının Psikolojik ve Davranışsal Boyutu*. Türk Nöroloji Dergisi, 1(2): 51-56, 2000.s
24. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS: *A description of agitation in a nursing home*. Journal of Gerontology, 44: M77-M84, 1989.
25. *Clinical Issues*. BPSD IPA Educational Pack, Module 2: 8, 1998.
26. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA: *Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(4): 251-259, 2001.
27. Yılmaz Ç, Sayıl I: *Yaşlılık Dönemi Depresyonları*. Depresyon Dergisi, 1(3): 85-89, 1996.
28. Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ: *Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri*. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4): 290-299, 2002.
29. Tamam L, Öner S: *Yaşlılık Çağı Depresyonları*. Demans Dergisi, 1(2): 50-60, 2001.
30. Kennedy GJ, Scalmati A: *Depresyon ve Demans İlişkisi*. Current Opinion in Psychiatry – Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3): 36-38, 2001.
31. Paterniti S, Taillefer MHV, Dufouil C, Alpérovitch A: *Depressive Symptoms and Cognitive Decline*. British Journal of Psychiatry, 181: 406-410, 2002.
32. Brodaty H: *Alzheimer Hastalığında İlaç Tedavisi ve Aileler*. Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi: 123-139, Yelkovan Yayıncılık , 2000.
33. Merriam AE, Miriam AK, Gaston P, Wey SL, Katz I: *The Psychiatric Symptoms of Alzheimer's Disease*. Journal of American Geriatric Society, 36: 7-12, 1988.

34. Dawson DV, Welsh-Bolmer KA, Siegler IC: *Premorbid Kişilik Alzheimer Hastalarında Ölçülen Kişilik Değişikliğinin Düzeyini Öngörebilir.* Alzheimer Disease and Associated Disorders, 1:41-49, 2001.
35. *Etiology.* BPSD IPA Educational Pack, Module 3: 17, 1998.
36. Torres HA, Hilleras PK, Winblad B: *Yaşlılarda gündelik yaşamla ilgili işlevlerde görülen yeti yitimleri ve engellilik hali.* Current Opinion in Psychiatry – Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3): 30-35, 2001.
37. Tolga Duygun: *Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Ankara - 2001.
38. Ergin C: *Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması.* Ankara VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ek-2, 1993.
39. Almberg B, Grafström M, winblad B: *Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives.* Journal of Advenced Nursing, 26: 683-691, 1997.
40. Williamson GM, Schulz R: *Coping With Stressors in Alzheimer's Disease Caregivin.* The Gerontologist, 33(6): 747-755, 1993.
41. Ell K: *Social Networks, Social Support and CopingWith Serious Illness: The Family Connection.* Soc. Sci. Med. 42(2): 173-183, 1996.
42. Grafström M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B: *Health and Social Consequences for Relatives of Demented and Non-Demented Elderly A Population Based Study.* Journal of Clinical Epidemiology, 45(8): 861-870, 1992.
43. Fitting M, Rabins P, Lucas MJ, Eastham J: *Caregivers for Dementia Patients: A Comparison of Husbands and Wives.* The Gerontologist, 26(3): 248-252, 1986.
44. Deimling GT, Bass DM: *Symptoms of Mental Impairment Among Elderly Adults and Their Effects on Family Caregivers.* Journal of Gerontology, 41(6): 778-784, 1986.
45. *Role of Caregivers.* BPSD IPA Educational Pack, Module 4: 9, 1998.
46. Finkel SL, Costa e Silve J, Cohen G ve ark.. *Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment.* International Psychogeriatry, 8 (Suppl. 3): 497-500, 1996.
47. Harper S, Lund DA: *Wives, husbands and daughters caring for institutionalized and noninstitutionalized dementia patients: Toward a model of caregiver burden.* Int'L. Journal of Aging and Human Development, 30(4):241-262, 1990.
48. Butler RN, Collins KS, MeierDE, Müller CF, Pinn VW: *Older women's health: Clinical care in the postmenopausal years.* Geriatrics, 50(6): 33-41, 1995.
49. Brody EM, Dempsey NP, Pruchno RA: *Mental Health of Sons andDaughters of the Institutionalized Aged.* The Gerontologist, 30(2): 212-219, 1990.

50. Barusch AS, Spaid WM: *Gender Differences in Caregiving: Why Do Wives Report Greater Burden ?*. The Gerontologist 29(5): 667-676, 1989.
51. Kiyo SKD: *A Study on health and caregiving status of the elderly over age 75 living in urban Tokyo-Social Services and Caregiving For the Bedridden and Senile Elderly*. 21: 14-24, 1995.
52. Pfeifer E.: *Institutional placement for patients with Alzheimer's Disease. How to help families with a difficult decision*. Postgrad Med, 97(1): 125-126, 1995.
53. Anthony K, Proctor AW, Silverman AM, Murphy E: *Mood and behaviour problems following the relocation of elderly patients with mental illness*. Age Ageing, 16: 355-365, 1987.
54. Grafström AB, Winblad B: *Caring for a demented elderly person – burden and burn-out among caregiving relatives*. Journal of Advanced Nursing, 25: 109-116, 1997.
55. Matsuda O, Hasebe N, Ikehara K, Futatsuya M, Akahane N: *Longitudinal study of the mental health of caregivers caring for elderly patients with dementia: Effect of institutional placement on mental health*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 51: 289-293, 1997.
56. Whitehouse PJ: *Alzheimer Hastalığının Sonu*. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 1:5-8, 2001.
57. Whitehouse PJ: *Ethical issues in dementia*. Dialogues in clinical neuroscience, 2 (2): 162-167, 2000.
58. *Cross-cultural and transnational considerations*. BPSD IPA Educational Pack, Module 7: 10, 1998.
59. Hendrie HC, Baiyewu O, Edemire D, Prince C: *Cross-cultural perspectives: Caribbean, native American and Yoruba*. International Psychogeriatrics 8 (Suppl 3): 483-486, 1996.
60. Brodaty H: *Carers: training informal carers*. Advances in psychogeriatrics. Arie T (ed). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992.
61. Ramirez A, Addington-Hall J, Michael Richards: *ABC of palliative care The Carers*. British Medical Journal, 316: 208-211, 1998.
62. Eimer M: *Management of the behavioral symptoms associated with dementia*. Prim Care, 16: 431-450, 1989.
63. Özmen M: *Demansta Psikososyal Yaklaşım*. Yeni Symposium, 35(4): 106-109, 1997.
64. *Non-Pharmacological Management*. BPSD IPA Educational Pack, Module 5: 14, 1998.
65. *Primary Care Management*. BPSD IPA Educational Pack, Module 8: 10-19, 1998.
66. Bliwise DL, Tinkelenberg J, Yesavage JA ve ark.: *Sleep in normal aging and dementia*. Sleep, 16: 440-481, 1993.

67. Van Someren EJW, Mirmiran M, Swabb DF: *Non-Pharmacological treatment of sleep and wake disturbances in aging and Alzheimer's Disease: chronobiological perspectives*. Behavioral Brain Research, 57: 235-253,1993.
68. *Pharmacological Management*. BPSD IPA Educational Pack, Module 6:1-24, 1998.
69. Glogow E: *Research Note: Burn-out and Locus of Control*. Public Personnel Management, 15(1): 79-83, 1986.
70. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM: *The hidden victims of Alzheimer's Disease: Families under stress*. New York, New York University Press, 1985.
71. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E ve ark. : *A comprehensive support program: Effect on depression in spouse caregivers of Alzheimer's Disease patients*. Gerontologist, 35: 792-802, 1995.
72. Sağduyu A: *Türkçe Geriatrik Depresyon Ölçeği*. 8(1),1997.
73. Ergin C: *Maslach Tükenmişlik ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları*. 3 P Dergisi, 4(1): 28-33, 1996.
74. Soykan A: *Şizofreni ve Şizoafektif bozukluklarda akut ve izleme dönemi anti-psikotik tedaviye yanıtın değerlendirilmesi: Negatif ve Pozitif belirtiler*. Uzmanlık Tezi, Ankara – 1992.
75. *Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS)*. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Aydemir Ö, Koroğlu E (ed). : 43-45, Hekimler Yayın Birliği, 2000.
76. Street JS, Clark WS, Kadam DL, Mitan SJ, Juliar BE, Feldman PD, Breier A: *Long-term efficacy of olanzapine in the control of psychotic and behavioral symptoms in nursing home patients with Alzheimer's dementia*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16: 562-570, 2001.
77. Sorias O: *Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri*. Psikiyatri Temel Kitabı, 1.Cilt: 81-93, Hekimler Yayın Birliği, 1998.
78. Lawton MP, Brody EM: *Assessment of older people, self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist, 9: 176-186, 1969.
79. Eagles JM, Craig A, Rawlinson F, Restall DB, Beattie JAG, Besson JAO: *The psychological well-being of supporters of the demented elderly*. British Journal of Psychiatry, 150: 293-298, 1987.
80. Cansever A, Dönmez E, Özcan U, Özşahin A: *Alzheimer Hastalığında davranışsal belirtiler: Vasküler demans ile karşılaştırmalı bir çalışma*. 3 P Dergisi, 10(4): 351-356, 2002.
81. Shua-Haim JR, Haim T, Shi Y, Kuo YH, Smith JM,: *Depression among Alzheimer's caregivers: Identifying risk factors*. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia, 16(6): 353-359, 2001.

9. EKLER

HASTALAR İÇİN DEMOGRAFİK VERİLER;

Cinsiyet

☐ Kadın

☐ Erkek

Yaş

Eğitim

☐ Okur-Yazar / Değil

☐ İlkokul

☐ Orta Okul-Lise

☐ Üniversite

Medeni durum

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul/Boşanmış

Sosyal güvencesi

☐ SSK

☐ Bağ-Kur

☐ Emekli Sandığı

Çocuk sayısı.....

Kaç sene önce Alzheimer tanısı aldığı.....

Şikayetlerinin ne zamandan beri olduğu.....

Ek fiziksel hastalığı

☐ Var.....

☐ Yok

Standardize Mini Mental Test

(Lütfen uygulama kılavuzuna göre kullanınız)

Ad/Soyad : Yaş :
Eğitim (yıl) : Aktif el :
Tarih : T.puan :

Oryantasyon (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeysiniz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()
(Her bir madde için 1 puan verilir)

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise). (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir)

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin.
Dur deyinceye kadar devam edin.
(Her doğru işlem için 1 puan verilir) (100, 93, 86, 79, 72, 65,)

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin (masa, bayrak, elbise)
(Her doğru isim için 1 puan verilir)

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır her doğru isim için 1 puan verilir) (Toplam puan 2)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3)

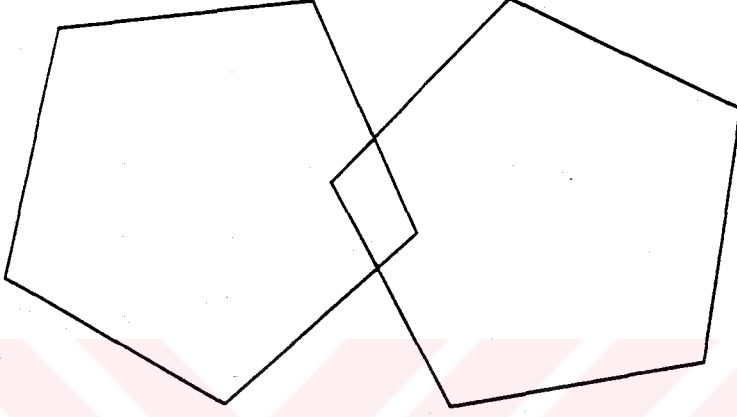
d) Şimdi size bir cümle vereceğim.* Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın (Doğru işlem için 1 puan verilir).

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dk. süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)

*Lütfen arka sayfadaki cümle ve şekli gösteriniz.

GÖZLERİNİZİ KAPATIN



Notlar:

.....

.....

.....

.....

.....

Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT-E)

(Lütfen uygulama kılavuzuna göre kullanınız)

İsim/Soyadı : Aktif kullanılan el :
Yaş : Tarih :
Eğitim (yıl) : Toplam skor :

Oryantasyon (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Hangi gündeysiniz ()
Su anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Su an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Su an bulunduğunuz semt neresidir ()
Su an bulunduğunuz bina neresidir ()
Su an bu binada kaçınca kartasınız ()
(Her bir madde için 1 puan verilir)

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.
(masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.)

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir ondan önce ne gelir? Devam edin. (Deneyin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(masa, bayrak, elbise) (Her doğru isim için 1 puan verilir)

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve akat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)

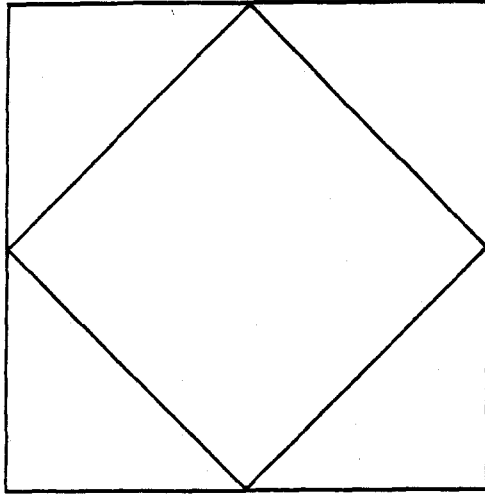
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3)

d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir)

e) Şimdi evinizle ilgili birşey söyleyin. (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını cizin.* (1 dak. süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)

Lütfen arka sayfadaki şekli gösteriniz.



Notlar:

.....

.....

.....

.....

.....

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirmeci:

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

18 MADDELİ ORJİNAL FORM

Hastanın durumunu en iyi tarif eden puanı değerlendirmeye alınız (1-7)		Puan
1. BEDENSEL YAKINMA	Halihazır beden sağlığı ile kaygılanma derecesi - Şikayetlerinin gerçek bir esasa dayanıp dayanmadığına bakmadan hastanın bedensel sıhhatini bir problem olarak örneğin derecelendiriniz.	☐
2. ANKSİYETE (RUHSAL)	Hai ve gelecek için endişe, korku veya aşırı kaygı hali. Yalnız, hastanın kendi subjektif tecrübesinin sözlü ifadesine dayanarak derecelendiriniz. Bedensel işaretler veya nörotik savunma mekanizmalarını dikkate almayınız.	☐
3. DUYGUSAL GERİ ÇEKİLME	Görüşücü ve görüşme ortamı ile münasebet kurmada eksiklik hali. Hastanın yalnız görüşme sırasında, diğer kimselere duygusal bir temas kurmada gösterdiği başarısızlığı derecelendiriniz.	☐
4. DÜŞÜNCENİN DAĞINIKLIĞI	Düşünüş oluşumunun karışık, irtibatlı veya düzensiz oluş derecesi. Hastanın sözlü ifadesinin tümüne dayanarak derecelendiriniz. Hastanın subjektif intibalarını dikkate almayınız.	☐
5. KENDİNİ YERME VE SUÇLULUK DUYGULARI	Geçmiş davranışı hakkında pişmanlık veya aşırı kaygı hali. Hastanın subjektif suçluluk hissinin sözlü ifadesine dayanarak derecelendiriniz. Depresyon, sıkıntı veya nörotik savunmalardan dolayı suçluluk duygusu atfetmeyiniz.	☐
6. ANKSİYETE (BEDENSEL)	Aşırı harekete getirilme seviyesinin yükselmesi ve sinirlilik ve gerginlik halinin fiziki, adalı tezahürü. Gerginlik yalnız, fiziksel ve hareketli davranış işaretlerine dayanarak derecelendirilmeli; hastanın subjektif gerginlik ifadesine dayanarak değil.	☐
7. ÖZGÜL MOTOR BOZUKLUKLAR	Bazı akıl hastalarının normal bir toplum içinde kolayca farkedilmesine sebep olan gayri tabii ve olağan dışı hareket ve davranış. Burada yalnız hareketlerin anormalliğini derecelendiriniz.	☐
8. ABARTILMIŞ BENLİK DEĞERİ	Kendini mübalağandırması ve olağanüstü kabiliyet ve kudrete sahip olduğu inancı, kendini anormal bir şekilde beğenmesi. Hastanın, görüşme sırasında yüksekten bakan tavrına göre değil, kendi hakkındaki ve kendisini diğerleri ile olan münasebetindeki fikirlerine dayanarak derecelendiriniz.	☐
9. DEPRESİF MİZAJ	Ümitsizlik, üzüntü hali-yalnız ümitsizlik ve cesaret kırıklığı halini derecelendiriniz. Somatik şikayetler ve genel yavaşlamaya dayanan depresyon halini dikkate almayınız.	☐
10. DÜŞMANLIK (HOSTİLİTE)	Mülakat dışındaki kimselere karşı nefret, istihfaf, hakir görme ve kavgacı hal. Yalnız hastanın diğerlerine karşı, söz ve hareketlerinin şekline dayanarak derecelendiriniz, nörotik müdafazadan, sıkıntı ve somatik şikayetlerden gelen düşmanca duyguları ile karıştırmayınız. Hastanın, mülakatı yapana karşı olan tavrını "işbirliğine girmeme" kısmında dikkate alınız.	☐
11. ŞÜPHECİLİK	Halihazırda veya geçmişte kendisine karşı diğerlerinin kötülük ve art niyetli olduklarına hezeyan veya başka türlü inanış. Geçmiş ve şimdiki durumları dikkate almadan, halihazırda ifade ettiği şüphelerini derecelendiriniz.	☐
12. VARSANILAR	Dışardan normal bir uyarıya bağlı olmayan anormal duyuşsal algılamalar. Yalnız son hafta içinde meydana geldiği ifade edilen ve normal kimselerin düşünüş ve hayal edişlerinden farklı olarak tarif edilen tecrübeleri derecelendiriniz.	☐
13. PSİKOMOTOR YAVAŞLAMA	Kendini yavaşlamış hareketlerine gösteren enerji azalması. Hastanın enerji seviyesi hakkındaki subjektif fikirlerine göre değil, müşahade edilen davranışa göre derecelendiriniz.	☐
14. İŞBİRLİĞİNE GİRMEME	Görüşmeyi yapana karşı direnç, dostane olmayan tavır, gücenme ve isteksizlik göstererek işbirliği etmemek. Hastanın görüşme dışındaki karşı koyma ve işbirliği etmemesine dayanarak değil, yalnız görüşmeyi yapan ve görüşme sırasındaki tavır ve cevabına dayanarak derecelendiriniz.	☐
15. GARİP DÜŞÜNCE İÇERİĞİ	Olağanüstü, tuhaf, acayip fikirler -Burada düşünce oluşumunun dağınıklık derecesini değil, fikirlerin acayip ve olağanüstü halinin derecesini değerlendiriniz.	☐
16. KÖRLEŞMİŞ VEYA UYGUNSUZ DUYGULANIM	Heyecan düzeyinde azalma, normal duygu ve bağlanmada belirli eksilme.	☐
17. PSİKOMOTOR AKTİVİTE ARTIŞI	Yükselmiş heyecan seviyesi, tahrik, tepki artması.	☐
18. YÖNELİM BOZUKLUĞU VE KONFÜZYON	Şaşkınlık, kişi, yer ve zamandan haberdar olmama.	☐
TOPLAM PUAN		

Umumi değerlendirme: Elinizdeki bütün bilgiye dayanarak hastanın toptan durumunu değerlendiriniz. Derecelendirmeyi 1 (yok) - 7 (Çok Ağır) arasında puanlayarak yapınız.

Hastanın adı, soyadı: _____

Tarih: _____

Yaşı: _____

Cinsiyeti: _____

Protokol no: _____



FİZİKSEL ÖZ BAKIM ÖLÇEĞİ (PSMS)

A. Tuvalet

- 1 Tuvalette bağımsız, inkontinans yok.
- 2 Hatırlatılması gerek ya da temizlikte yardım gerek ya da seyrek (en fazla haftada bir kez) kaçırma.
- 3 Uykuda haftada birden daha sık kaçırma.
- 4 Uyanırken haftada birden daha sık kaçırma.
- 5 Sfinkter kontrolü yok.

B. Beslenme

- 1 Yardımsız yemek yiyebiliyor.
- 2 Yemekte biraz yardım gerekiyor ve / ya da yemeğinin özel biçimde hazırlanması gerekiyor ya da yemeklerden sonra temizlenmesi için yardım gerekiyor.
- 3 Yemekte oldukça yardım gerekiyor ve düzensiz.
- 4 Bütün yemeklerde ciddi düzeyde yardım gerekiyor.
- 5 Kendi başına hiç yiyemiyor ve başkalarının kendisine yemek yedirme çabalarına direniyor.

C. Giyinme

- 1 Giysilerini kendisi çekip giyinip soyunabiliyor.
- 2 Giyinip soyunurken biraz yardım gerekiyor.
- 3 Giysi seçimi ve giyinmekte oldukça yardım gerekiyor.
- 4 Giyinirken ciddi düzeyde yardım gerekiyor, ama işbirliği yapıyor.
- 5 Hiç bir şekilde giyinemiyor ve başkalarının giydirme çabalarına direniyor.

D. Öz bakım (özen, saçlar, tınaklar, eller, yüz, giysiler)

- 1 Yardımsız daima özenli.
- 2 Ender olarak biraz yardım gerekebiliyor (örn. traş olma).
- 3 Kendine bakım için düzenli ve oldukça yardım ya da gözetim gerekiyor.
- 4 Kendine bakım için bütünüyle yardım alması gerek, ama hazırlandıktan sonra özenli halini koruyabiliyor.
- 5 Başkalarının bu amaçlı çabalarına bütünüyle direniyor.

E. Fiziksel ambülasyon

- 1 Sokakta ve kent içinde dolaşabiliyor.
- 2 Evi içinde dolaşıyor ya da evi çevresinde yaklaşık yüz metrelik mesafeye gidebiliyor.
- 3 Bir kişi, baston, "walker" ya da tekerlekli sandalye yardımıyla yürüyebiliyor.
- 4 Sandalye ya da tekerlekli sandalyede desteksiz oturabiliyor, ancak hareket edebilmesi için yardım gerekiyor.
- 5 Zamanın yarısından fazlasını yatağa bağlı geçiriyor.

F. Banyo

- 1 Kendi başına banyo yapabiliyor.
- 2 Küvete girmek ve çıkmak için yardım aldıktan sonra kendi başına banyo yapabiliyor.
- 3 Ancak elini yüzünü yıkayabiliyor.
- 4 Yıkamıyor, ancak yardım edenlerle işbirliği yapıyor.

5 Kendi kendine yıkanamıyor ve kendisine yardım edenlere direniyor.

Toplam Puan: _____



BAKIM VERENLER İÇİN DEMOGRAFİK VERİLER

Cinsiyet

☐ Kadın

☐ Erkek

Yaş.....

Eğitim

☐ Okur-Yazar / Değil

☐ İlkokul

☐ Orta Okul-Lise

☐ Üniversite

Medeni durum

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul/Boşanmış

Çocuk sayısı.....

Mesleği.....

Gelir düzeyi

☐ Zor geçiniyoruz

☐ İdare ediyoruz

☐ İyi geçiniyoruz

Evde kaç kişi yaşıyor?.....

Evde bakıma muhtaç başka birey var mı?

☐ Var

☐ Yok

Kaç senedir hasta ile birlikte yaşıyorlar?.....

Yakınlık derecesi?

☐ Eşi

☐ Çocuğu

☐ Diğer

Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığınız var mı?

☐ Var

☐ Yok

Yakınınız evde mi, bir bakımevinde mi daha iyi bakılır ?

☐ Evde

☐ Bakım evinde

Evde bakım için size yardımcı olan kimse var mı?

☐ Var

☐ Yok

☐ Bakıcı

Alzheimer hastalığının ailesel olabileceğini düşünüyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

Bu belirtiler sizce yaşlanmanın olağan sonucu mudur, yoksa hastalık mıdır?

☐ Yaşlanma

☐ Hastalık



MBI_MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Sizden istenen, her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına çarpı (x) işareti koyarak belirtmenizdir.

MADDELER:

1- Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

2- Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

4- Hastamın ne hissettiğini hemen anlarım

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

5- Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı farkediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

6- Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

7- Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

8- Hastamın bakımına yönelik yaptığım işten yıldığımı hissediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

9- Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

10- Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

11- Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

12- Çok şeyler yapabilecek güçteyim

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

13- Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

14- Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

15- Hastama ne olduğu umurumda değil

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

16- Doğrudan doğruya hastamla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

17- Hastamla aramda rahat bir hava yaratırım

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

18- Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

19- Hastamın bakımına yönelik bir çok kayda değer başarı elde ettim

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

20- Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

21- Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

22- Hastamın, kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum

hiçbir zaman [] çok nadir [] bazen [] çoğu zaman [] her zaman []

TEŞEKKÜR EDERİM

SBAÖ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntıları ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, % 0'ın altındaki kutu içine X işaretini koyun. Çok uygun ise % 100'ün altını işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor/Size ne kadar uygun

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA

	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı / olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın / olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan / olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Herşeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20. Problem / problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				

Sizi ne kadar tanımlıyor/Size ne kadar uygun

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA

%0 %30 %70 %100

21.Mücadeleden vazgeçerim.				
22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23.Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24.Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25."Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27."Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28."Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				