



**ALZHEİMER TİPİ DEMANSLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN ÖZ
ETKİLİLİK-YETERLİLİK DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ VE
BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ARZU USLU

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2018

Arzu Uslu tarafından hazırlanan "Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Öz Etkililik Yeterlilik Düzeyleri İle Yaşam Kaliteleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ülkü Polat

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan : Doç. Dr. Nermin Gürhan

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye : Dr. Öğr. Üye. Burcu Bayrak

Kahraman

İç Hastalıkları Hemşirelik Anabilim

Dalı, Bilecik Şeyh Edebali

Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 18/05/2018

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

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

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

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Arzu USLU

18/05/2018

**ALZHEİMER TİPİ DEMANSLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN ÖZ ETKİLİLİK-
YETERLİLİK DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ VE BAKIM YÜKLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ
(Yüksek Lisans Tezi)**

ARZU USLU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2018

ÖZET

Yaşlı nüfusun hızla artmasıyla yaşlılıkta sık görülen hastalıklar artmaktadır. Bu hastalıklardan biri de Alzheimer tipi demans'tır. Bu çalışma, Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin geriatri ve bir devlet hastanesinin nöroloji polikliniğine Haziran-Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran 145 Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım veren bireyler oluşturmuştur. Veriler "Bakım Veren Tanıtım Formu", "Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği", "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği", "Bakım Verme Yüğü Ölçeği" ile "Barthel İndeksi" kullanılarak toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi, Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. Çalışmamızda bakım verenlerin ileri derecede bakım yüklerinin olduğu, yaşam kalitelerinin kötü olduğu ancak öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ile bakım verme yüğü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verme yüğü ölçeği puan ortalamaları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırma sonuçlarına göre; Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerini arttırmaya, bakım yüklerini azaltmaya, yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik destek programlar uygulanmalıdır.

Bilim Kodu : 1032.2

Anahtar Kelimeler : Alzheimer tipi demans, bakım veren, bakım yüğü, yaşam kalitesi, öz etkililik-yeterlilik, hemşire

Sayfa Adedi : 103

Danışman : Doç. Dr. Ülkü POLAT

RELATIONSHIP BETWEEN SELF EFFICACY SUFFICIENCY LEVELS AND
QUALITY OF LIFE AND BURDEN OF CARE IN CAREGIVERS OF PATIENTS
WITH ALZHEIMER TYPE DEMENTIA

(M.S. Thesis)

ARZU USLU

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

May 2018

ABSTRACT

With the rapid increase of the elderly population, diseases that are common in old age show a tendency to increase. One of these diseases is the dementia of the Alzheimer's type. The study was conducted in descriptive design to determine the relationship between self efficacy-sufficiency levels and quality of life and care burden of individuals who care for patients with dementia of Alzheimer's type. The study sample comprised of 145 individuals who cared for patients with dementia of the Alzheimer's type who presented to the geriatric polyclinic of a university hospital and the neurology polyclinic of a state hospital between June and December 2016. The data were collected using "Patient Caregiver Presentation Form", "Self Efficacy Sufficiency Scale", "SF-36 Quality of Life Scale", "Caregiver Burden Scale" and "Barthel Index". The data obtained from the study were analyzed using the SPSS 20.0 package program. Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis H Test, Post-Hoc Multiple Comparison Test were used to evaluate the data. The study found that while the participating caregivers had a care burden of high level, their life quality was poor, but self efficacy-sufficiency levels were good. The study also found a significant negative correlation between the mean scores of the Self Efficacy-Sufficiency Scale and those of the Caregiver Burden Scale of the caregivers ($p<0,05$).). Another result indicated that there was a significant positive correlation the mean scores of the Self Efficacy-Sufficiency Scale and those of SF-36 Quality of Life Scale of the caregivers ($p<0,05$). The study also showed that there was a significant negative correlation the mean scores of the Caregiver Burden Scale and those of SF-36 Quality of Life Scale of the caregivers ($p<0,05$). The study suggests, based on the conclusions of the research, that support programs should be applied to reduce the care burden, to enhance the quality of life and self efficacy-sufficiency of individuals who care for patients with dementia of the Alzheimer's type.

Science Code : 1032.2

Key Words : Dementia of the Alzheimer's type, caregiver, care burden, quality of life, self efficacy-sufficiency, nurse

Page Number : 103

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bana rehberlik edip yol gösteren, bilgisini ve tecrübesini bana aktaran, hoşgörüsünü hissettiğim danışmanım, Sayın Doç. Dr. Ülkü POLAT'a Tezime katkılarından dolayı tezimin değerli jüri üyelerine, Tez çalışmam sürecinde bana moral veren ve karşılaştığım olumsuzluklarda deneyimlerini aktararak destek olan, Sayın Arş. Gör. Dr. Neşe UYSAL'a Tez çalışmam süreci ve eğitim öğretim sürecinde bana destek olan, motivasyon sağlayan arkadaşım, Hemşire Fazilet ATEŞ TAMER'e Tezimin son aşamasında tanışmamıza rağmen bana umut aşılayan arkadaşım, Hemşire Cansu YILDIRIM'a Tezimin anket sürecinde olumlu işbirliği içinde olduğum Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniği'nin değerli ekibine Tezimin anket sürecinde olumlu işbirliği içinde olduğum Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nin değerli ekibine Tezimin son aşamasında görev yaptığım S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman E.A.H.'sinde izinlerimi düzenleyerek bana katkıda bulunun Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Demet YURTSEVER'e, Bölüm Koordinatörü Nalan ÖZTÜRK'e ve Çocuk Endokrin, Metabolizma, Gastroenteroloji ve Kardiyoloji servisinde Sorumlu Hemşire Nurşan ÇELİK'e Tez süresince bana destek olan S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman E.A.H.'si Çocuk Endokrin, Metabolizma, Gastroenteroloji ve Kardiyoloji servisinde çalışan değerli çalışma arkadaşlarıma Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm Alzheimer hasta yakınlarına Manevi olarak sürekli destek olan annem, babam, kardeşim ve kayınvalidem; Ayşe TEPE'ye, Alahatdin TEPE'ye, Kadir Can TEPE'ye ve Vesile USLU'ya Maddi ve manevi her daim yanımda olan, yaşadığım zorluklarla mücadele edebileceğime inanarak hep destek olan, sabır ve anlayış gösteren değerli eşim, Ömer USLU'ya Tez ve eğitim öğretim süresince kendilerine az vakit ayırmama rağmen buna uyum gösteren, mutluluk kaynaklarım oğlum ve kızım; Ali USLU'ya ve Ada USLU'ya Anket toplama aşamasında varlığını öğrendiğimiz, tez çalışmamı geç bitirmeme sebep olan, diğer bir mutluluk kaynağım, ailemizin minik üyesi oğlum, Atlas USLU'ya

TEŞEKKÜR EDERİM

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı	7
2.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi	7
2.3. Alzheimer Hastalığının Nöropatolojisi, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	8
2.4. Alzheimer Hastalığında Tanı Yöntemleri.....	10
2.5. Alzheimer Hastalığının Klinik Belirtileri	13
2.6. Alzheimer Hastalığının Tedavisi	15
2.7. Öz Etkililik.....	16
2.7.1. Öz etkililiğin bireyler üzerine etkileri.....	17
2.8. Yaşam Kalitesi.....	17
2.8.1. Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler	18
2.9. Bakım Verme Yükü	19
2.9.1. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler	20
2.9.2. Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler/sorunlar	21
2.10. Alzheimer Hastalarında ve Bakım Verenlerinde Hemşirelik Bakımı.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.4.1. Veri toplama araçları	27

Sayfa

3.4.2. Veri toplama araçlarının ön uygulaması.....	31
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
4. ARAŞTIRMA BULGULARI	33
4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.2. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular	35
4.3. Alzheimer Tipi Demanslı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.4. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğı ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı Puan Ortalamaları.....	39
4.5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=145).....	40
4.6. Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı Alt Boyutları Puan Ortalamaları	43
4.7. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğı Puan Ortalamaları.....	45
4.8. Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğı Puan Ortalamaları.....	48
4.9. Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğı, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	49
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyi ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Tartışılması..	53
5.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	55
5.3. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ile Yaşam Kaliteleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	63
6.1. Sonuçlar	63
6.2. Öneriler	65

Sayfa

KAYNAKLAR	67
EKLER	77
EK-1. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formu	78
EK-2. Bakım verenlerin tanıtıcı bilgiler formu.....	79
EK-3. Bakım verme yükü ölçeği	80
EK-4. Öz etkililik yeterlilik ölçeği.....	81
EK-5(a). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği	82
EK-5(b). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği.....	83
EK-6. Barthel indeksi ölçeği.....	84
EK-7(a). Gazi Üniversitesi etik komisyon izni.....	85
EK-7(b). Gazi Üniversitesi etik komisyon izni.....	86
EK-8(a). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi izin belgesi.....	87
EK-8(b). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi izin belgesi.....	88
EK-8(c). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi izin belgesi.....	89
EK-9(a). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi	90
EK-9(b). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi	91
EK-9(c). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi	92
EK-9(d). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi	93
EK-10. Öz etkililik yeterlilik ölçeğin izni.....	94
EK-11. Bakım verme yükü ölçeğin izni	95

Sayfa

EK-12(a). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları	96
Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=145)	96
EK-12(b). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları	97
EK-12(c). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları	98
EK-13(a). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları....	99
Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları	99
EK-13(b). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları....	100
EK-13(c). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları....	101
ÖZGEÇMİŞ	102

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

	Sayfa
Çizelge 4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (n:145)	33
Çizelge 4.2. Bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlar (n:145).....	35
Çizelge 4.3. Alzheimer tipi demanslı hastaların tanıtıcı özellikleri.....	37
Çizelge 4.4. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği, öz etkililik-yeterlilik ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları (n=145)	39
Çizelge 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=145).....	40
Çizelge 4.6. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=145)	44
Çizelge 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145).....	45
Çizelge 4.8. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145)....	48
Çizelge 4.9. Bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği, bakım verme yükü ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki (n:145)	50

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AH	Alzheimer Hastalığı
APA	American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
CRP	C-Reaktif Protein
DM	Diyabetes Mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MMSET	Mini-Mental Status Examination (Mini Mental Durum Muayenesi)
NCSS-PASS	Sample Size Software - Power Analysis Software
NINCDSADRDA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Ulusal Nörolojik ve Konuşsal Bozukluklar ve İnme- Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Bozukluklar Derneği)
NMDA	N Metil D Aspartik Asit
NSAID	Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar
PASS	Power Analysis and Sample Size (Güç Analizi ve Örnek Boyut)
SPSS	Statistical Packag for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
TDK	Türk Dil Kurumu
TNF	Tumör Necrosis Factör
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Problem tanımı

Dünya nüfusunun 2017 yılında %8,9'unu yaşlı nüfusu oluşturmuştur. Türkiye yaşlı nüfusu açısından 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfusun 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,5'tir [1]. Yaşlı nüfusun hızla artmasıyla yaşlılıkta sık görülen hastalıklar da artmaktadır. Bu hastalıklardan biri de görülme sıklığı yaşla birlikte artan demans'tır. Yaşlı nüfusta görülen demansın yaklaşık %60-70'ni Alzheimer Hastalığı (AH) oluşturmaktadır [2].

Alzheimer demansın en sık görülen türüdür [3]. Dünyada AH'nın prevalansının 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde %30-47 olduğu ve 60 yaşından sonra her beş senede yaklaşık iki katına çıktığı belirtilmektedir [4]. Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre; 65 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunları arasında AH'nın görülme sıklığı %5,6 olup, kadınlarda %6,1, erkeklerde %5,1 olarak beirtilmektedir [5].

Kronik, ilerleyici ve nörodejeneratif bir hastalık olan AH'nda hastaların yaşam kalitesini etkileyen pek çok fiziksel, psikososyal, ekonomik sorunlar görülmektedir. Bu sorunlar hastalığın evresine göre değişmektedir [6, 7]. Genellikle erken evrede; unutkanlık, yorgunluk, kelime bulma güçlükleri, dikkat eksikliği, soyut düşünmede zorluklar, yakın zamanda olan olayları hatırlayamama, daha önceden bilinen bazı işlerin yapılmasında güçlük çekme, aşırı ilgisizlik durumları, zamanı karıştırma, yeni şeyleri öğrenememe, sosyal davranış ve karar verme bozukluğu, orta evrede; günlük yaşam aktivitelerinin sürmesini engelleyen motor yetilerde bozulma, huzursuzluk, sosyal ilişkilerde bozulma ve paranoya, ileri evrede; yürüme güçlüğü, ayakta duramama, idrar ve gaita kaçırma, yutma güçlüğü konuşma ya da basit emirlere uymada bozukluk, hayal görme, emosyonel bozukluk, farkındalık hâlinin kaybı görülmektedir. Hastalık ilerledikçe hasta yatağa bağımlı hale gelmektedir [6, 8, 9, 10]. Hastalarda görülen tüm bu sorunlar hastaların bakım verenlerinin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. AH hasta yakınlarında bakım verme, zamanının büyük bir kısmını hastasına ayırmaya bağlı huzursuzluk, sinirlilik, stres anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi ruhsal, baş ağrısı, kas ağrıları, iştahsızlık, düzensiz yemek yeme, kronik yorgunluk, uyku düzensizliği, bel ve boyun fıtığı, sinir sıkışmaları, hipertansiyon, peptik ülser gibi fiziksel sorunlar sıklıkla görülmektedir [11,

12]. Ayrıca hastalığın yüksek maliyeti ve bakım vermeyle ilişkili iş gücü kaybı, iş değiştirme, emekli olma ile ilgili gelir kaybına bağlı sosyoekonomik sorunlar da bakım verenlerde sıklıkla görülebilmektedir [6, 8, 10, 13]. Özellikle AH olan hastalarında görülen bilişsel işlevlerde bozukluk, öz bakım defisiti, psikolojik ve davranışsal belirtiler, uyku düzensizliği gibi sorunlar bakım verenlerinde duygusal tükenmişliğe neden olmaktadır [9, 12, 14].

Demans hastalarına bakım verenlerin bakım verme süresince yaşadıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ve tükenmişlik yaşadıkları için gizli hasta oldukları belirtilmektedir [15, 16]. Bakım verenlerde bakım yükü hastayla bakım veren ilişkisini, hastasının bakım kalitesini, memnuniyetini ve algıladığı hastalık şiddetini olumsuz etkilemektedir [17, 18, 19]. Yapılan bir çalışmada, Alzheimer hastalarında görülen bilişsel ve davranışsal değişikliklere bağlı hasta yakınlarında gelişen tükenmişliğin hastadan uzaklaşmaya neden olabildiği belirtilmektedir [20].

Bu nedenle bakım veren bireylerin kendi ve hastası ile ilgili sorunları ile baş etmesini sağlayarak, bilgi ve becerilerini güçlendirerek bağımsızlığını ve yaşam kalitesini geliştirmek son derece önemlidir. Bunu sağlamak içinde hastaların yanı sıra hasta yakınlarının da özbakım gücünü ve öz etkililik-yeterlilik algısını arttırmak yararlıdır [21, 22]. Birçok güçlük karşılı karşıya kalan Alzheimer hastası yakınları daha etkili bakım verebilmeleri için kendi sağlıklarını korumalıdır ve geliştirmelidirler. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile doğru orantılıdır [23]. Öz etkililik-yeterlilik bireylerin karşılaşılabilecekleri zorluklarla baş edebilmelerinde ne kadar başarılı olabileceklerine ilişkin kendi haklarındaki yargıları ve inançlarıdır [23]. Bakım veren açısından öz etkililik-yeterlilik, bakım verenin bakım verme süreciyle ilgili yaşadığı zorluklarla ve stresle baş etme yeteneğine ve bireyin bakım sorumluluklarını doğru ve yeterli bir biçimde karşılayabileceğine olan inançları olarak tanımlanmaktadır [24].

Öz etkililik-yeterlilik algısı yüksek olan bakım verenlerin, bakım görevlerini zorluk yaşamalarına rağmen üstesinden gelinebilir olarak görürken, düşük öz etkililik-yeterlilik algısına sahip olanların ise bakım görevlerini kendi kapasitelerini aşan ve stres verici olarak gördüğü belirtilmektedir [22, 24]. Ayrıca düşük öz etkililik-yeterlilik algısına sahip bakım verenlerde bu durumun deperasyon, kendini suçlama ve reddetme gibi durumlara neden olabileceği vurgulanmaktadır [24].

Öz etkililik-yeterliliğin; dinlenme süresi, bozulan davranışlara cevap ve endişe verici, üzücü düşüncelerin kontrolü gibi bakım sorumluluğu alanlara özgü üç temel alana yönelik kavramları içerdiği belirtilmektedir. Bu kavramlar, bakım verme sürecinde öz etkililik-yeterliliğin farklı boyutlarda farklı etkileri olduğunu gösterir [21, 24, 25]. Literatürde bakım veren bireylerin, aldığı sorumlulukla baş edebileceğine olan inancı arttıkça bakım yükünün azaldığı saptanmıştır [26, 27, 28, 29]. Yapılan bazı çalışmalarda öz etkililik-yeterlilik düzeyinin bakım verme sürecini etkilediği gösterilmiştir [30, 31, 32]. Bazı çalışmalarda Alzheimer tipi demanslı hastaya bakım veren bireylerde, depresyon ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi, bireyin öz etkililik-yeterlilik düzeyini etkilediği ve bakım veren bireyin öz etkililik-yeterliliğinin yüksek olmasının mental sağlığını koruduğu belirtilmektedir [24, 25, 26]. Demanslı hastaya bakım verenlere yönelik çalışmalarda bakım verenlerin yaşam kalitesi, fiziksel ve mental sağlıkları üzerinde öz etkililik-yeterliliğin olumlu bir etkisi olduğu belirtilmektedir [29, 30].

Bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik algılarının yüksek olması, bireyin bakım verme motivasyonunun ve yaşam doyumunun artması, öz bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun karşılayabilmesi, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmesi ve başkalarına bağımlı olmadan yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesini sağlayabilir [22, 25]. Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile baş edebilmeleri için öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin yüksek olması önemlidir [25, 33]. Bu nedenle sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin demanslı hastaların bakım sürecinde bakım verenlerin de öz bakım gücünü ve öz etkililik-yeterliliğini arttırmaları önemlidir.

Literatürde, demans hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve bakım yükü algılarını etkileyen faktörler, bakım yükleri, yaşam kaliteleri ve öz etkililik-yeterlilik düzeylerini değerlendiren birçok çalışma mevcuttur [12, 24, 25, 30, 34, 33]. Ülkemizde de Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükü algılarını etkileyen faktörler, bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar mevcuttur [7, 9, 14, 35, 36, 37, 38, 39]. Ancak Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın sağlık profesyonellerinde Alzheimer hastasına bakım veren bireylerde öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin artırılmasının, bakım yüklerinin azaltılmasının önemi konusunda farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın önemi

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin Alzheimer hasta yakınlarına bakım ve danışmanlık hizmeti vererek öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin ve baş etme becerilerinin artırılmasında önemli rolleri vardır. Hemşirelerin meslekleri gereği ana rolleri bakım vermektir ve sağlık sektöründe yer alan diğer meslek grupları arasında son derece önemli bir konuma sahiptirler. Hemşirelerin, danışmanlık, araştırmacı, eğitici, tedavi edici ve savunucu rolleri doğrultusunda hasta ve bakım veren bireylere ilişkin sorunları belirlemeleri ve elde ettikleri bilgiler ışığında düzenli ve nitelikli bakım için olumlu ve yapıcı müdahaleler geliştirmeleri gerekmektedir [7, 40, 41]. Bakım verenlerin bakım yükü algısını ve etkileyen olumlu olumsuz faktörlerin belirlenmesi, eğitim yoluyla bilgi ve becerilerini arttırmak ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi için gereklidir. Bakım veren bireyin bakım yükünün saptanması yoluyla, demanslı hastanın fiziksel bakımına yardımcı olma, gerekli yerlere yönlendirme ve gerçekçi planlar yapma gibi pek çok hemşirelik girişimleri gerçekleştirilebilir. Söz konusu girişimler için, hemşirenin aileyi veya bakım vereni dikkatli ve detaylı bir biçimde değerlendirme becerisi oldukça önemlidir [10, 17, 40]. Bakım veren bireylerde olumlu sağlık davranışı göstermede bakım yükünü azaltmada, bakımın kalitesini ve memnuniyetini arttırmada hastanın ve bakım verenin yaşam kalitesini arttırmada, bakım verenin öz etkililik-yeterlilik düzeyinin yüksek olması önemlidir [25, 26, 42]. Bu nedenle hemşirelerin, Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ve bakım yüklerinin yanı sıra öz etkililik-yeterlilik düzeylerini de değerlendirmeleri önemlidir [10, 24, 25, 30].

Literatürde Alzheimer hastası bakım verenlerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler, öz etkililik-yeterlilik, yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır [12, 24, 25, 30, 33, 34]. Ülkemizde Alzheimer hastası bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler, yaşam kalitesini ve gereksinimlerini belirlemeye yönelik birçok çalışma bulunmaktadır [7, 9, 14, 35, 36, 37, 38, 39]. Ancak Alzheimer hastası bakım verenlerinde öz etkililik-yeterliliklerine yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada elde edilen sonuçların, bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri için yönlendirici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma; Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ne düzeydedir?
2. Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri nasıldır?
3. Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilikleri ne düzeydedir?
4. Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Günümüzde dünya nüfusunun içinde yaşlı popülasyonu hızla artmaktadır [2, 43]. Yaşlı nüfusundaki bu artış yaşlılık hastalıklarının prevalansında artış ile sonuçlanmaktadır. Bu hastalıklardan birisi de AH'dır ve gün geçtikçe daha da önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir [38]. AH ilk defa Alman nörolog Dr. Alois Alzheimer tarafından 1906 yılında tanımlanmıştır [3]. AH'nın literatürde birden fazla tanımı bulunmaktadır. AH kronik olarak ilerleyen, bunama ya da demans olarak bilinen ve hafıza kaybının yanı sıra davranışlarda ve yaşamsal fonksiyonlarda çok yönlü problemlere yol açan ve ölümle sonuçlanan geri dönüşsüz nörodejeneratif bir beyin hastalığıdır [3, 14, 24, 25]. Başka bir tanıma göre, AH bilinci bozmadan bellek yıkımı ile başlayan birden fazla kognitif alanın bozulduğu, bunun yanı sıra eski toplumsal ve mesleki işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemenin görüldüğü, sinsi başlangıçlı ve yavaş ilerleyen klinik bir tablodur [44, 45].

Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) demansı; bilinçte bozulma olmaksızın bellek yıkımını içeren birçok bilişsel bozukluğun bulunması olarak tanımlamaktadır [46, 47].

2.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi

AH sık karşılaşılan bir demans türüdür. Günümüzde artan yaşlı nüfusla birlikte demansların %50 ile % 70'ini AH oluşturmaktadır [6, 36]. Demansın en fazla görülme nedeni AH'dır. 2050 yılında AH prevalansının artacağı tahmin edilmektedir. 2018 yılında Amerika'da 5,7 milyon Alzheimer hastası olduğu ve bunların arasından 5,5 milyon kişinin 65 yaş ve üzerinde olduğu tahmin edilirken, 2050 yılında 13 milyondan daha fazla Alzheimer hastası olacağı öngörülmektedir. Amerika'da 2000 ile 2015 yılları arasında AH'ı ölüm sebepleri içinde %123 artarak 5. sırada yer almıştır [6]. İstatistiklerle Yaşlılar başlıklı TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine bakacak olursak; ölüm nedeni istatistiklerine göre 2012 yılında AH'ndan hayatını kaybeden yaşlıların oranı %3,4 iken bu oranın 2016 yılında %4,5'e yükseldiği belirtilmektedir [1].

AH'nın en önemli risk faktörlerinden biri yaştır ve 65 yaş üstü bireylerde risk yaş arttıkça artmaktadır [48]. Türkiye'de 2008 yılında yapılan bir prevalans çalışmasında 70 yaş üstü

AH prevalansı %16, demans prevalansı ise %20 olarak bulunmuştur [49]. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi polikliniğine başvuran 65 yaş üstü 1255 hastanın tarandığı bir araştırmada bu hastaların %8,2'nin AH, %4,8'nin Alzheimer dışı demans tanısına sahip olduğu belirlenmiştir. Demans tanısı almış bütün hastaların %67,3'ünde AH'nın olduğu görülmüştür [35]. Türkiye'de 2015 yılında yapılan bir çalışmada AH prevelansı %6,4 olarak tespit edilmiştir [4]. Uluslararası Alzheimer Derneği'nin 2010 yılında yaptığı çalışmada ise demanslı hasta sayısının 2010 yılında 35 milyona yaklaştığı ve bunun da 2/3'ünün AH tanısını aldıkları saptanmıştır. 2050 yılında bu prevalansın 4 kat artarak 106,8 milyona ulaşması beklenmektedir [50].

AH sosyal, ekonomik ve hızla büyüyen medikal bir halk sağlığı sorunudur. ABD'de 2018 yılında demans için yapılan sağlık giderlerinin 277 milyar dolar olduğu belirtilmektedir. 2050 yılında bu rakamın 7 trilyon dolara çıkacağı tahmin edilmektedir [6]. Ülkemizde ise 2000 yılına göre 1.328.957 Alzheimer hastası olduğu varsayılmaktadır. Veriler tanıyı alan bu hastalardan sadece %10 'unun tedavi aldığını bildirmekte ve ülkemize yıllık tahmini maliyetinin (sadece ilaç tedavisi) 12.896.421 YTL olduğunu göstermektedir [51]. Türkiye'de 2017 yılındaki bir çalışmada AH'nın yıllık toplam maliyeti erken evrede 11.410.10 TL, orta evrede 34.381.15 TL ve ileri evrede 61.268.67 TL olarak belirlenmiştir [52].

2.3. Alzheimer Hastalığının Nöropatolojisi, Etyolojisi ve Risk Faktörleri

AH'nın mekanizması henüz belirlenememiştir. AH'nin risk faktörlerini kesinleşmiş ve muhtemel risk faktörleri olarak ikiye ayırırsak; kesinleşmiş risk faktörleri; ileri yaş, genetik ve down sendromudur. Muhtemel risk faktörleri ise düşük eğitim düzeyi, kafa travması, cinsiyet, depresyon, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diabetes mellitus (DM), homosistein yüksekliği, alüminyum, radyasyon ve elektromanyetik saha etkisi, genetik diğer faktörler, enfeksiyon, antioksidan düzeyi, C-Reaktif protein (CRP), Tumor necrosis factor (TNF), babalık yaşı, çocuk sayısı, kişinin doğduğu mevsim ve subklinik hipertiroidizmdir [6].

Yapılan birçok çalışmada AH prevalansının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür [3, 6, 53, 54]. Bu durum genellikle kadınlarda yaşam beklentisinin erkeklere göre daha uzun olmasıyla açıklanmaktadır. Östrojen hormonu beyinde nörotrofik faktör olarak işlev görmektedir ve kadınlar menopoza girdikten sonra östrojen hormonu

eksikliğine maruz kalmaktadır. Bu durum nörotrofik faktörden yoksun kalan kadınlarda neden demansın daha yüksek risk taşıdığını açıklar niteliktedir. Bunun yanı sıra, epidemiyolojik çalışmalarda menopoz sonrası dönemde östrojen desteği alan kadınlarda destek almayanlara göre demans görülme olasılığının daha düşük olması bu durumu desteklemektedir [55].

AH için diğer risk faktörlerinden biri de eğitim düzeyidir. Yüksek eğitim düzeyine sahip hastalarda daha fazla nöral etkinlik ve kapasiteyle birlikte artmış kompensasyon yeteneği hastalığın görülme riskini azalttığı belirtilmektedir [56]. Ancak bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin bir risk faktörü olmadığı öne sürülmektedir [35].

Bazı çalışmalarda da organik çözücüler, pestisitler, elektromanyetik alan, alüminyum ve kurşun ile çalışan bireylerde AH'nın görülme riskinin arttığı gösterilmiştir [6, 35, 49]. Özellikle pestisitlerin ve elektromanyetik alan maruziyetinin AH riskini arttırdığına yönelik güçlü kanıtlar bulunmaktadır [49].

Yapılan bazı epidemiyolojik ve nöropatolojik çalışmalarda ulaşılan sonuçlar, sigara kullanımı, obezite, yüksek total kolesterol düzeyi, yüksek kan basıncı, inme, diyabet, sessiz beyin enfarktleri ve beyaz cevher lezyonlarının vasküler demansın yanı sıra AH içinde risk faktörü oluşturduğunu göstermiştir [57, 58]. Sigara ve alkol kullanımının AH gelişimi için risk faktörü olup olmadığı konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. 2011 yılında yapılan prospektif kohort çalışmasında, orta yaş döneminde iki ve daha fazla paket/gün sigara içen bireylerde AH riskinin anlamlı olarak arttığı sonucuna ulaşılmıştır [53, 59].

Bireyin özgeçmişinde 10 yıl kadar öncesine giden ve tedavi gerektiren bir depresyon öyküsünün bulunması AH riskini arttırdığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır [60]. AH ve depresyon arasındaki bu ilişkinin nedeni olarak her ikisinde de görülen azalmış nörotropik faktörler ve nöroinflamatuvar süreçler belirtilmektedir [60].

Soygeçmişte down sendromu öyküsü AH riskini 2 veya 3 kat arttırmakta ve 35 yaşından küçük down sendromlu bebek doğuran annelerin AH riski, mental retarde çocuk doğuran annelere göre 5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir [6, 61].

2.4. Alzheimer Hastalığında Tanı Yöntemleri

AH tanı kriterleri; afazi, apraksi, agnozi ya da yürütücü fonksiyonlarda bozulma ile sonuçlanan kognitif alanlardan en az birinin yıkımı ile birlikte hafıza yıkımının da bulunmasıdır. En önemli kriterlerden birisi ise bu yıkımın hastanın mesleki veya sosyal yaşantısını etkileyecek kadar şiddetli ve kademeli şekilde ilerleyici olmasıdır. Hastada günlük yaşam aktivitelerini bozan sinsi başlangıçlı ve yavaş seyirli olan iki kognitif bozukluk olması da en önemli tanı kriterleri arasındadır [6, 62].

AH tanısı klinik bir tanıdır. Tanının belirlenmesinde hasta yakınlarından alınan ayrıntılı bir anamnez ve hastanın eğitim ve sosyal durumuna uygun detaylı bir mental muayene yapılması gerekir. Anamnez verilerinde özellikle belirtilerin ortaya çıkış şekli ve hızı, bulgu ve belirtilerin kronolojisi önemlidir. Anamnez alınmasında hastada özellikle unutkanlık belirtisinin varlığı belirlenir. AH sinsi başlayan ve başlangıçta sıklıkla normal yaşlanma olarak yorumlanan unutkanlık durumudur. Unutkanlık durumunda en sık görülen belirtiler soru tekrarları, eşya kayıp etme ve yakın olayların hiç yaşanmamış gibi silinmesidir [62].

Hastada mental muayenede en sık kullanılan tarama testi Mini Mental Durum Muayenesidir [Mini Mental Status Test (MMST)] [63]. Tam puanı 30 olan MMST’de 27 üstünün normal, 24 puanın altı ise patolojik bir durum olarak kabul edilir. MMST; yaş, hastalık öncesi zihinsel kapasite ve eğitime bağımlıdır. MMST’ de amnezi yönünden hasta değerlendirilir. Amnezi nöropsikolojik muayene sırasında göze çarpan, santral bir bulgudur. Bunun yanı sıra zaman ve yer oryantasyonunda bozukluk, dikkat testinde aksama, isim bulmada zorluk, giderek artan cümle kurma ve kompleks cümleleri anlamada bozukluk, erken ya da orta dönemlerden itibaren görsel ve uzaysal işlevlerde bozukluk, soyut düşünme testlerinde somutlaştırma, iç görü ve ön görü bozuklukları, mental problemleri çözmede zorluk çekme gibi belirtiler görülür [6]. Hastaların mental yönden değerlendirilmesinde tarama amaçlı kullanılan testlerden biri de “Saat Çizme Testi” dir. Bu testte hastadan bir saat çizmesi ve rakamları içerisine yerleştirmesi ve sorulan saati akrep ve yelkovanla göstermesi istenir. Saat testi ile hasta da ilk dönemlerden itibaren beliren planlama bozuklukları görülebilir [6].

AH'nın klinik tanısı için yayınlanan ve günümüzde yaygın biçimde kullanılan NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) (Ulusal Nörolojik ve Konuşsal Bozukluklar ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Bozukluklar Derneği) ve DSM-IV kriterleri bulunmaktadır. Amerikan Nöroloji Akademisi AH tanısı için yayımlanan NINCDS-ADRDA kriterlerini ve klinik olarak uygulanabilen DSM-IV'ün kullanılmasını önermektedir [45].

NINCDS-ADRDA Alzheimer hastalığının klinik tanı kriterleri

I. Olası AH klinik tanı kriterleri:

- Klinik muayene ile saptanan, Mini-Mental Test, Blessed Demans Ölçeği ve ya benzer muayeneler ile dokümanite edilen ve nöropsikolojik testlerle de doğrulamış demans tablosu,
- İki ya da daha fazla kognitif işlevlerde defisit,
- Bilinç bozukluğunun olmaması,
- Başlangıcın 40-90 yaşları arasında, sıklıkla 65 yaşından sonra olması,
- Bellek ya da diğer bilişsel süreçlerde ilerleyici bozukluğa yol açabilecek sistemik ya da beyin hastalığının olmaması,

II. Olası AH tanısı şunlarla desteklenir:

- Dil (afazi), motor işlevler (apraksi) ve algı (agnozi) gibi özgül kognitif işlevlerde ilerleyici bozulma,
- Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve davranış biçiminde değişme,
- Aile öyküsü (özellikle nöropatolojik olarak kanıtlanmışsa),
- Laboratuvarda: Standart yöntemle normal lomber ponksiyon, EEG'de normal ya da artmış yavaş dalga aktivitesi gibi non-spesifik değişiklikler, BT'de serebral atrofiye ait bulgular ve ard arda yapılan çekimlerde ilerlemiş bulguların olması,

III. AH dışındaki nedenler dışlandıktan sonra, olası AH tanısı ile uyumlu olabilecek diğer klinik özellikler:

- Hastalığın seyrinde platolar,
- Depresyon, uykusuzluk, inkontinans, hezeyan, illüzyon ve halüsinasyonlar, verbal, emosyonel ya da fiziksel katastrofik patlamalar, cinsel bozukluklar ve kilo kaybı gibi eşlik eden semptomlar,

- Bazı hastalarda, özellikle hastalığın ileri dönemlerinde, kas tonüsünde artış, miyoklonus ya da yürüme güçlüğü gibi diğer nörolojik bozukluklar,
- Hastalığın ileri evresinde nöbetler,
- Yaşa göre normal BT.

IV. Muhtemel AH tanısını belirsizleştiren ya da ihtimal dışına çıkaran özellikler:

- İnme tarzında ani başlangıç
- Hemiparezi, duysal kayıp, görme alanı defektleri ve inkoordinasyon gibi fokal nörolojik bulguların hastalığın erken evrelerinde bulunması
- Nöbetler ya da yürüyüş bozukluklarının, daha başlangıçta ya da hastalığın çok erken evrelerinde bulunması.

V. Mümkün AH tanı kriterleri:

- Demansa neden olabilecek diğer nörolojik, psikiyatrik ya da sistemik bozukluklar olmaksızın, başlangıç, prezantasyon ya da klinik seyrinde varyasyonların bulunması durumunda konulabilir,
- Demansa neden olabilecek, ancak demansın nedeni gibi görünmeyen ikinci bir sistemik ya da beyin hastalığının bulunması durumunda konulabilir,
- Diğer belirlenebilir nedenlerinin dışlandığı, tek ve yavaş ilerleyici bir bilişsel bozukluğun bulunması durumunda, araştırma çalışması amaçlı olarak kullanılabilir.

VI. Kesin AH tanısı kriterleri:

- Muhtemel AH klinik kriterleri;
- Biyopsi ya da otopsiyle elde edilen histopatolojik kanıtlar.

DSM-IV Alzheimer tipi demans için tanı kriterleri

A. Birden fazla bilişsel alanı içeren bozukluk kendini aşağıdaki iki maddeyi de kapsayacak şekilde gösterir:

1. Bellek bozukluğu (yeni bir bilgi öğrenme ve öğrenilmiş eski bir bilgiyi hatırlama yeteneğinin bozulması)
2. Aşağıda sıralanan bilişsel bozuklardan en az biri:
 - a. Afazi (dil bozukluğu)
 - b. Apraksi (motor işlevlerin normal olmasına karşın belirli motor eylemlerin yerine getirilmesi yeteneğinde bozulma)

- c. Agnozi (duysal işlevlerin salim olmasına karşın nesneleri tanımakta güçlük)
- d. Yürütücü işlevlerde bozulma (planlama, organize etme, sıralama, soyutlama)
- B. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar toplumsal ve mesleki işlevselliği ciddi biçimde bozmakta ve eski işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemeyi temsil etmektedir.
- C. Seyir, sinsi başlangıç ve yavaş ilerleyici kognitif yıkım özelliklerindedir.
- D. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar aşağıda sıralanan nedenlerden herhangi birine bağlı değildir:
 1. Bellek ve diğer bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulmaya neden olabilecek merkez sinir sistemine ait diğer durumlar (örn. serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)
 2. Demansa neden olabileceği bilinen sistemik durumlar (örn. Hipotiroidizm, B12 vitamini ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifiliz, HIV enfeksiyonu)
 3. İlaçlar ve madde kullanımı ile ilgili durumlar
- E. Bozukluklar deliryum seyri dışında ortaya çıkmıştır.
- F. Bozukluk başka bir eksen hastalığı ile açıklanabilir nitelikte değildir [45, 47].

2.5. Alzheimer Hastalığının Klinik Belirtileri

AH kronik progresif seyirli bir hastalıktır. Hastalık spontan ya da tedavi süresince aylar süren duraksamalar göstermesine rağmen yıllar içinde sürekli ilerlemekte ve geç evreye ulaşan tüm hastalar zihinsel işlevlerinin tamamını yitirerek tam bakım hastası haline gelmektedirler [3, 6].

Hafif Evre: Bu evrede demanslı hastanın iş verimliliği azalmaktadır. Hasta yaratıcılık gerektirmeyen tekdüze işleri başlangıçta devam ettirebilmekte ancak mesleğini yapmakta belirgin güçlükler yaşamaktadır. Yakın geçmişe ait olayları hatırlamada güçlük, aynı soruların tekrarlanması, kelime bulma güçlükleri hastada görülen başlıca özelliklerdir. Hasta bilmediği mekanlarda kaybolabilmektedir. Hastada ayrıca, araba kullanırken dikkatsizlik, tepkilerde yavaşlama, yönleri karıştırma gibi güçlükler başlamaktadır. Banka işleri, fatura ödemeleri gibi mali işlerde hatalar yapmakta ve banka kartı, cep telefonu gibi yenilikleri öğrenip kullanmayı başaramamaktadır. Dikiş-nakış, bahçecilik, sanatsal

uğraşlar, yetenek oyunları vb. aktiviteleri sürdürememektedirler. Çamaşır ve bulaşık yıkama gibi ev işlerinde becerileri azalmaktadır. Okumaya ilgileri azalmaktadır. Giyinme, yıkanma, sofrası alışkanlıkları ve temel hijyenlerinde genellikle sorun olmamaktadır. İrritabilite, duygulanımda küntleşme ve inkar eğiliminde azalma dışında davranışsal belirtiler görülmemekte ve sosyal uygunluk iyi korunmaktadır. Bu evrede uyku kalitesinde, cinsel ilgi ve iştah da bozulma görülmektedir. Muayenede yakın bellekte, görsel ve mekansal bozukluk, uzak bellekte bozulmalar, adlandırma güçlükleri, dikkat, soyutlama ve planlamada bozulmalar mevcuttur. Hafif evre MMST skoru 20-26 arasındadır [6, 9, 10, 38].

Orta Evre: Demanslı hasta orta evrede ev dışındaki bağımsızlığını tamamen kaybetmektedir. Bu evrede hasta gözetim altında sokağa çıkabilmekte fakat yalnız kaldığında yolunu bulamamaktadır. Başka bir evde odaları karıştırabilmektedir. Yeni öğrenme hemen hemen hiç mümkün değildir. Anlama, okuma ve yazma giderek bozulmakta ve bu evrenin sonunda imzası tanınmaz hale gelebilmektedir. Birinci derece yakınları hakkındaki bilgiyi genellikle hatırlasa da, torunlarının sayısı, isimleri, okulları gibi bilgileri karıştırabilmektedir. Evdeki işlevselliği çok azalmaktadır. Giyinme sırasında mevsime ya da günün saatine uygun giysiyi seçmede zorlanmakta, giysilerin sırasını karıştırmakta (gömleğin üzerine iç çamaşırı gibi), düğmeleri yanlış iliklemeye başlamaktadır. Hasta her geçen gün döküp saçarak yemek yemeye başlamaktadır. Çatal bıçağı karıştırmakta ve sıvıları çatalla almaya çalışmak gibi hatalar yapabilmektedir. Yıkanırken sıcaklığı, soğukluğu ayarlamakta yardıma ihtiyaç duymaktadır. Sfinkter kontrolü, çok nadir gece kaçırımları dışında sorunsuzdur. El yüz yıkamak, tuvalet ihtiyacı gibi işlevleri kendi başına yapabilmektedir. Hastalarda terk edilme, sadakatsizlik gibi anlamsız kaygılar oluşabilmektedir. Uyku uyanıklık rutininde bozulma belirginleşmektedir. Dilsel işlevlere ait bulgular artabilmekte ve buna bağlı olarak dil testlerinin uygulanması imkansız bir hal almaktadır. Bu evrede MMST skoru 10-19 arasında değişmektedir [6, 9, 10, 62].

Siddetli/Ağır Evre: Ağır demans evresinde bellekte sadece parçacıklar söz konusudur. Hasta bu evrede yakını (eşi, çocuğu) anne babasıyla karıştırabilmektedir. Giyinme, yıkanma, yemek yeme gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde tam bir gözetime ihtiyaç duymaktadır. Evrenin sonlarında da yutma güçlüğü ortaya çıkmaktadır. Kelime hazinesi aşırı derecede fakirleşmektedir. Bu evrenin sonlarında hasta tüm sözel yeteneklerini

yitirmektedir. Ayağa kalkma ve oturma aktivitesi giderek zorlaşmaktadır. Hatta hasta oturamaz hale gelmektedir. Televizyondaki kişileri evin içindeymiş gibi sanıp onlarla konuştukları, aynadaki kendi hayaliyle yabancıymış gibi konuştukları gözlenmektedir. Ayağa kalkma sırasında amaçsız tekrarlayıcı hareketler gözlenmektedir. İdrar ya da gaita sonrası uygun biçimde temizlenmeme, sifonu çekme sorunları ortaya çıkmaktadır. İdrar kaçırma belirginleşmektedir. Bu evredeki hastaların muayenesi oldukça zordur ve çoğu zaman mümkün olamamaktadır. Muayene yapılabildiğinde ise büyük bir yıkım saptanmaktadır. Nörolojik muayene sonucunda tonüs değişiklikleri, yürüyüş bozuklukları gibi bulgulara ulaşılabilmektedir. Bu evrede MMST skoru 0-9 arasındadır [6, 9, 10, 64].

Terminal safhadaki hasta ise yürüme işlevlerini de yitirerek yatağa bağımlı hale gelmektedir. Bu evredeki hasta bile iyi bir bakım alarak yıllarca yaşayabilmektedir. Bu hastada hayatın sonlanması malnütrisyon, dehidratasyon ve enfeksiyonlar gibi sistemik nedenlerle olmaktadır. Hastaların tanıyı aldıktan sonra ortalama yaşam süreleri 7-9 yıl arasında değişmektedir [10, 64, 65].

2.6. Alzheimer Hastalığının Tedavisi

Günümüzde AH'nın kesin tedavisi bulunmamaktadır. Uygulanan tedaviler hastalığın seyrini yavaşlatan semptomatik tedavilerdir. AH'nda iki nörotransmitter (asetilkolin ve glutamat) öne çıkmaktadır. Günümüzde uygulanan tedaviler kolinerjik eksikliği gidermek ve glutamat toksisitesini önlemek amacıyla kullanılmaktadır [6].

AH'nı tedavi etmek için iki farklı ilaç grubu kullanılmaktadır. Beyinde azalan asetilkolin miktarını yükseltmeyi hedefleyen kolinesteraz inhibitörleri birinci grup ilaçları oluşturmaktadır [6]. Bu gruptaki ilaçlar, sinaptik aralıkta asetilkolini yıkarak kolinesteraz enzimlerini inhibe etmektedirler. Böylece asetilkolinin sinaptik aralıkta kalış süresi uzamaktadır. Bu grupta yani birinci ilaç grubunda üç ilaç bulunmaktadır. Bunlar, donepezil, rivastigmin ve galantamindir [6, 66].

İkinci grup ilaçların hedef nörotransmitteri glutamattır ve bu gruptaki ilaçlar voltaj bağımlı, nonkompetitif, selektif, orta derecede afinite gösteren bir N-metil-D-aspartik asit (NMDA) reseptör antagonisti olan memantindir.

Memantinin presinaptik glutamaterjik terminallerden, membran instabilitesi sonucu sızan, postsinaptik NMDA reseptörlerinde glutamat hiperaktivitesini inhibe ederek etki ettiğine inanılmaktadır. Memantin tek başına kullanılmasının yanı sıra kolinesteraz inhibitörleri ile kombine olarak da kullanılabilir [67].

Nootropikler (zeka arttırıcı ilaçlar), östrojenler, NSAID'ler (Non steroidal antienflamatuvar ilaçlar) ve steroidler, statinler, antioksidanlar ve çeşitli vitaminlerin AH üzerindeki etkileri klinik çalışmalarda denenmiş ilaçlardır. Ancak bu ilaçlar AH'nın tedavisi ya da korunmasında anlamlı derecede etki göstermediği için önerilmemektedir [68]. Psikotik semptomlar gözlenen Alzheimer hastalarında antipsikotik ilaçlar kullanılabilir. İlacın yanı sıra bu hastalara; psikolojik yardım, hastanın güvenliğini sağlamak için çevrenin düzenlenmesi ve davranış tedavisi uygulanır [6]. Demansiyel psikoz tanısı almış hasta yakınlarına ve bakıcılarına çok büyük bir yük düşmektedir. Bu nedenle hastanın ve yakınlarının sosyal ve psikolojik olarak desteklenmesi tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir [12, 24].

2.7. Öz Etkililik

İngilizce self-efficacy olarak tanımlanan öz etkililik Türkçe de; öz-etkililik ve öz yeterlilik olmak üzere iki şekilde tanımlanmaktadır. Amerikalı psikolog Albert Bandura ilk kez öz-etkililik algısı kavramını kullanmış ve öz etkililik algısını genel bir durumla değil de özel bir durumla ilişkilendirmiştir. Öz etkililik kuramı; öz etkililik beklentisi, sonuç beklentisi ve dürtü gibi kavramları içine alan, davranışları tahmin eden ve açıklayan sosyal bilişsel kurama dayanmaktadır. Öz etkililik bu kuramın altı ilkesinden biridir [23, 69].

Öz etkililik kavramını kişinin bir işi başarıyla yapmak için gerekli becerilere sahip olduğu konusundaki inancı olarak tanımlanmaktadır [69]. Öz etkililik kavramı, “bireyin bir işi gerçekleştirebilme, başarabilme yeteneği konusundaki yargılarını” da içeren bir kavramdır [70]. Bireyler öz-etkililik algıları sayesinde davranışlarını benimsemekte, davranışlarına başlayabilmekte ve değişimi sürdürebilmektedirler. Öz etkililik bireylere bireysel seçim yapmada, davranışlarının sonuçlarını tahmin etmede, bir iş üstünde ne kadar çaba harcayabileceğine karar vermede yardım etmektedir. Öz etkililik, bir işi tamamlama yeteneği olmayıp bu yetenek içerisindeki inançtır ve öz etkililik bireyin kendi kendine öğrenmesinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır [23].

Öz etkililik inancı bireylerin düşünme biçimlerini, problem çözme becerilerini ve duygusal tepkilerini etkilemektedir. Öz etkililiğe yeterince sahip olmayan bireyler, olayları görüldüğünden daha zor olarak düşünmekte, her şeye dar bir görüş açısıyla bakmakta ve karşılaştıkları problemlerin üstesinden gelememektedirler. Fakat öz etkililiğe yeterince sahip bireyler en zor işlerde ve olaylarda bile rahatça, kendilerine güvenerek, güçlü yaklaşım göstermektedirler [23, 69, 71]. Sonuç olarak öz etkililik-yeterlilik algısı bireylerin stresle baş etme yeteneğinin bir yansımasıdır diyebiliriz.

2.7.1. Öz etkililiğin bireyler üzerine etkileri

Öz etkililiği yüksek olan bireyler rahat bir şekilde başarıya ulaşmakta ve görevlerini sabırlı ve istekli bir şekilde yapmaktadırlar. Öz etkililiği yetersiz olan bireylerde ise bu durum tam tersidir [42]. Bu tip insanlar başarılı durumlardan kaçınmakta ya da en küçük yenilgide pes etmektedirler. Bir insanda öz etkililik algısı yüksek olduğu zaman daha yüksek hedefler belirlemekte ve bunların gerçekleştirilmesi için daha fazla çaba sarf etmektedir [23]. Bunun yanı sıra karmaşık durumlarda daha etkili karar vermekte ve gelecek için daha olumlu bir bakış açısına sahip olmaktadır. Öz etkililiği yüksek olmayan bireylerde ise bunların tam tersi söz konusudur [69].

2.8. Yaşam Kalitesi

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün yaşam kalitesi tanımı, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonu algılaması şeklindedir [2, 72]. DSÖ'nün bu tanımı dışında farklı tanımlarda bulunmaktadır. Kısaca yaşam kalitesi kavramını tanımlayacak olursak bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik halinden sağladığı doyumun bir bütün olarak ifade edilmesidir diyebiliriz [42].

Yaşam kalitesi kavramının tanımı konusunda tam bir görüş birliği bulunmamakla birlikte araştırmacıların ortak görüşü yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu yönündedir [73]. Yani kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerinin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanması durumudur [72, 73].

2.8.1. Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Literatüre baktığımızda demansta yaşam kalitesi konusunda yapılmış ilk çalışma 1985 yılında etnik grupları da kapsayan ilk randomize kontrollü çalışma ise 2006 yılında yapılmıştır [9]. Gelişmiş ülkelerin üzerinde durduğu bakım vereni de kapsayan bu çalışmaların sayısı az da olsa ülkemizde de bulunmaktadır [14, 72].

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri birincil stresörler, ikincil stresörler, bakım veren rolü/stres ile ilgili beklenti, moderatör faktörler ve demografik faktörler olarak beş gruba ayırabiliriz. Birincil stresörler; hastanın özellikleri [tıbbi durumunun derecesi, sorunlu davranışlar (amaçsız dolaşma hareketleri, emosyonel patlamaları, uygunsuz davranışları), bilişsel ve işlevsel bozukluk], bakım koşulları [bakım süresi, bakımın yoğunluğu (günde kaç saat baktığı, bakım görevlilerinin sayısı)] ve bakım verenin durumu [bakım verenin karşılanmayan gereksinimleri (bilgi, aile desteği vb.)] dur [74]. İkincil stresörler; iş yaşamının engellenmesi, maddi açıdan zorlanma, aile içi anlaşmazlıklar, sosyal izolasyon, ilişkinin niteliğinde bozulma, serbest zamanın azalması, sosyalleşme ve fiziksel aktivite gibi diğer olumlu fırsatların azalmasıdır [9, 74].

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen diğer bir faktör de bakım veren rolü/stres ile ilgili beklentileri yani koşulları kontrol edebilme algısı, rol karmaşasına ilişkin algı, kaynakların yeterliliğine ilişkin algı, olumlu beklentiler ve anlam bulma gibi durumlardır [24, 40, 71].

Moderatör faktörler yani stresi artırıcı ya da azaltıcı faktörler; demans hakkında bilgi eksikliği, yeterlilik algısı, uсталık, baş etme yetileri, kişilik özellikleri, sosyal, emosyonel ve ekonomik destekler, fiziki sağlık, profesyonel hizmet kullanımı, profesyonel olmayan yardımın bulunması, ilişkinin niteliği ve bakımla ilgili olumlu yaşantılardır [7, 14, 24, 74].

Demografik faktörler; sosyoekonomik durum, kültürel faktörler, cinsiyet ve yaş [7, 40, 50, 74].

İkincil stresörler, birincil stresörlerden etkilenmektedir. Bunun yanı sıra ikincil stresörler kendileri de sıkıntı düzeyini arttırabilmektedir. Örneğin; bakımın yoğunluğu ve süresi, bireyin sosyal izolasyonuna neden olabilmektedir. Bu durum da bakım yükünü ve sıkıntıyı arttırmaktadır. Birincil stresörler, bireyin kendi sağlığına özen göstermesine (sağlıklı

beslenme, fiziksel aktivite yapması vb.) engel olarak ya da uyku bozukluklarına yol açarak, ruhsal yönden olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir [9, 74].

Bakım veren kişi rolünü yani bu rolle ilgili olarak kendisini yeterli ya da yetersiz görmesi durumu bakım veren rolü ile ilgilidir. Bakım verme yoğunlukları eşit olan iki ayrı kişi, kişisel baş etme stratejilerini ve kapasitelerini değerlendirmelerindeki farka göre, birbirinden çok farklı yük düzeyine sahip olabilmektedirler. Bireyin bakım verme rolü ile ilgili beklentisi, moderatör ve demografik faktörlerden etkilenebilmektedir [14, 74].

Bakım verme konusunda bilgi, sosyal, ekonomik ya da toplumsal destek ve kaynaklar, bireyin içsel kaynakları stresi azaltıcı moderatörlerdir. Hastalık hakkındaki bilgi eksikliği nedeni ile bakım verenin hastanın yetilerini olduğundan fazla olarak değerlendirmesi durumunda bakım veren kişi de öfke ve depresyon görülebilmektedir. Bu da stresini arttırıcı yönde olumsuz etkiyle sonuçlanmaktadır [24, 25, 74].

Sonuç olarak demanslı hastalara bakım veren bireyler bakım vermeyen bireylerle karşılaştırıldığında stres, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek ve yaşam kaliteleri daha düşük olarak bildirilmektedir.

2.9. Bakım Verme Yüğü

TDK (Türk Dil Kurumu) bakım kavramını; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlamaktadır [75]. Hastaya fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal yönden destek sağlamaktan sorumlu olan kişilere bakım veren denir. Hasta bireylerin bakım sürecini herhangi bir ücret almadan üstlenen ve hastanın evdeki yaşam kalitesini yükselten bakım verenler genellikle hasta yakınlarıdır [76].

Bakım verme kavramı, kendine bakamayacak durumda olan bireylere yardım etme olarak tanımlanırken, bakım verme yükü kavramı bakım verme deneyimi ile ilişkili fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal stres etkenlerine verilen çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanır. Bakım yükü sosyal çevre, kültür ve akrabalık derecesi gibi pek çok psikososyal faktörlerden etkilenebilmektedir [36, 77].

Bakım veren bireyler genellikle birinci derece akrabalar ya da eşler olsa da eşleri olmayan bazı bireylere bu hizmeti ücret karşılığı yapan bakıcılar üstlenmektedir. Amerika’da evde bakım hizmeti verilen Alzheimer hastalarının %80’ine aile üyelerinin baktığı görülmektedir [77]. Ülkemizde de Alzheimer hastalarının bakımını genellikle aileler üstlenmektedir [7, 40].

Bakım verme, hasta bireylere fiziksel ve maddi desteğin verilmesinin yanı sıra emosyonel desteği de içermektedir [73]. Bakım vermenin içinde; hastanın sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, ilaç alımı, tedavisi, tedavi sürecini takip etme, kişisel bakım (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb.), ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi ve maddi yardım yer almaktadır [6, 7].

2.9.1. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler

Demans tanısı almış bir hastaya bakım verme süreci birçok yönden yıpratıcıdır. Sadece hastanın değil hasta yakınları ve bakım veren kişi ya da kişilerinde yaşamını şekillendirmektedir. Bakım verme yükünü etkileyen faktörleri; bakım veren kişi ya da kişilerin kendilerini yalnız hissetmesi, bakım verme tecrübesinin olup olmadığı, depresif bir ruh halinde olması, hastadan beklenmeyecek davranışlara maruz kalması ve hastalık hakkında bilgi yetersizliğinin bulunması olarak sıralayabiliriz [6, 7, 40].

2011 yılında yapılan bir çalışmaya göre, bakım verme tecrübesi olmayan hasta eşlerinin olumsuz sonuçlara karşı daha savunmasız olduğu belirtilmektedir [78]. Alzheimer hastalarının çoğunun evinde yakınları tarafından bakıldığı bilinmekte, hasta evliyse ve evlilikleri sağlam bir geçmişe dayanıyorsa bakım verenler daha az zorluklarla karşılaşmaktadır [6, 77].

Bakım veren bireylerin bakım yüklerini belirleyen faktörlerden bazıları; bakım veren bireylerin sosyodemografik özellikleri ve içerisinde bulundukları çevrenin koşulları olarak belirtilmektedir [6, 36, 39]. Literatürde Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, yaşamakta olduğu evin kaç odalı olduğu, banyosunun yeterli olup olmadığı, binanın asansör veya merdiven durumu gibi faktörlerin bakım verme yükünü etkilediği belirtilmektedir [6, 36, 39].

2.9.2. Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler/sorunlar

Bakım verme güçlüğünü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi şeklinde tanımlayabiliriz. Bakım verme güçlüğü, bakım veren kişinin bakım verme sürecinde yaşadığı fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir durumdur [77, 79].

Bakım verme güçlüğü; bakım veren kişinin ve bakımı alan ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamaktadır. Bakım verme nedeniyle bakım veren bireyin yorgunluk yaşaması, aile rutinlerinin engellenmesi ve fiziksel hastalık gibi sıkıntılar yaşadığı görülebilmektedir [6, 18, 20].

Bakım verme, bakım veren bireyin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım verilen hastanın gereksinimleri nedeniyle bakım veren bireylerde yorgunluk ve halsizlik gibi fiziksel rahatsızlıklar görülebilmektedir [13, 29]. Bakım verme yükünü sosyal çevre, kültür ve akrabalık derecesi gibi pek çok psikososyal faktörler etkilemektedir [6, 77].

Literatürde Demans tanısı almış bir akrabasına bakım vermek, bakım veren birey için büyük oranda stresli olup psikiyatrik ve fiziksel hastalıklara yol açabileceği belirtilmektedir [9, 80]. Demans hastalarına bakım veren kişilerde depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Birçok çalışmada Alzheimer hastalarının bakım verenlerinin bakım sürecinde, diğer hastalara bakım veren bireylere göre daha fazla psikolojik stres ve ağır bir yük yaşadığı, birçok duygusal problemlerle baş etmeye çalıştığı ve fiziksel sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir [9, 81]. Demansın şiddeti arttıkça bakım yükü de artmakta ve bu nedenle bakım yükünü belirlemek ve azaltmak önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir [77].

Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda; bakım veren bireylerin zamanının büyük bir kısmını hastasına ayırması nedeniyle stres düzeylerinin arttığı, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunlar yaşadığı ve fiziksel sağlıklarının bozulduğu belirlenmiştir [7, 27, 38]. Ayrıca, hastalığın yüksek maliyetinin olması nedeniyle bakım verenlerde sosyoekonomik sorunların yaşandığı da gösterilmiştir.

2.10. Alzheimer Hastalarında ve Bakım Verenlerinde Hemşirelik Bakımı

Alzheimer hastalarında hemşirelik bakımı çok önemlidir ve temel hedefler hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların azaltılması, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecektir terapatik ortamın oluşturulmasıdır. Alzheimer hastalarına bakım veren bireylere de hemşirelik bakımı verilmesi son derece önemlidir ve burada temel hedef; bireye psikolojik, sosyal ve fiziksel destek sağlanarak yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktır [10, 40, 82, 83].

Alzheimer hastalarının bakım gereksinimlerini hemşirelik tanıları halinde sıralayacak olursak;

1. Düşünce sürecinde değişim
2. Huzursuzluk
3. Uyku düzeninde bozulma
4. Öz bakım eksikliği
5. Travma riski
6. Kaybolma riski
7. Beden gereksiniminden az ya da fazla beslenme
8. Aile içi baş etme de yetersizlik riski
9. Düşme riski
10. İdrar inkontinansı şeklinde sıralayabiliriz [10, 40, 82, 83].

Yukarıda belirttiğimiz hemşirelik tanılarına yönelik olarak hastanın çevredeki belirsizliği azaltılmalı ve hatırlamasına yardımcı olacağı ipuçları arttırılmalıdır. Hastaya sakin yaklaşılmalı, hasta ile iletişim kurarken kendinizi tanıtmalı, hastaya ismi ile hitap etmeli, çevreyi sade ve güzel tutmalı, günlük yaşamda hastanın uyumunu kolaylaştıracak bir rutin belirlemeli, hastanın hatırlamasına yardımcı olacak resimler, notlar, etiketler konulmalıdır [10, 40, 82].

Çevrenin güvenli halde olduğundan emin olunmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalı, tedavisi uygun zaman ve dozda yapılması sağlamalı ve tedavinin yanıtı gözlemlenmelidir. Hastaya maksimum düzeyde bağımsızlık ve özgürce hareket alanı sağlanmalıdır [10, 82].

Hasta her güne oryante edilmeli, unutkanlığına karşı saygılı olunmalı, günlük rutinin dışına çıkılmamalı, hastaya zaman ayrılmalı ve dinlenmeli, hasta ile konuşmaya istekli olunmalı, egzersiz, yürüyüş, televizyon izleme, hafif müzik dinleme gibi aktiviteler için fırsatlar oluşturulmalıdır. Hastaya ve bakım veren kişilere duyguları olan bir birey olarak davranılmalı, hasta küçümsenmemeli, anksiyete ile ilgili duygularını ifade edebilmesi sağlanmalı, duygularını anlatması için cesaretlendirilmeli ve gevşeme yöntemleri öğretilmelidir [7, 82].

Hastaya bakım verirken uygun araçları kullanmalı, işleri küçük parçalara ayırmalı ve iş bitene kadar hasta ile birlikte olunmalıdır. Konfüzyon ya da dikkat eksikliği nedeniyle duraksadığında hatırlatma yapılmalıdır [10, 83].

Hastanın yeterli beslenip beslenmediğini takip etmek için hastanın düzenli kilo takibi yapılmalı, yeterli ve dengeli diyet alması sağlanmalı, kendi kendine yiyemeyen hastanın beslenmesine yardım edilmelidir. Hastanın, yemeğinin ısı kontrolü yapılmalıdır. Yeterli beslenme için hastanın düzenli ağız bakımı yapılmalıdır [82].

Hastanın derisi kuru, temiz tutulmalı, nemlendirilmeli, masaj yapılmalı, giysileri temiz tutulmalı, saçları haftada en az iki kez yıkanmalı, tüm tırnakları temiz ve kısa olmalıdır [83].

Hastanın uyku düzeninin devam ettirilmesi için gece yeterli aydınlatma sağlanmalı, uyaranlar azaltılmalıdır. Hastanın gündüzleri aktivite yapması sağlanmalı ve gündüz uykularının mümkün olduğunca azaltılması sağlanmalıdır [7].

Hastanın sosyalizasyonunun devamı için aile ve arkadaş ziyaretlerinin artırılması, hasta ile iletişimde ismi ile hitap edilmesi sağlanmalıdır. Hastaların fizyoterapi hizmeti almasına destek olunmalı, afazi durumunda konuşma terapisine yönlendirilmesi sağlanmalıdır [82, 83].

Hastaya bakım verenlere verilecek hemşirelik bakımında ilk basamak bireyin bakım yükünü belirlemektir. Bakım yükü belirlenen bakım verenin, bakım yükünü olumlu ve olumsuz etkileyen durumlar tespit edilerek olumsuz etkileyen faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik girişimler planlanmalıdır. Bakım veren bireye duygu ve düşüncelerini

ifade etmesi konusunda destek olunmalıdır. Bakım veren bireylerle hemşire arasında güven duygusunun gelişmesi sağlanmalıdır [40, 82].

Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerinin yaşam kalitesi değerlendirilmeli, yaşam kalitelerini belirleyen olumlu/olumsuz faktörler belirlenmeli ve yaşam kalitelerinin artması için gerekli destek sağlanmalıdır. Alzheimer tipi demans tanısı olan hastalara yönelik kurulan dernekler araştırılarak bakım veren bireylerin bu derneklerden haberdar olması sağlanmalıdır. Ayrıca, hastaya bakım verebilecek kişiler belirlenerek bakım programı oluşturulması sağlanmalıdır. Böylelikle tek bir bakım veren bireyin olmaması, bakım veren bireylerin her birinin bakım yükünün azaltılmasında etkili olacaktır [7, 9, 14, 38].

Bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilikleri değerlendirilmeli ve sağlıklı yaşam davranışları edinmeleri konusunda destek sağlanmalıdır. Öz etkililik-yeterlilik düzeylerini olumsuz etkileyen durumlar tespit edilmeli ve etkili çözüm yöntemleri bulunarak olumsuz durumlar/faktörler ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır [24, 26, 42].

Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin kronik hastalık tanılarının olup olmama durumu, sürekli ilaç kullanma durumları ve özel diyet alma durumlarının olup olmadığı sorgulanarak kendi sağlıklarını da ihmal etmemeleri konusunda desteklenmelidir. Ayrıca, bakmakla yükümlü oldukları başka birey olup olmadığı sorgulanmalı ve varsa hastaya destek olabilecek kaynaklar araştırılarak bakım veren birey bu konuda bilgilendirilmelidir [7, 12, 19].

Sonuç olarak; AH'nda erken tanı ve tedavinin başlaması hasta ve bakım veren birey yönünden çok önemlidir. Uzun süreli bakım gerektiren AH'nda hemşirenin hastaya ve bakım veren bireylere yaklaşımı son derece önemlidir. Hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalı ve hemşirelik bakım planı bütüncül bir yaklaşımla oluşturulmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, çalışma yapılmasına izin verilen hastanelerin nöroloji ya da geriatri polikliniklerinde yapılmıştır. Buna göre çalışma, Ankara ilinde bulunan Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğinde Haziran-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Polikliniklerde uygun bir ortam oluşturularak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmelerle veriler toplanmıştır.

Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde 4 adet muayene odası, bulunmaktadır. 4 uzman doktor, 1 hemşire poliklinikte görev yapmaktadır. Poliklinikte kapsamlı hasta muayeneleri, sonuç değerlendirmeleri, heyet raporu gibi hizmetler verilmektedir. Poliklinik 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir. Araştırmacı genelde Pazartesi, Salı, Çarşamba günleri nöroloji polikliniklerinde veri toplamıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğinde 5 poliklinik muayene odası, 1 ekip odası bulunmaktadır. 3 uzman doktor, 4 asistan doktor, 1 hemşire, 1 psikolog görev yapmaktadır. Poliklinikte kapsamlı geriatik değerlendirme, 65 yaş üstü bireylerin muayeneleri, sonuç değerlendirme gibi hizmetler verilmektedir. Poliklinik 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir. Araştırmacı genelde Perşembe, Cuma günleri geriatri polikliniklerinde veri toplamıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğine Haziran-Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde NCSS-PASS Statistical

Packag for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) - Power Analysis and Sample Size (Güç Analizi ve Örnek Boyut) 2008 programı kullanılmıştır. Araştırmaya alınan örneklem sayısının belirlenmesinde konuyla ilgili benzer çalışmalar temel alınmıştır [14, 27, 35]. %5 hata, %95 güven düzeyi ve %80 güç düzeylerinde en az 144 Alzheimer tipi demanslı hastaya bakım verenlerinin alınması hedeflenmiştir.

Araştırmanın örnekleme; araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden, yazılı ve sözlü onamları alınan, Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım veren 145 birey alınmıştır. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğinden 56 bakım veren, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğinden 89 bakım veren çalışmaya katılmıştır.

Araştırmanın hastayla ilgili dahil etme kriterleri

- Malign hastalığı, kontrol edilemeyen diyabetes mellitus, şiddetli aritmisi, kronik böbrek yetmezliği, ileri dönem karaciğer yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliği olmayan,
- Serebrovasküler olay (SVO) geçirmeyen,
- Son 6 ay içinde majör cerrahi geçirmeyen,
- Alzheimer dışı demansı olmayan,
- Psikotik bozukluğu olmayan hastalar,

Araştırmanın bakım verenle ilgili dahil edilme kriterleri

- Alzheimer tipi Demans tanısı almış hastanın bakımından birinci derecede sorumlu (primer) olanlar,
- Kurum personeli olmayan,
- 18 yaş üstünde olanlar,
- Eğitim düzeyi en az okuryazar olanlar,
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel ve fiziksel yeterliliği olanlar,
- İletişim problemi olmayan (işitme, görme konuşma vb.),
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım veren bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulamasına ölçek izinleri, etik komisyon ve hastane izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmada veriler, çalışma yapılmasına izin verilen bir hastanenin geriatri, diğer hastanenin nöroloji polikliniklerine başvuran Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım veren bireylerden öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması için araştırmacı tarafından ilgili kurumda uygun görüşme ortamı sağlanmış ve araştırmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırmacı araştırma süresince hafta içi her gün poliklinik saatlerinde poliklinikte bulunarak verileri toplamıştır. Veriler toplanmadan önce hasta ve hastaya bakım veren bireyler için dahil edilme kriterlerine sahip olup olmadığı değerlendirilmiştir. Araştırmacı bakım verenlere kendini tanıtmış, araştırma konusunda bilgi vererek yazılı/sözel onamlarını almıştır. Yazılı onam formunun bir örneği araştırmaya katılmaya kabul edenlere verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden yazılı onam alınarak, Alzheimer tipi demanslı hastaya bakım veren birey için “Bakım Verenlerin Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Bakım Verme Yüğü Ölçeği” ve Alzheimer tipi demanslı hasta için “Barthel İndeksi Ölçeği” formlarını doldurmaları sağlanmıştır. Her bir veri toplama yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.4.1. Veri toplama araçları

Bakım verenlerin tanıtıcı bilgiler formu

Bu form, araştırmacı tarafından literatüre dayanarak oluşturulmuştur [7, 35, 36, 37]. Formda; bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk varlığı, aile yapısı, fiziksel engeli olup olmadığı, bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumu, sosyal güvencesi, çalışma durumu, aile gelir düzeyi, hastayla yakınlık derecesi, sürekli kullandığı ilaçlar, tanısını aldığı hastalığı olup olmadığı), bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşanan sorunları (ev işlerinde yardım alma durumu, bakım konularında yardım alma durumu, bakım vermekte yardım aldığı kişiler, gün içerisinde dinlenebilme süresi, gün içerisinde kendine ayırabildiği süre, gün içerisinde ev dışında geçirebildiği süre, hastaya günde kaç saat baktığı ve bakım verirken zorlandığı konular) ve hastanın tanıtıcı özellikleri (hastalık evresi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, aile yapısı, fiziksel engeli olup olmadığı, sosyal güvencesi,

çalışma durumu, aile gelir düzeyi, Alzheimer ilaçları dışında sürekli kullandığı ilaçlar ve Alzheimer dışında tanısını aldığı hastalığının olup olmadığı) içeren 35 soru yer almaktadır (EK-2).

Bakım verme yükü ölçeği

Bakım verme yükü ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir [84]. Ülkemizde de İnci ve Erdem tarafından 2008 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olduğu saptanmıştır [85]. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 bulunmuştur. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçekle bakım verenlerin hastaları ile ilişkileri, genel sağlık durumu, yaşadığı duygusal zorluklar, sosyal hayatı ve bakım sürecindeki ekonomik sıkıntıları değerlendirilebilmektedir. Bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin maddeleri genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir. Ölçekten elde edilen puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir [85]. (EK-3).

Öz etkililik-yeterlilik ölçeği

Davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere 1982 yılında Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz etkililik-yeterlilik ölçeği Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir [86]. Ülkemizde Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olduğu saptanmıştır [23]. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 bulunmuştur. Öz etkililik-yeterlilik ölçeği 23 maddeden oluşmaktadır ve ölçekte her bir madde için; 1-"beni hiç tanımlamıyor", 2-"beni biraz tanımlıyor", 3-"karasızım", 4-" beni iyi tanımlıyor", 5-"beni çok iyi tanımlıyor" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçek dört alt gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar davranışa başlama, davranışı sürdürme,

davranışı tamamlama ve engellerle mücadeledir. Davranışa başlama alt grubu 2, 11, 14, 17, 18, 20, 22. maddeleri içermektedir. Davranışı sürdürme alt grubu 4, 5, 6, 7, 10, 16, 20. maddeleri içermektedir. Davranışı tamamlama alt boyutu 3, 8, 9, 15, 23. maddeleri içermektedir. Engellerle mücadele alt boyutu 1, 13, 21. maddeleri içermektedir. Ölçekte alınan toplam puanın yüksekliği genel öz etkililik-yeterlilik algısının yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Ölçekte alınan toplam puanın düşüklüğü genel öz etkililik-yeterlilik algısının düşük seviyede olduğunu göstermektedir [23]. (EK-4).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

Ware ve arkadaşı tarafından 1992 yılında geliştirilen SF-36, fiziksel ve mental yönden sağlığı değerlendirme amacıyla düzenlenmiştir [87]. Ülkemizde Koçyiğit ve arkadaşları tarafından osteoartrit ve kronik bel ağrısı olan hastalarda 1999 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.73-0.76 arasında olduğu saptanmıştır [88]. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.71 bulunmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren ölçek, 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel rol fonksiyonu (4 madde), emosyonel rol fonksiyonu (3 madde), mental sağlık (5 madde), canlılık/enerji (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısını (5 madde) içeren 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmaktadır [88].

Yaşam kalitesi (SF-36) fiziksel ve mental bölüm olarak iki bölümden oluşmaktadır. Fiziksel bölüm; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık alt boyutlarından oluşmaktadır. Mental bölüm; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutlarından oluşmaktadır. Son dört hafta verileri değerlendirilmektedir. 8 adet alt ölçeklerin her biri 0-100 puan arasında değer almakta ve 0 kötü sağlık durumu, 100 iyi sağlık durumu olarak değerlendirilmektedir [89].

Yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu gün boyunca yaptığı aktiviteler (koşmak, banyo yapmak, giyinmek, merdiven inip çıkmak, vb.) ile ilgilidir [88, 89]. Fiziksel fonksiyondan düşük puan alınması tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede kısıtlılık olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü alt boyutu fiziksel sağlığı sebebiyle gün içinde yapmayı planladığı işlerinden daha azını yapma durumu ve daha önce yaptığı faaliyetlerde kısıtlama olma durumunu değerlendirir. Fiziksel rol güçlüğü düşük puan alması gün içerisinde yapmak istediği işlerden daha az yaptığını, daha önce

yapabildiği faaliyetleri yapmakta zorlandığını göstermektedir. Ağrı ve genel sağlık tek soruyla, sırasıyla “Geçtiğimiz dört hafta boyunca ağrı normal işlerinizi yapmanıza engel oldu mu? Olduysa ne kadar?” ve “Genel olarak sağlığını nasıl?” şeklinde belirlenmektedir. Ağrıdan düşük puan alması ağrısının olmadığını ya da ağrısının işlerini yapmasına engel olmadığını, genel sağlıktan düşük puan alması genel olarak sağlığının kötü olduğunu göstermektedir. Canlılık ise son dört haftanın ne kadarında çok enerjisi olduğunu ölçmektedir. Canlılıktan düşük olması son dört haftada enerjik olmadığını, yorgun ve bitkin olduklarını göstermektedir. Sosyal fonksiyon; bedensel sağlığının ve duygusal sorunlarının sosyal faaliyetlerini ne kadar engellediğini değerlendirmektedir. Sosyal fonksiyondan düşük puan alması beden sağlığı ve duygusal sorunların sosyal faaliyetlerini engellemediğini göstermektedir. Emosyonel rol güçlüğü, duygusal sorunlar nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğinden daha azını yapma durumunu ve günlük faaliyetlerini her zamanki gibi dikkatlice yapıp yapamama durumunu değerlendirmektedir. Emosyonel rol güçlüğünden düşük puan alması duygusal sorunlar nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğini yapabildiğini ve günlük faaliyetlerini her zamanki gibi dikkatlice yapabildiğini göstermektedir. Mental sağlık son dört haftanın ne kadarında çökkün ve kederli olduğunu, ne kadarında sakin ve huzurlu olduğunu değerlendirmektedir. Mental sağlıktan düşük puan alması son dört haftanın ne kadarında çökkün ve kederli olduğunu göstermektedir [89]. (EK-5).

Barthel indeksi ölçeği

Barthel indeksi bireylerin aktivitelerindeki bağımsızlık ve bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla, 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiştir [90]. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından nöroloji hastaları ile yapılmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur [91]. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Barthel indeksi; yemek yeme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini 10 madde şeklinde fiziksel sınırlılığı değerlendirmektedir. Puanlama 0 ile 100 arasında değişmektedir. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı ifade etmektedir. Barthel indeksi sınır puanı 60 olarak belirlenmiş olup 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır. Ölçeğin puanlaması 0-20 puan tam bağımlılığı, 21-61

puan ileri derece bağımlılığı, 62-90 puan orta derece bağımlılığı, 91-99 puan hafif derece bağımlılığı, 100 puan tam bağımsızlığı ifade etmektedir [91, 92]. (EK-6).

3.4.2. Veri toplama araçlarının ön uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenler için kullanılan anket formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 15 Haziran – 15 Temmuz 2016 tarihleri arasında, çalışma yapılmasına izin verilen hastanelerde, örneklem sayısının %10'nu olan 15 bakım veren ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında herhangi bir değişiklik yapılmadığından ön uygulama yapılan 15 bakım veren araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) 20.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde değişkenler için sayı (n), yüzde (%), ortalama (Ort), standart sapma (SS), minimum (min), maksimum (max) kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sosyodemografik özellikler bağımsız değişken; Ölçek puanları ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. İkili kategorik verilerin (cinsiyet, medeni durum gibi) sürekli değişkenler (SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Bakım verme yükü ölçeği ve Öz etkililik-yeterlilik ölçeği) ile karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney U Testinden yararlanılmıştır. İki'den fazla kategorik verilerin (eğitim durumu gibi) sürekli değişkenler (SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Bakım verme yükü ölçeği ve Öz etkililik-yeterlilik ölçeği) ile karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal Wallis H Testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar (eğitim durumu gibi) belirlenmiştir. Normal dağılım göstermeyen Öz etkililik-yeterlilik ölçeği puanları, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları ve Bakım yükü ölçeği puanları arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık ve farklılık düzeyi

olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin ve farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin ve farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı (güvenilirlik analizi) uygulanarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Gazi Üniversitesi Etik Komisyonuna (EK-7) başvurulmuş ve araştırmanın yapılması etik açıdan uygun bulunmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi (EK-8) ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden (EK-9) yazılı izin belgesi alınmıştır. Öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan Prof. Dr. Sebahat Gözüm'den mail üzerinden ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK-10). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan Öğr. Gör. Dr. Fadime Hatice İnci'den mail üzerinden ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK-11). Araştırmaya katılacak olan bakım verenlere araştırmanın amacını anlatan “Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (EK-1) kullanarak yazılı onam alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiye ait bulguların sonuçları sadece Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran bakım verenlerle sınırlı olup tüm Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım veren bireyleri kapsamamaktadır. Araştırmanın yapıldığı Haziran–Aralık 2016 tarihleri arasında polikliniklere başvuran hastalara bakım veren bireylerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar nedeniyle tamamına ulaşılamamıştır. Ayrıca Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin bireysel yaşam koşullarının eşit olmaması, hastalarının evre farklılıkları, sosyal destek durumlarının eşit olmaması, bakma sürelerinin farklı olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla (n:145) yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.1’de yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (n:145)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş [(X±SS=53,34±11 (min-max=20-88)]		
39 yaş ve altı	12	8,3
40-49 yaş	38	26,2
50-59 yaş	53	36,6
60 yaş ve üzeri	42	28,9
Cinsiyet		
Kadın	113	77,9
Erkek	32	22,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	49	33,8
Ortaokul	8	5,5
Lise	36	24,8
Üniversite	52	35,9
Medeni Durum		
Evli	108	74,5
Bekar	37	25,5
Çocuk Durumu		
Yok	21	14,5
Var	124	85,5
Aile Yapısı		
Çekirdek	115	79,3
Geniş	30	20,7
Fiziksel Engeli		
Evet	1	0,7
Hayır	144	99,3
Bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumu		
Var	31	21,4
Yok	114	78,6

Çizelge 4.1. (devam) Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (n:145)

Sosyal Güvencesi		
Var	140	96,5
Yok	5	3,5
Çalışma Durumu		
Evet	43	29,7
Hayır	102	70,3
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	43	29,7
Geliri giderine eşit	100	68,9
Geliri giderinden fazla	2	1,4
Hastayla Yakınlık Derecesi		
Eşi	32	22,1
Çocuğu	91	62,8
Gelini / Damadı	13	8,9
Torunu	4	2,8
Bakıcı	5	3,4
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Var	78	53,8
Yok	67	46,2
Hastalık Tanısı		
Var	76	52,4
Yok	69	47,6
Toplam	145	100,0

Çizelge 4.1’de Alzheimer’lı hastaya bakım veren bireylerin sosyo demografik özellikleri yer almaktadır. Bakım verenlerin yaş ortalaması $53,34 \pm 11$ olup, %36,6’sı 50-59 yaş aralığında, %77,9’u kadın, %35,9’u üniversite mezunu, %74,5’i evlidir. Bakım verenlerin %85,5’inin çocuğu vardır ve %79,3’ü çekirdek aile yapısına sahiptir. Bakım verenlerin %99,3’ünün fiziksel engeli bulunmamakta ve %78,6’sının bakmakla yükümlü olduğu başka birey bulunmamaktadır.

Bakım verenlerin %96,5’inin sosyal güvencesi vardır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte sosyal güvencesi olanların %46,4’ünün güvencesi emekli sandığıdır. Bakım verenlerin %70,3’ü herhangi bir işte çalışmamaktadır ve %68,9’unun geliri giderine eşittir.

Bakım verenlerin %62,8’i evladı tarafından bakılmaktadır ve %53,8’i sürekli ilaç kullanmaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte bakım verenlerden sürekli ilaç

kullananların %43,6'sı antihipertansif, %28,2'si analjezik ve antienflamatuvar, %19,2'i antitiroid, %19,2'si antidepresan ve %16,7'si antidiyabetik ilaçları kullanmaktadır.

Çizelgeye göre, bakım verenlerin %52,4'inin hastalık tanısı bulunmaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte bakım verenlerden hastalık tanısı olanların %46,1'inin Hipertansiyon, %21,1'inin Depresyon ve %15,8'inin Diabetes Mellitus tanısı mevcuttur.

4.2. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular

Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlar Çizelge 4.2'de yer almaktadır.

Çizelge 4.2. Bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlar (n:145)

Bakım Verme ile İlgili Özellikler ve Yaşanan Sorunlar	n	%
Ev işlerinde yardım alma durumu		
Var	42	29,0
Yok	103	71,0
Bakım konularında yardım alma durumu		
Var	15	10,3
Yok	130	89,7
Bakım vermekte yardım aldığı kişiler		
Var	103	71,0
Yok	42	29,0
Gün içerisinde dinlenebilme süresi		
Bir saat	50	34,5
Bir - üç saat	49	33,8
Üç - beş saat	44	30,3
Beş saatten fazla	2	1,4
Gün içerisinde kendine ayırabildiği süre		
Bir saat	56	38,6
Bir - üç saat	45	31,0
Üç - beş saat	43	29,7
Beş saatten fazla	1	0,7

Çizelge 4.2. (devam) Bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlar (n:145)

Gün içerisinde ev dışında geçirebildiği süre		
Bir saat	55	37,9
Bir - üç saat	48	33,1
Üç - beş saat	41	28,3
Beş saatten fazla	1	0,7
Hastaya günde baktığı süre		
Bir - beş saat	24	16,6
Altı saat ve üzeri	121	83,4
Bakımda zorluk yaşama durumu		
Var	123	84,8
Yok	22	15,2
Bakımda Yaşanılan Zorluklar *		
Öz Bakım	71	49,0
İletişim	102	70,3
Uyku	13	9,0

*Birden fazla seçeneğe cevap verilmiştir.

Çizelge 4.2.'de Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlar yer almaktadır. Bu çizelgeye göre bakım verenlerin %71'i ev işlerinde yardım almamakta, %89,7'sinin bakım konularında yardım alma almamaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte bakım vermekte yardım alanların %40'ı maddi yardım ve hastasının öz bakımında yardım almaktadır.

Bakım verenlerin %71'inin bakım vermekte yardım aldığı kişiler bulunmaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte bakım vermekte yardım alan kişilerin %77,7'si aile üyelerinden yardım almaktadır.

Bakım veren kişilerin %34,5'i gün içinde bir saat dinlenebilmekte, %38,6'sı gün içinde kendine bir saat ayırabilmektedir. Bakım verenlerin %37,9'u gün içinde ev dışında bir saat geçirebilmekte ve %83,4'ü ise hastaya günde altı ve üzeri saatten fazla bakmaktadır. Çizelgede görüldüğü üzere bakım verenlerin %84,8'i bakımda zorluk yaşamaktadır. Bakım verenlerin %49'u hastanın öz bakımında, %70,3'ü hasta ile iletişimde, %9'u ise hastanın uykusu ile ilgili konularında zorluk yaşamaktadır.

4.3. Alzheimer Tipi Demanslı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Alzheimer tipi demanslı hastaların tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.3.'de yer almaktadır.

Çizelge 4.3. Alzheimer tipi demanslı hastaların tanıtıcı özellikleri

Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	n	%
Hastalık evresi		
Başlangıç	45	31,0
Orta	72	49,7
İleri	28	19,3
Yaş		
65 yaş ve altı	9	6,2
65 yaş ve üzeri	136	93,8
$X \pm SS = 79,58 \pm 8,63$ (min-max=48-96)		
Cinsiyet		
Kadın	84	57,9
Erkek	61	42,1
Eğitim durumu		
İlkokul	113	77,9
Ortaokul	10	6,9
Lise	9	6,2
Üniversite	13	9,0
Medeni durum		
Evli	84	57,9
Bekar	61	42,1
Çocuk durumu		
Var	143	98,6
Yok	2	1,4
Aile yapısı		
Çekirdek	113	77,9
Geniş	32	22,1
Fiziksel engeli		
Evet	20	13,8
Hayır	125	86,2
Sosyal güvencesi		
Var	140	96,6
Yok	5	3,4
Çalışma durumu		
Evet	1	0,7
Hayır	144	99,3

Çizelge 4.3. (devam) Alzheimer tipi demanslı hastaların tanıtıcı özellikleri

Gelir durumu		
Geliri giderinden az	59	40,7
Geliri giderine eşit	82	56,5
Geliri giderinden fazla	4	2,8
Alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullanma durumu		
Var	126	86,9
Yok	19	13,1
Alzheimer dışında hastalık tanısı		
Var	121	83,4
Yok	24	16,6
Barthel İndeksine Göre Bağımlılık Düzeyi		
Tam bağımlı	20	13,8
İleri derecede bağımlı	42	28,9
Orta derecede bağımlı	52	35,9
Hafif derecede bağımlı	13	9,0
Tam bağımsız	18	12,4
Toplam	145	100,0

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin hastalarının %49,7'sinin hastalığı orta düzeydedir. Hastaların yaş ortalaması $79,58 \pm 8,63$ olup; %93,8'i 65 yaşının üzerinde, %57,9'u kadın, %77,9'u ilkokul mezunudur. Hastaların %57,9'u evli, %98,6'sının çocuğu var ve %77,9'u çekirdek aile yapısına sahiptir.

Hastaların %86,2'sinin fiziksel engeli bulunmamaktadır. Hastaların %96,6'sının sosyal güvencesi mevcuttur, %99,3'ü çalışmamaktadır ve %56,5'inin geliri giderine eşittir. Ayrıca, hastaların %86,9'u Alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullanmakta ve %83,4'ünün Alzheimer dışında hastalık tanısı bulunmaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte hastalardan Alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullananların %50,8'i antihipertansif, %42,9'u antidepresan, %35,7'si antikoagülan, antiagregan ve %29,4'ü analjezik ve antienflamatuvar ilaçları kullanmaktadır. Ayrıca, çizelgede belirtilmemekle birlikte hastaların %53,7'sinin Hipertansiyon, %42'sinin Depresyon ve Kalp Hastalığı tanısı vardır (n katlanmıştır). Hastaların %35,9'unun Barthel İndeksine göre bağımlılık düzeyi orta derecedir.

4.4. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları Çizelge 4.4’de yer almaktadır.

Çizelge 4.4. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği, öz etkililik-yeterlilik ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları (n=145)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Ort ± SS	Min-Maks.
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel fonksiyon	32,14±18,13	0-50
	Fiziksel rol güçlüğü	47,59±45,1	0-100
	Ağrı	65,71±19,69	9,09-81,82
	Genel sağlık	37,32±6,86	16-52
	Canlılık	40,23±7,75	20,83-66,67
	Sosyal fonksiyon	68,1±28,98	0-100
	Emosyonel rol güçlüğü	41,38±43,44	0-100
	Mental sağlık	36,67±7,67	16,67-53,33
Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği	Davranışa başlama	32,87±5,26	14-40
	Davranışı sürdürme	27,72±5,27	14-35
	Davranışı tamamlama	18,99±4,04	8-25
	Engellerle mücadele	8,23±2,52	3-15
	Toplam Puan	87,81±14,33	53-115
Bakım Verme Yükü Ölçeği		Sayı	%
	Hiç/az yük	22	15,17
	Orta yük	35	24,14
	İleri yük	50	34,48
	Aşırı yük	38	26,21
	Toplam Puan	44,55±20,92	3-88

Çizelge 4.4’e göre bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından; fiziksel fonksiyon için 32,14±18,13, fiziksel rol güçlüğü için 47,59±45,1, ağrı için 65,71±19,69, genel sağlık için 37,32±6,86, canlılık için 40,23±7,75, sosyal fonksiyon için 68,1±28,98, emosyonel rol güçlüğü için 41,38±43,44 ve mental sağlık için ise 36,67±7,67 puan ortalamalarını aldığı görülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasının 87,81±14,33 ve alt boyutlarından ise davranışa başlama için 32,87±5,26, davranışı sürdürme için 27,72±5,27, davranışı tamamlama için 18,99±4,04, engellerle mücadele için ise 8,23±2,52 puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği toplam puanının $44,55 \pm 20,92$ ve %34,48'inin ileri yük, %26,21'inin aşırı yük düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

4.5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=145)

Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları Çizelge 4.5'de yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=145)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
Yaş								
39 yaş ve altı	42,92±10,33	52,08±44,54	67,43±18,37	40±4,18	38,54±5,65	71,88±24,5	47,22±45,97	32,5±8,89
40-49 yaş	33,68±14,64	45,39±46,81	72,01±12,03	38,53±7,97	39,03±7,47	65,79±30,02	37,72±43,27	37,02±7,66
50-59 yaş	34,81±18,19	50,94±43,29	64,5±22,07	36,91±6,87	41,27±8,5	70,05±29,66	44,65±43,34	37,48±7,25
60 yaş ve üzeri	24,29±20,11	44,05±47,11	61,04±21,47	36±6,18	40,48±7,55	66,67±29,04	38,89±44,12	36,51±7,72
H	11,64	0,986	4,557	6,297	1,584	0,877	0,781	4,452
P	0,009**	0,805	0,207	0,098	0,663	0,831	0,854	0,217
Cinsiyet								
Kadın	31,73±18,5	46,24±44,47	64,76±20,51	36,92±6,68	40,01±7,98	67,37±29,05	39,53±43,08	36,67±7,83
Erkek	33,59±16,96	52,34±47,67	69,04±16,31	38,75±7,43	41,02±6,95	70,7±29,034	47,92±44,75	36,67±7,18
z	-0,688	-0,6	-0,734	-1,146	-0,874	-0,571	-1,05	-0,029
p	0,491	0,549	0,463	0,252	0,382	0,568	0,294	0,977
Eğitim Durumu								
İlkokul	28,16±18,89	39,29±44,78	61,41±21,44	36,73±5,98	42,6±7,62	63,27±29,69	38,78±44,8	37,76±7,89
Ortaokul	25,63±17	25±46,29	60,23±23,78	37±2,83	41,15±7,53	60,94±31,65	16,67±25,2	37,5±6,36
Lise	30,56±18,58	45,83±45,32	66,16±18,13	37,89±9,2	38,66±7,02	68,06±31,54	37,96±43,02	35,83±7,86
Üniversite	37,98±16,03	60,1±42,95	70,28±17,74	37,54±6,29	38,94±8,04	73,8±25,64	50±43,54	36,09±7,58
H	7,658	8,42	6,365	0,529	7,593	3,82	5,052	1,09
P	0,054	0,038**	0,095	0,913	0,055	0,282	0,168	0,779
Medeni durum								
Evli	31,44±18,32	47,92±45,74	65,24±20,38	37,33±6,26	40,32±8,07	69,44±28,61	39,51±43,27	37,07±7,92
Bekar	34,19±17,66	46,62±43,76	67,08±17,72	37,3±8,49	39,98±6,84	64,19±30,07	46,85±44,07	35,5±6,86
z	-0,624	-0,164	-0,153	-0,062	-0,484	-0,941	-0,812	-1,422
p	0,533	0,869	0,879	0,95	0,629	0,347	0,417	0,155

Çizelge 4.5. (devam) Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=145)

Çocuk durumu								
Yok	37,62±15,78	47,62±45,35	72,73±13,49	37,9±9,43	41,67±7,68	67,26±28,63	41,27±44,6	37,3±6,46
Var	31,21±18,39	47,58±45,24	64,52±20,36	37,23±6,37	39,99±7,77	68,25±29,15	41,4±43,42	36,56±7,87
z	-1,213	-0,075	-1,529	-0,654	-0,79	-0,171	-0,09	-0,269
p	0,225	0,94	0,126	0,513	0,429	0,864	0,928	0,788
Aile yapısı								
Çekirdek	33,04±18,06	49,57±45,4	66,48±19,24	37,67±6,29	39,31±7,32	71,52±27,73	42,9±44,32	35,97±7,8
Geniş	28,67±18,29	40±43,85	62,73±21,4	36±8,73	43,75±8,46	55±30,37	35,56±40,05	39,33±6,57
z	-1,172	-0,908	-0,861	-1,081	-2,35	-2,697	-0,704	-1,954
p	0,241	0,364	0,389	0,28	0,019*	0,007*	0,481	0,051
Bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumu								
Var	27,1±15,04	32,26±36,63	59,24±22,98	35,35±7,16	42,34±8,68	52,82±31,74	29,03±38,24	39,14±7,6
Yok	33,51±18,71	51,75±46,41	67,47±18,42	37,86±6,71	39,66±7,42	72,26±26,85	44,74±44,31	35,99±7,58
z	-2,155	-1,82	-1,903	-1,625	-1,604	-3,068	-1,683	-2,418
p	0,031*	0,069	0,057	0,104	0,109	0,002*	0,092	0,016*
Sosyal Güvencesi								
Var	32,14±18,23	49,11±45,12	65,78±19,34	37,26±6,92	40±7,58	68,93±28,74	41,43±43,59	36,64±7,65
Yok	32±16,81	5±11,18	63,64±30,83	39,2±5,22	46,67±10,79	45±28,78	40±43,46	37,33±8,95
z	-0,017	-2,103	-0,029	-0,567	-1,442	-1,847	-0,023	-0,345
p	0,987	0,036*	0,977	0,571	0,149	0,065	0,982	0,73
Çalışma durumu								
Hayır	29,56±18,72	44,12±44,94	63,99±20,55	36,39±6,7	40,6±8,03	66,67±29,13	36,93±43,48	37,09±8,08
Evet	38,26±15,15	55,81±44,93	69,77±17,03	39,53±6,83	39,34±7,06	71,51±28,65	51,94±41,98	35,66±6,57
z	-2,405	-1,53	-1,402	-2,578	-0,895	-0,92	-2,024	-1,036
p	0,016*	0,126	0,161	0,01*	0,371	0,357	0,043*	0,3
Sürekli ilaç kullanma durumu								
Var	26,6±18,66	41,67±44,62	60,72±21,71	36,36±6,09	41,19±7,48	65,71±29,15	34,19±41,95	37,69±7,51
Yok	38,58±15,25	54,48±45	71,51±15,25	38,45±7,56	39,12±7,98	70,9±28,74	49,75±43,95	35,47±7,74
z	-3,945	-1,748	-3,063	-2,1	-1,394	-1,165	-2,225	-1,524
p	0,001*	0,08	0,002*	0,036*	0,163	0,244	0,026*	0,128
Hastalık tanısı								
Var	26,51±18,62	41,45±44,45	60,53±21,85	36,26±6,14	41,34±7,51	65,3±29,27	33,77±41,63	37,72±7,59
Yok	38,33±15,47	54,35±45,16	71,41±15,22	38,49±7,46	39,01±7,89	71,2±28,55	49,76±44,14	35,51±7,64
z	-3,92	-1,752	-3,071	-2,265	-1,651	-1,296	-2,27	-1,547
p	0,001*	0,02*	0,002*	0,024*	0,099	0,195	0,023*	0,122

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyidir.

** Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyidir. Anlamlı çıkanlarda Post-Hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin yaş gruplarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($H=11,64$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). 60 yaş ve üzerinde olanların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon puan ortalamasının 39 yaş ve altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü ($H=8,42$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerden ilkokul ve ortaokul mezunu olanların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü puan ortalamasının üniversite mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin aile yapısına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından canlılık ($z=-2,35$) ve sosyal fonksiyon ($z=-2,697$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çekirdek aile yapısı olanların canlılık alt boyutu puan ortalamasının geniş aile yapısı olanlara göre ve geniş aile yapısı olanların sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının ise çekirdek aile yapısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($z=-2,155$), sosyal fonksiyon ($z=-3,068$) ve mental sağlık ($z=-2,418$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bakmakla yükümlü olduğu başka birey olanların fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puan ortalamalarının, olmayanlara göre ve bakmakla yükümlü olduğu başka birey olmayanların mental sağlık puan ortalamasının ise olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bakım verenlerin sosyal güvence durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü ($z=-2,103$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayanların fiziksel rol

güçlüğü puan ortalamasının olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($z=-2,405$), genel sağlık ($z=-2,578$), emosyonel rol güçlüğü ($z=-2,024$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayanların fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmamızda bakım verenlerin sürekli ilaç kullanma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($z=-3,945$), ağrı ($z=-3,063$), genel sağlık ($z=-2,1$) ve emosyonel rol güçlüğü ($z=-2,225$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullananların fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Bakım verenlerin tanı alınan hastalığın olma durumları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($z=-3,92$), fiziksel rol güçlüğü ($z=-1,752$), ağrı ($z=-3,071$), genel sağlık ($z=-2,265$) ve emosyonel rol güçlüğü ($z=-2,27$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verenlerden tanı aldığı hastalığı olanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

4.6. Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları Çizelge 4.6'da yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=145)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
Ev işlerinde yardım alma durumu								
Var	31,07±18,6	45,24±45,28	64,29±19,82	38,29±7,29	40,97±6,63	62,8±28,36	42,06±44,21	36,75±7,53
Yok	32,57±18,01	48,54±45,22	66,29±19,71	36,93±6,68	39,93±8,18	70,27±29,09	41,1±43,34	36,63±7,76
z	-0,236	-0,416	-0,722	-0,784	-1,091	-1,519	-0,114	-0,165
p	0,814	0,677	0,47	0,433	0,275	0,129	0,909	0,869
Bakım konularında yardım alma durumu								
Var	39±12,13	51,67±48,61	66,67±18,72	40,8±4,83	41,67±7,39	76,67±23,08	48,89±50,18	37,56±8,4
Yok	31,35±18,57	47,12±44,85	65,6±19,87	36,92±6,96	40,06±7,81	67,12±29,5	40,51±42,73	36,56±7,61
z	-1,268	-0,356	-0,014	-2,158	-0,92	-1,008	-0,586	-0,564
p	0,205	0,721	0,989	0,031*	0,358	0,313	0,558	0,573
Bakım vermekte yardım aldığı kişiler								
Var	33,3±17,68	51,7±44,87	68,05±18,62	37,48±7,02	39,89±7,64	70,63±28,04	44,66±44,17	36,15±7,93
Yok	29,29±19,11	37,5±44,6	59,96±21,26	36,95±6,54	41,07±8,05	61,9±30,61	33,33±40,99	37,94±6,9
z	-1,148	-1,833	-2,337	-0,591	-0,905	-1,634	-1,54	-1,089
p	0,251	0,067	0,019*	0,554	0,365	0,102	0,124	0,276
Hastaya günde baktığı süre								
Bir - beş saat	37,71±17,26	62,5±45,44	69,7±17,1	38,17±6,88	40,28±8,83	76,56±24,54	54,17±46,95	35,28±9,42
Altı saat ve üzeri	31,03±18,16	44,63±44,63	64,92±20,14	37,16±6,88	40,22±7,56	66,43±29,58	38,84±42,46	36,94±7,29
z	-1,747	-1,693	-1,021	-0,619	-0,349	-1,52	-1,464	-0,698
p	0,081	0,09	0,307	0,536	0,727	0,129	0,143	0,485
Bakımda Zorluklar								
Var	31,59±17,99	43,9±44,39	64,45±20,03	36,68±6,85	40,35±7,46	65,45±29,25	36,31±41,82	37,15±7,33
Yok	35,23±19,05	68,18±44,44	72,73±16,36	40,91±5,91	39,58±9,43	82,95±22,67	69,7±42,3	33,94±9,06
z	-1,023	-2,362	-1,974	-2,632	-0,784	-2,911	-3,154	-1,767
p	0,306	0,018*	0,048*	0,008*	0,433	0,004*	0,002*	0,077

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlılık düzeyidir.

Çalışmamızda, bakım verenlerin ev işlerinde yardım alma durumları ve hastaya günde bakım verme süreleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak bakım verenlerin bakım konularında yardım alma durumu ile genel sağlık ($z=-2,158$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım konularında yardım almayanların genel sağlık puan ortalaması olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bakım verenlerden bakım vermek için yardım aldığı birey olup olmamasına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ağrı ($z=-2,337$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım vermekte yardım aldığı

birey olmayanların ağrı puan ortalaması olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bakım verenlerin bakımda zorluklar yaşama durumuna göre göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü ($z=-2,362$), ağrı ($z=-1,974$), genel sağlık ($z=-2,632$), sosyal fonksiyon ($z=-2,911$), emosyonel rol güçlüğü ($z=-3,154$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verenlerden bakımda zorluk yaşayanların fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

4.7. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları Çizelge 4.7.'de yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145)

Değişkenler	Bakım Verme Yükü Ölçeği	Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği				Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı
		Davranışa başlama	Davranışı sürdürme	Davranışı tamamlama	Engellerle mücadele	
Yaş						
39 yaş ve altı	39,53±25,53	34,08±5,21	29,33±4,56	19,25±4,65	8,67±2,27	91,33±15,28
40-49 yaş	46,47±21,28	33,03±5,64	27,58±4,48	19,13±3,95	8,53±2,79	88,26±14,27
50-59 yaş	45,55±20,63	33,09±5,35	28,26±5,39	19,43±3,44	8±23	88,79±13,07
60 yaş ve üzeri	43,05±19,98	32,1±4,86	26,71±5,9	18,21±4,64	8,12±2,62	85,14±15,69
H	0,871	2,343	2,97	1,557	1,803	2,31
P	0,832	0,504	0,396	0,669	0,614	0,511
Cinsiyet						
Kadın	45,33±21,05	33,1±5,2	28,15±5,2	19,43±3,78	8,14±2,56	88,82±14,07
Erkek	41,81±20,55	32,06±5,47	26,22±5,32	17,41±4,57	8,53±2,38	84,22±14,92
z	-0,656	-0,973	-1,885	-2,29	-0,784	-1,693
p	0,512	0,331	0,059	0,022*	0,433	0,09
Eğitim durumu						
İlkokul	47,18±20,5	31,8±4,6	26,76±4,88	18,47±3,63	7,59±2,1	84,61±12,38
Ortaokul	49,38±19,47	30,38±5,85	26,63±5,07	18,75±3,85	7,38±1,41	83,13±12,82
Lise	45,72±21,59	33,94±5,52	27,89±5,29	18,94±4,23	8,28±2,39	89,06±14,69
Üniversite	40,52±20,99	32,52±5,4	28,69±5,59	19,54±4,34	8,92±2,92	90,67±15,57
H	3,779	8,393	5,123	2,82	6,396	6,493
P	0,286	0,039**	0,163	0,42	0,094	0,09

Çizelge 4.7. (devam) Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145)

Medeni durum						
Evli	43,6±21,03	32,81±4,81	27,34±5,27	18,81±4,06	8,22±2,48	87,19±13,93
Bekar	47,32±20,62	33,05±6,46	28,84±5,18	19,49±4,01	8,24±2,64	89,62±15,51
z	-0,853	-0,762	-1,495	-0,749	-0,0842	-0,991
p	0,394	0,446	0,135	0,454	0,934	0,322
Çocuk durumu						
Yok	42,86±20,93	32,71±6,71	28,38±5,65	19,33±3,97	8,52±2,91	88,95±16,06
Var	44,84±20,99	32,9±5	27,61±5,22	18,93±4,07	8,18±2,45	87,61±14,08
z	-0,565	-0,332	-0,696	-0,434	-0,57	-0,506
p	0,572	0,74	0,486	0,664	0,569	0,613
Aile yapısı						
Çekirdek	43,37±21,03	33,43±4,88	27,99±5,28	19,12±3,94	8,33±2,48	88,87±14,32
Geniş	49,1±20,19	30,73±6,12	26,7±5,18	18,47±4,45	7,83±2,65	83,73±13,88
z	-1,159	-2,187	-1,327	-0,595	-0,887	-1,726
p	0,246	0,029*	0,184	0,552	0,375	0,084
Bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumu						
Var	51,19 ±17,78	31,68±5,38	26,39±5,59	18,68±3,36	7,81±2,61	84,55±13,29
Yok	42,75±21,41	33,19±5,2	28,09±5,14	19,07±4,22	8,34±2,49	88,69±14,53
z	-1,674	-1,325	-1,539	-0,576	-0,988	-1,242
p	0,094	0,185	0,124	0,565	0,323	0,214
Sosyal Güvencesi						
Var	44,33±21,23	33,03±5,27	27,74±5,34	19,01±4,1	8,23±2,51	88,01±14,48
Yok	50,8±7,05	28,4±2,07	27,2±2,95	18,4±1,82	8,2±3,03	82,2±8,35
z	-0,591	-2,249	-0,402	-0,582	-0,066	-0,932
p	0,555	0,025*	0,688	0,561	0,948	0,351
Çalışma durumu						
Hayır	46,46±21,53	32,48±5,06	27,56±5,33	19,03±3,89	7,9±2,52	86,97±14,36
Evet	40,02±18,89	33,79±5,64	28,12±5,16	18,88±4,43	9±2,36	89,79±14,25
z	-1,862	-1,771	-0,552	-0,102	-2,627	-0,987
p	0,063	0,077	0,581	0,919	0,009*	0,324
Sürekli ilaç kullanma durumu						
Var	47,78±21,2	32,51±4,96	27,44±5,45	18,73±4,01	7,94±2,59	89,81±15,23
Yok	40,79±20,1	33,28±5,59	28,06±5,07	19,28±4,09	8,57±2,4	87,15±14,04
z	-2,088	-1,193	-0,645	-0,784	-1,827	-1,087
p	0,037*	0,233	0,519	0,433	0,068	0,277
Hastalık tanısı						
Var	48,01±20,94	32,45±4,97	27,42±5,49	18,7±4,05	7,91±2,61	86,47±14,31
Yok	40,74±20,38	33,33±5,55	28,06±5,04	19,3±4,03	8,58±2,37	89,28±14,32
z	-2,116	-1,326	-0,641	-0,864	-1,985	-1,121
p	0,034*	0,185	0,521	0,387	0,047*	0,262

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyidir.

** Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyidir. Anlamlı çıkanlarda Post-Hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin cinsiyetine göre öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranış tamamlama ($z=-2,29$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerden erkeklerin davranış tamamlama puan ortalaması kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bakım verenlerin eğitim durumu ile öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranış başlama ($H=8,393$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerden ilkokul mezunu olanların davranış başlama puan ortalaması, lise ve üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Bakım verenlerin aile yapısı ile öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranış başlama ($z=-2,187$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerden geniş aile yapısı olanların davranış başlama puan ortalaması çekirdek aile yapısı olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Bakım verenlerin sosyal güvence durumları ile öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranış başlama ($z=-2,249$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerden sosyal güvencesi olmayanların davranış başlama puan ortalaması sosyal güvencesi olanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Bakım verenlerin çalışma durumları ile öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından engellerle mücadele ($z=-2,627$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerden çalışmayanların engellerle mücadele puan ortalaması çalışanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Bakım verenlerin sürekli ilaç kullanma durumları ile bakım verme yükü ($z=-2,088$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerden sürekli ilaç kullanmayanların bakım verme yükü puan ortalaması kullananlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Bakım verenlerin tanı alınan hastalığın olma durumları ile bakım verme yükü ($z=-2,116$) ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından engellerle mücadele ($z=-1,985$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerden tanı aldığı hastalığı olmayanların bakım verme yükü puan ortalaması olanlara göre anlamlı derecede düşük, engellerle mücadele puan ortalaması ise anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

Çalışmamızda bakım verenlerin yaş, medeni durum, çocuk durumu, bakmakla yükümlü olduğu başka birey olma durumuna göre bakım verme yükü ölçeği, öz etkililik-yeterlilik ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım verenlerin cinsiyeti, eğitim durumu, aile yapısı, sosyal güvencesi ve çalışma durumuna göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.8. Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları Çizelge 4.8.'de yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları ($n=145$)

Değişkenler	Bakım Verme Yükü Ölçeği	Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği				Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı
		Davranışa başlama	Davranışı sürdürme	Davranışı tamamlama	Engellerle mücadele	
Ev işlerinde yardım alma durumu						
Var	47,36±20,73	32,67±5,08	27,12±5,71	18,14±4,42	8,07±2,41	86±15,42
Yok	43,41±20,99	32,95±5,35	27,97±5,09	19,33±3,85	8,29±2,57	88,54±13,88
z	-0,981	-0,409	-0,844	-1,54	-0,466	-0,905
p	0,327	0,683	0,399	0,124	0,641	0,366
Bakım konularında yardım alma durumu						
Var	41,87±20,48	31,33±5,77	26,67±4,39	18±4,99	8,07±1,79	84,07±13,07
Yok	44,86±21,03	33,05±5,19	27,85±5,36	19,1±3,93	8,25±2,59	88,24±14,46
z	-0,529	-1,165	-0,918	-0,831	-0,046	-1,192
p	0,597	0,244	0,358	0,406	0,963	0,233
Bakım vermekte yardım aldığı kişiler						
Var	43,83±21,23	33,12±5,33	27,74±5,45	18,8±4,36	8,35±2,5	88±15,1
Yok	46,33±20,28	32,26±5,09	27,69±4,86	19,45±3,14	7,93±2,55	87,33±12,41
z	-0,61	-1,119	-0,103	0,621	-0,943	-0,235
p	0,542	0,263	0,918	0,534	0,345	0,814

Çizelge 4.8. (devam) Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145)

Hastaya günde baktığı süre						
Bir - beş saat	39±24,33	33,54±5,88	28,54±5,37	18,79±5,01	8,79±3,13	89,67±17,43
Altı saat ve üzeri	45,65±20,11	32,74±5,14	27,56±5,26	19,02±3,84	8,12±2,37	87,44±13,69
z	-1,285	-0,909	-0,923	-0,072	-0,824	-0,575
p	0,199	0,363	0,356	0,943	0,41	0,565
Bakımda Zorluklar						
Var	47,38±20,04	32,49±5,29	27,41±5,24	18,83±3,93	7,97±2,37	86,69±14,03
Yok	28,73±18,98	35±4,63	29,5±5,2	19,86±4,63	9,68±2,83	94,05±14,75
z	-3,776	-2,102	-1,822	-1,095	-2,589	-2,142
p	0,001*	0,036*	0,068	0,273	0,010*	0,032*

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyidir.

Bakım verenlerin ev işlerinde yardım alma ile yardım aldığı konuların ve kişilerin olma durumuna, hastaya günde bakım verme süresine göre; bakım verme yükü ölçeği, öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Bakım verenlerin bakımda zorluklar yaşama durumuna göre bakım verme yükü ölçeği ($z = -3,776$) ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam ($z = -2,142$) puan ortalaması ile alt boyutlarından davranışa başlama ($z = -2,102$), engellerle mücadele ($z = -2,589$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Bakım verenlerden bakımda zorluk yaşamayanların, bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük; öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması ve davranışa başlama, engellerle mücadele puan ortalamaları ise yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

4.9. Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bakım verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Çizelge 4.9.'de yer almaktadır.

Çizelge 4.9. Bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği, bakım verme yükü ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki (n:145)

		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği								Bakım Verme Yükü Ölçeği
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	
Davranışa başlama	r	0,486	0,482	0,499	0,361	-0,263	0,562	0,355	-0,412	-0,532
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,001*	0,01*	0,01*	0,01*
Davranışı sürdürme	r	0,521	0,450	0,527	0,416	-0,289	0,431	0,339	-0,428	-0,514
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,001*	0,01*	0,01*	0,01*
Davranışı tamamlama	r	0,442	0,413	0,402	0,364	-0,156	0,330	0,329	-0,242	-0,394
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,061	0,001*	0,01*	0,003*	0,01*
Engellerle mücadele	r	0,393	0,374	0,350	0,356	-0,149	0,373	0,355	-0,288	-0,513
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,074	0,001*	0,01*	0,01*	0,01*
Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı	r	0,535	0,498	0,534	0,415	-0,250	0,490	0,385	-0,412	-0,551
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,002*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
Bakım Verme Yükü Ölçeği	r	-0,544	-0,728	-0,516	-0,422	0,357	-0,722	-0,693	0,543	
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	

* Spearman's Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyidir.

Çalışmamızda bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranışa başlama puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=0,486$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,482$), ağrı ($r=0,499$), genel sağlık ($r=0,361$), sosyal fonksiyon ($r=0,562$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r=0,355$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Bakım verenlerin davranışa başlama puan ortalaması arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları da artmaktadır ($p < 0,05$). Bakım verenlerin; davranışa başlama puanı ile canlılık ($r=-0,263$), mental sağlık ($r=-0,412$) puan ortalamaları ve bakım verme yükü ölçeği ($r=-0,532$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Bakım verenlerin davranışa başlama puan ortalaması arttıkça canlılık, mental sağlık ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır ($p < 0,05$).

Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışı sürdürme puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=0,521$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,450$), ağrı ($r=0,527$), genel sağlık ($r=0,416$), sosyal fonksiyon ($r=0,431$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r=0,339$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bakım verenlerin; davranışı sürdürme puanı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol

güçlüğü puan ortalamaları artmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranışı sürdürme puan ortalaması ile canlılık ($r=-0,289$), mental sağlık ($r=-0,428$) puan ortalamaları ve bakım verme yükü ölçeği ($r=-0,514$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin; davranışı sürdürme puan ortalamaları arttıkça canlılık, mental sağlık ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışı tamamlama puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=0,442$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,413$), ağrı ($r=0,402$), genel sağlık ($r=0,364$), sosyal fonksiyon ($r=0,330$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r=0,329$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin; davranışı tamamlama puanı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması artmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; davranışı tamamlama puan ortalamaları ile mental sağlık ($r=-0,242$) puan ortalaması ve bakım verme yükü ölçeği ($r=-0,394$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin; davranışı tamamlama puanı arttıkça mental sağlık ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği engellerle mücadele puan ortalaması ile fiziksel fonksiyon ($r=0,393$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,374$), ağrı ($r=0,350$), genel sağlık ($r=0,356$), sosyal fonksiyon ($r=0,373$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r=0,355$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin; engellerle mücadele puanı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları artmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; engellerle mücadele puan ortalaması ile mental sağlık ($r=-0,288$) puan ortalaması ve bakım verme yükü ölçeği ($r=-0,513$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; engellerle mücadele puanı arttıkça mental sağlık ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=0,535$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,498$), ağrı ($r=0,534$), genel sağlık ($r=0,415$), sosyal fonksiyon ($r=0,490$) ve emosyonel

rol güçlüğü ($r=0,385$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puanı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları artmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması ile canlılık ($r=-0,250$), mental sağlık ($r=-0,412$) puan ortalamaları ve bakım verme yükü ölçeği ($r=-0,551$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puanı arttıkça canlılık ve mental sağlık ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=-0,544$), fiziksel rol güçlüğü ($r=-0,728$), ağrı ($r=-0,516$), genel sağlık ($r=-0,422$), sosyal fonksiyon ($r=-0,722$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,693$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puanı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile canlılık ($r=0,357$) ve mental sağlık ($r=0,543$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puanı arttıkça canlılık ve mental sağlık puan ortalamaları artmaktadır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin;

- Öz etkililik-yeterlilik düzeyi, yaşam kalitesi ve bakım verme yükü puan ortalamaları tartışılmıştır.
- Bazı tanıtıcı özelliklerine göre öz etkililik-yeterlilik düzeyi, yaşam kalitesi ve bakım verme yükü puan ortalamaları tartışılmıştır.
- Öz etkililik-yeterlilik düzeyi ile yaşam kaliteleri ve bakım verme yükleri arasındaki ilişki tartışılmıştır.

5.1. Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyi ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Günümüzde demanslı hastaya bakım verenlerin bakım kalitesini arttırmak, hastaların hastaneye yatışlarını azaltmak için bakım verenlerin yaşam kalitelerinin artırılması ve sağlık sonuçlarının belirlenmesinde öz etkililik-yeterlilik kavramının önemli olduğu üzerinde durulmaktadır. Bakım verenlerde öz etkililik-yeterliliğin öğrenilebilen, geliştirilebilen ve değiştirilebilen önemli bir özellik olduğu vurgulanmaktadır [29, 42].

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin iyi olduğu bulunmuştur. Bu sonuç son yıllarda yapılan araştırma sonuçlarında da belirtildiği gibi bakım verenlerin öz etkililik-yeterliliğinin yüksek olmasının bakım vermenin pozitif yönlerini (bakım verme rolünü anlama, bakım vermekten memnuniyet, bakım veren ve alan arasındaki ilişki, bakım verme kalitesi, başarılı/etkin bakım verme) daha iyi anladıkları ve geliştirdikleri anlamına gelmektedir [30, 34, 93, 94].

Literatürde, Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerini değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Rabinowitz ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada [26], Wang ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada [71], Semiatin ve arkadaşının 2012 yılında yaptıkları çalışmada [93], Au ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada [94] Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri iyi olduğu bulunmuştur. Alzheimer tipi demans

hastalarına bakım verenlerin hem etkilili bakım verebilmek hem de yaşam kalitelerini arttırmak için öz bakımlarına yönelik davranışlarını iyileştirdikleri ya da geliştirdikleri düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşam kalitesi (SF-36) ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Kronik hastalığı olan hastalara bakım verme; fiziksel ve mental sağlık, sosyoekonomik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Özellikle Alzheimer gibi kronik nörodejeneratif hastalıklarda bakım verenlerin stres ve tükenmişliğe neden olacak güçlüklerle karşı karşıya oldukları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir [95, 96]. Çalışmamızda da yaşam kalitesi (SF-36) ölçeğinden alınabilecek puan aralığı 0-100 olduğu için bakım verenlerin yaşam kalitelerinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç literatürde yer alan demans hastalarının bakım verenlerinde yapılan çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir [96, 97, 98].

Çalışmamızda bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması sosyal fonksiyon ve ağrı; en düşük ise fiziksel fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. Literatürde Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıda olup, Garzon-Maldonado ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamızla paralel olarak sosyal fonksiyon boyutu yüksek ve mental sağlık boyutu düşük puan olarak değerlendirilmiştir. Ancak çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada bakım verenlerin en yüksek fiziksel fonksiyon boyutunda puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır [99]. Andrekou ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım verenlerin en yüksek fiziksel fonksiyon boyutunda, en düşük ise mental sağlık ve emosyonel rol sınırlılığı boyutunda olduğu belirlenmiştir [96]. Çalışmamızda bakım verenlerin fiziksel fonksiyon boyutunda en fazla yaşam kalitelerinin kötü olması, hastalarının yarıdan fazlasının hastalık evresinin orta ya da ileri evrede olması, büyük çoğunluğunun bağımlı olması ve bakımlarında zorluk yaşamaları vb. nedenlere bağlı bakım yüklerinin artması ve kendi öz bakımlarını ihmal etmelerine bağlı olabilir. Ayrıca literatürde Alzheimer ya da farklı tip demans hastasına bakım verenlerinde bakım yükü ile ilişkili fiziksel ve özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozuklukların sık görüldüğü ve bunlara yönelik destek hizmetlerden yeterli yararlanmadıkları ve öz bakımlarını ihmal ettikleri belirtilmektedir [100, 101, 102]. Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin bakım verirken yaşadıkları psikososyal

sorunlar ve fizyolojik zorlanmalar nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Alzheimer hastalığı psikiyatrik, bilişsel ve davranışsal bozukluklara ve fonksiyonel bağımsızlıkta kayba, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olabilmektedir. Hastalık ilerledikçe bu sorunların daha belirgin hale gelip; hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için bağımlı hale gelmesi, yaşam kalitesinin azalması bakım verenlerde bakım yükünü arttırmaktadır. Bakım yükünün artmasıyla ilişkili bakım verenlerin fiziksel ve mental sağlığı, sosyal yaşamı, ekonomik durumu olumsuz etkilenmektedir [96, 103, 104, 105, 106].

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde ileri derecede bakım yüklerinin olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla paralel olarak Yurtsever ve arkadaşlarının 2013 yılında 107 Alzheimer hastası bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada, bakım verme yükü toplam puan ortalaması 53.09 ± 18.19 olup ileri derecede bakım yüklerinin olduğu saptanmıştır [107]. Mougias ve arkadaşlarının 2015 yılında 161 demanslı hastaya bakım veren primer bakım vericiler üzerinde yaptıkları çalışmada da bakım veren yükü puan ortalamasının 42.26 ± 16.33 olduğu ve ileri derecede bakım yüklerinin olduğu görülmüştür [108]. Gomez ve arkadaşlarının 2016 yılında 60 primer Alzheimer hastasına bakım veren bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada %51,7'si orta ve ileri düzeyde, %33,3'ü aşırı düzeyde bakım yüküne sahip olduğu belirlenmiştir [109]. Bakım verenlerin hastalarının hastalık evresi, bağımlılık düzeyi gibi özelliklerinin bakım yüklerinin ileri derecede olmasını etkilediği düşünülmektedir.

5.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Tartışılması

Demans hastalarına bakım verenlerin yaş, cinsiyet, eğitim, bakım verme süresi gibi özelliklerinin öz etkililik-yeterlilik düzeylerini, yaşam kalitelerini ve bakım yüklerini etkilediği belirtilmektedir [42, 77, 96, 108, 110, 111]. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte bakım verenlerin çoğunun orta ve ileri yaşta olan bireyler olması kaçınılmazdır.

Çalışmamızda; 60 yaş ve üzerinde olan bakım verenlerin, yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları 60 yaş altında olan bakım verenlerden daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun nedeni olarak bakım veren bireylerin yaşlarının ileri olmasıyla birlikte hareketlerinin yavaşlaması, immobilizasyonlarının artması gibi nedenlerden fiziksel fonksiyonlarını yerine getirmede zorlanmaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Shah ve arkadaşlarının çalışmalarında da 2010 yılında yaşla ilgili fiziksel yeterlilikte azalmanın, bakım veren için hasta bakımında güçlüklerle neden olduğu belirtilmektedir [112]. McCullagh ve arkadaşının 2005 yılında yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin yaşları ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğunu bildirmişlerdir [113]. McPherson ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaşları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığını bildirmişlerdir [114]. Tay ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada demans hastalarına bakım veren ve yaşlı olan bireylerin yaşam kalitelerinin iyi olmadığı saptanmıştır [115]. Bu çalışmaların sonuçları ile çalışmamızın sonuçları paralellik göstermektedir. Bakım verenlerin yaşlarının ileri yaş olması fiziksel harekette azalmanın etkisiyle yaşam kalitelerinde düşüş olduğu düşünülmektedir.

Öz etkililik-yeterlilik algısının sağlık davranışı gösterme ile arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Öz etkililik-yeterlilik algısının sağlık davranışının planlanması, uygulanması ve sürdürülmesine etkisi vardır. Ayrıca, sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir [23]. Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden kadınların öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışı tamamlama alt boyutu puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer Romero-Moreno ve arkadaşlarının 2011 yılında demans hastasına bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik algılarını cinsiyetin etkilediği çalışma bulunmaktadır [30]. Kadınlarda öz etkililik-yeterlilik düzeyinin erkeklerden daha düşük olmasının nedeninin, kadınların hastalık durumlarına daha duygusal yaklaşması ve hastalık algılarının daha olumsuz olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden ilkokul ve ortaokul eğitilmiş olanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt boyutu ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışa başlama alt boyutu puan ortalamaları lise ve üniversite eğitilmiş olanlarından istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi yüksek olanların kendi sağlık durumlarının farkında olarak gün içerisinde

yapabilecekleri faaliyetleri planladıklarından fiziksel rol güçlüğü puan ortalamasının yüksek çıktığı düşünülmektedir. Çalışmamızla paralel olarak Gallagher ve arkadaşlarının 2011 yılında 84 Alzheimer tipi demanslı hastaya bakım veren ile yaptıkları çalışmada yüksek eğitime sahip olan bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik puan ortalamalarının diğer eğitim gruplarına göre yüksek olduğu bildirilmektedir [30]. Çalışmamızla tutarsız olarak Tay ve arkadaşlarının Singapur'da 84 demanslı hastaya bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyinin yaşam kalitesini ve öz etkililik-yeterlilik düzeyini etkilemediği belirtilmektedir [115]. Bu farklılığın nedeni olarak çalışmaların farklı ırk, kültür yapısına sahip toplumlarda yapılması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden çekirdek aile yapısına sahip olanların yaşam kalitesi ölçeği canlılık alt boyutu puan ortalamasının, geniş aileye sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük; öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışa başlama alt boyutu ve yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip olan bakım verenlerin, bakım veren başka aile üyelerinin olmaması ya da az kişi olması nedeniyle sürekli kendilerinin primer bakım vermesine bağlı enerjilerinin/canlılıklarının düşük, yorgun, bitkin olmalarının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Pinto ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada [106] ve Serrano-Aguilar ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada [116] Alzheimer hastasına bakım verenlerden hastası ile birlikte yaşayanların çoğunlukta olduğu ve çekirdek aileye sahip bakım verenlerin yaşam kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer Zhang ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada yalnızca hastası ile birlikte yaşayan bakım verenlerinin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin iyi olduğu ve sosyal destek aldıkları saptanmıştır [117]. Grano ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada da, hastası ile birlikte yaşayan bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır [24]. Çekirdek aileye sahip olan bakım verenlerin etkili bakım verebilmeleri için başka destek alabileceği bireyin olmamasından dolayı bireysel davranışa başlama yetilerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden çalışanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği engellerle mücadele alt boyutu puan ortalamaları, çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer

şekilde Tay ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada demans hastalara bakım verenlerden çalışanların başka bireylerden yardım aldıkları için öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin pozitif etkilendiği ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır [115]. Pinto ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenler zamanlarının çoğunu hastasına bakım vermekle geçirdiklerinden çalışmadıkları ve hasta bakımından primer sorumlu oldukları için fiziksel ve emosyonel durumlarının olumsuz etkilendiği saptanmıştır [106]. Çalışan bakım verenlerin, hastasına bakımda yardım almalarına bağlı bakım yüklerinin çalışmayan bireylere göre daha az olmasının genel sağlıklarını ve emosyonel durumlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden sürekli ilaç kullananların ve tanı aldığı hastalığı bulunanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları, sürekli ilaç kullanmayanlardan ve tanı aldığı hastalığı bulunmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük; bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması ise anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca Alzheimer hastasına bakım verenlerden tanısını aldığı hastalığı bulunanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt boyutu puan ortalaması, tanı aldığı hastalığı bulunmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek; öz etkililik-yeterlilik ölçeği engellerle mücadele alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonucun sürekli ilaç kullanan bakım verenlerin fizyolojik olarak sağlık sorunlarının olmasına bağlı yaşam kalitelerinin düşük olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sürekli ilaç kullanan bakım veren bireylerin kendilerine ve hastasına bakmak zorunda olmasının bakım yükü algılarını arttırdığı, mental ve fiziksel olarak daha fazla zorlanmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer Pinto ve arkadaşlarının 2009 yılında [106] ve Andreakou ve arkadaşlarının 2016 yılında [96] yaptıkları çalışmalarda Alzheimer hastasına bakım verenlerin komorbid hastalıklarının olduğu ve yaşam kalitelerini kötü etkilediği saptanmıştır.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden bakmakla yükümlü olduğu başka bireye sahip olanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları, bakmakla yükümlü olduğu başka bireye sahip olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu; mental sağlık alt boyutu puan ortalamasının ise istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Alzheimer hastasına bakım verenlerinden bakmakla yükümlü olduğu başka birey olanların birden

fazla bireye bakım verdiği için fiziksel sağlığı olumsuz etkilendiğinden fiziksel aktivitelerini yerine getirmede kısıtlandığı düşünülmektedir. Mental sağlıklarının yüksek olması ya psikiyatri desteği almalarından ya da günlük aktiviteleri yapabilmeleri ve hastaya bakım verebilmeleri için mental sağlıklarını korumaya yönelik stresle baş etme yöntemleri geliştirdiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bakım verenlerin bakım verdikleri hasta dışında bakmakla yükümlü oldukları başka bireylerin olması, bakım verenlerin sorumluluklarının artmasına aynı zamanda sosyal aktivitelere zaman ayırmada güçlük yaşamalarına neden olabildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt boyutu ve öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışa başlama alt boyutu puan ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Alzheimer hastasına bakım verenlerinden sosyal güvencesi olanların kendi sağlıklarına yönelik daha önceki faaliyetlerini devam ettirebildikleri, yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Literatürde bakım verenlerin bakım verme sürecinde desteklenmesi gerektiği önerilmektedir [7, 40, 118]. Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden bakım vermekte yardım aldığı destek konuları olamayanların, yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalaması bakım vermekte yardım aldığı destek konuları olanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verenler bakımı kolaylaştıracak konularla ilgili yardım almadıklarında kendilerini daha kötü hissettikleri belirtilmektedir [96]. Bakım veren bireylerin bakım verme süreci konusunda yardım aldığı konuların bulunmasının ve bu konularda destek almalarının onları psikolojik yönden olumlu etkileyecek ve bilinmezlikten kurtulmalarını sağlayarak daha iyi ve daha istekli bakım vermelerini sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden bakım vermekte yardım aldığı kişileri olmayanların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan ortalaması, bakım vermekte yardım aldığı kişileri olanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verirken yardım alan kişilerin fiziksel ve mental zorlanmalarında azalma olduğundan yaşam kalitelerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer Garzón-Maldonado ve arkadaşlarının 2017 yılında [99], Serrano-Aguilar ve

arkadaşlarının 2006 yılında [116] yaptıkları çalışmada bakım verenlerin destek aldıkları kişilerin olması ve konuların olması yaşam kalitelerini olumlu etkilediği saptanmıştır.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerden bakımda zorluk yaşayanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları, bakımda zorluk yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca bakım verenlerden bakımda zorluk yaşayanların; öz etkililik-yeterlilik toplam, öz etkililik-yeterlilik ölçeği davranışa başlama, engellerle mücadele alt boyutları puan ortalamaları bakımda zorluk yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca bakım verenlerden bakımda zorluk yaşayanların bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması bakımda zorluk yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç literatürde yer alan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir [14, 29, 40, 42, 119]. Bakımda destek alamayan, zorluklar yaşayan bireylerin yaşamayanlara göre daha fazla zaman ve emek harcaması onların bakım yüklerini arttırırken yaşam kalitelerini ve öz etkililik-yeterlilik düzeylerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

5.3. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ile Yaşam Kaliteleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerinin bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bir başka deyişle bu sonuç bakım verenlerin bakım yükü arttıkça fiziksel, sosyal ve psikolojik yaşantılarının olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Literatürde demans hastalarına bakım verenlerinde yapılan çalışmalarda da bakım verenlerde bakım yüküne bağlı özellikle fiziksel ve mental bozuklukların görüldüğü ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir [96, 102]. Çalışmamıza benzer şekilde yaşlı hastalara bakım verenlerde bakım yükünü ve SF 36 ile yaşam kalitesi arasında ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda da; yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını bakım yükünün negatif olarak etkilediği ve özellikle mental sağlık boyutunu daha fazla etkilediği gösterilmiştir [120, 121, 122]. Serrano-Aguilar ve arkadaşlarının 2006 yılında Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmada bakım yükü ve

yaşam kalitesi arasında anlamlı ve negatif ilişki olduğu belirtilmiştir [116]. Çalışmamıza benzer şekilde demans hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren Srivastava ve arkadaşlarının 2016 yılındaki çalışmasında bakım yükleri ve yaşam kaliteleri arasında önemli ve negatif ilişki olduğu saptanmıştır [123]. Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerden bakım verme yükleri az olanların, fiziksel ve mental bakımdan daha iyi olmalarına bağlı yaşam kalitelerinin iyi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği toplan puan ortalaması ile öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre bakım verme yükü fazla olan bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyi daha düşüktür. Alzheimer hastalarının bakım verenlerinde öz etkililik-yeterlilik düzeyi ve bakım yükü arasında ilişkiyi değerlendiren çalışmalar çok az sayıda olup çalışmamamızla paralel olarak bu çalışmalarda bakım yükünün öz etkililik-yeterliliği negatif olarak etkilediği, yüksek öz etkililik-yeterlilik düzeyinin bakım veren yükünü azalttığı gösterilmiştir [24, 30, 117]. Cheng ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerinden öz etkililik-yeterlilik düzeyi yüksek olanların daha az bakım yüküne sahip olduğu belirtilmektedir [25]. Ayrıca Grano ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik algılarının iyi olmasının, olumsuz düşünceleri kontrol altına alarak depresif semptomları etkilediği ve bakım yükünü azalttığı belirtilmektedir [24]. Ayrıca Gallagher ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerinden çoğunluğunun depresif semptomları olduğu, bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin depresif semptomların yönetiminde ve bakım yüklerinin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir [30]. Bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin iyi olmasının hastasının bakımını planlamaları, bakımı uygulamaları ve sürdürmeleri açısından inançlarını arttırdığından bakım yüklerinin azalttığı düşünülmektedir.

Bakım veren bireylerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği puanlarının yüksek olması bakım veren bireylerin olumlu sağlık davranışları göstermesine neden olarak bakım veren bireylerin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemektedir [93, 124]. Çalışmamız sonucu da bunu desteklemekte olup, bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel

sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verirken kendi sağlıklarını korumaları ve etkili bakım verebilmek amacıyla işlerini yapabilme inançlarını yüksek tutmalarına bağlı yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, demanslı hasta bakım verenlerinde öz etkililik-yeterlilik düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların çok az olduğu görülmüştür. Çalışmamıza paralel olarak Au ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada; Alzheimer hastasına bakım verenlerinden öz etkililik-yeterlilik düzeyi yüksek olanların fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu, olumsuz düşünceleri kontrol altına alarak stresten korundukları saptanmıştır [94]. Crellin ve arkadaşlarının 2014 yılındaki demans hastalarına bakım verenlerle ilgili çalışmasında öz etkililik-yeterlilik düzeyleri iyi olanların fiziksel sağlıklarının iyi olduğu, yaşam kalitelerinin iyi olduğu saptanmıştır [29]. Ayrıca Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında demanslı hasta bakım verenlerinin öz etkililik-yeterlilik düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır [117]. Çalışmamızla benzer şekilde Tay ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada demans hastalarına bakım verenlerde öz etkililik-yeterlilik düzeyi yüksek olanların yaşam kalitelerinin iyi olduğu saptanmıştır [115].

Çalışmamızda Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerinin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri yüksek olanların yaşam kaliteleri iyi, bakım yükleri azdır. Çalışmamıza benzer şekilde Tay ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada demans hastalarına bakım verenlerde öz etkililik-yeterlilik düzeyleri yüksek olanların yaşam kaliteleri iyi ve bakım yüklerinin daha az olduğu saptanmıştır [115].

Öz etkililik-yeterlilik algısı bireylerin stresle başa çıkma kapasitelerinin yansıması olduğu kadar bireylerin karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendileri hakkındaki yargıları ve inançları olduğu anlamına gelmektedir [23, 28]. Bu çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerinin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin artmasıyla yaşam kalitelerinin artabileceği ve bakım yüklerinin azalabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak (n:145) yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada yer alan bakım verenlerin çoğunluğunun 50-59 yaş aralığında, kadın, üniversite mezunu, sosyal güvencesi mevcut, evli, çocuğa sahip, çekirdek aile yapısına sahip ve geliri giderine eşittir.
2. Bakım verenlerin çoğunluğunun bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey bulunmamaktadır ve fiziksel engeli yoktur. Bakım verenlerin çoğunluğu hastasının çocuğudur.
3. Bakım verenlerin çoğunluğu sürekli ilaç kullanmaktadır ve hastalık tanısı mevcuttur. Bakım verenlerden sürekli ilaç kullananların çoğunluğu antihipertansif, analjezik ve antienflamatuvar, antitiroid, antidepresan ve antidiyabetik ilaçları kullanmaktadır ilaveten hastalık tanısı olanların çoğunluğu Hipertansiyon, Depresyon ve Diabetes Mellitus tanısı almaktadır.
4. Çalışmaya katılan bakım verenlerin çoğunluğu ev işlerinde ve bakım konularında yardım almamaktadır. Ancak bakım verenlerin çoğunluğunun bakım vermekte yardım aldığı kişiler bulunmaktadır. Yardım alanların çoğu maddi yardım ve hastasının öz bakımında yardım almakta olup; bakım vermekte yardım alınan kişiler arasında en fazla aile üyeleri yer almaktadır.
5. Bakım verenler en fazla gün içerisinde bir saat dinlenebilmekte, kendilerine bir saat ayırabilmekte, ev dışında bir saat zaman geçirebilmektedir. Ayrıca bakım verenler çoğunlukla hastaya günde altı ve üzeri saatten fazla bakmakta ve bakımda zorluklar yaşamaktadır. Bakım verenler en sık hastasının öz bakımı, iletişimi, uykusu konusunda zorluk yaşamaktadır.

6. Çalışmada Alzheimer tipi demans hastaların çoğunluğu 65 yaşının üzerinde, kadın, ilkokul mezunu, sosyal güvencesi mevcut, evli, çocuğa sahip, geliri giderine eşit, çekirdek aile yapısına sahiptir ve Barthel indeksine göre orta derecede bağımlıdır. Hastaların çoğunluğunun hastalık evresi orta düzeydir ve fiziksel engeli yoktur. Ayrıca hastalar çoğunluğu çalışmamaktadır.

7. Alzheimer tipi demans hastaların çoğunluğunun Alzheimer ilaçları dışında ilaç kullandığı ve Alzheimer dışında hastalık tanısı olduğu tespit edilmiştir. Hastalar Alzheimer ilaçları dışı ilaçlardan en sık antihipertansif, antidepresan, antikoagülan, antiagregan, analjezik ve antienflamatuvar ilaçları kullanmaktadır. Hastaların çoğunluğunun Alzheimer tipi demans tanılarının yanı sıra hastaların Hipertansiyon, Depresyon ve Kalp Hastalığı tanısı vardır.

8. Çalışmaya katılan Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeğine göre öz etkililik-yeterlilikleri iyi, yaşam kalitesi ölçeğine göre yaşam kaliteleri kötü, bakım verme yükü ölçeğine göre bakım yükleri ileri yük düzeyindedir.

9. Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerden 60 yaş ve üzerinde olanlar ile 39 yaş ve altında olanlar, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlar ile üniversite mezunu olanlar, çekirdek aile yapısı olanlar ile geniş aile yapısı olanlar, bakmakla yükümlü olduğu başka bireyi olanlar ile olmayanlar, sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

10. Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerden sürekli ilaç kullananlar ile kullanmayanlar, tanısını aldığı hastalığı olanlar ile olmayanlar, bakım konularında yardım alanlar ile almayanlar, bakım vermekte yardım aldığı birey olanlar ile olmayanlar, bakımda zorluk yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

11. Bakım verenlerden erkekler ile kadınlar, ilkokul mezunu olanlar ile lise ve üniversite mezunu olanlar, geniş aile yapısı olanlar ile çekirdek aile yapısı olanlar, sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin bazı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

12. Bakım verenlerden sürekli kullandığı ilacı olanlar ile olmayanlar arasında bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerden tanı aldığı hastalığı olanlar ile olmayanlar, bakımda zorluk yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin bazı alt boyutların ve bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

13. Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin bazı alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin bazı alt boyutları ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri belirlenerek, artırılmasına yönelik girişimler planlanmalıdır.
- Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen faktörler belirlenmeli ve yaşam kalitelerinin artırılması için destek programları oluşturulmalıdır.
- Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerinin belirlenmesi ve bakım verici rollerinin geliştirilmesi için uygulamalar planmalıdır.
- Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren ve bakım verenlerin bireysel yaşam koşullarının eşit olduğu, cinsiyetlerinin aynı olduğu, hastaların aynı evreden olduğu, sosyal destek durumlarının eşit olduğu, bakım verme sürelerinin eşit olduğu çalışmalar yapılmalıdır.
- Alzheimer tipi demans hastalara bakım verenlerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren farklı örneklem gurubu ile çalışmalar yapılmalıdır.
- Geriatri hemşireleri Alzheimer tipi demans hastasına bakım veren bireylerin yaşadıkları ve yaşayabilecekleri sorunlar yönünden değerlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. İnternet: TUİK. İstatistiklerle yaşlılar. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> Son Erişim Tarihi: 31.03.2018
2. İnternet: World Health Organization. Health Situation and Trends Assessment. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>. Son Erişim Tarihi: 31.03.2018
3. Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. *Turkish Journal of Geriatrics Supplement*, 13(3), 9-14.
4. Ertekin, A., Demir, R., Özdemir, G., Özel, L., Özyıldırım, E. and Ulvi, H. (2015). An investigation of the risk factors and prevalence of Alzheimer's disease in the eastern region of Turkey: A population based door-to-door survey, *European Journal of General Medicine*, 12(2), 144-151.
5. İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017. Sağlık istatistikleri yılı 2016, URL: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Son Erişim Tarihi: 31.03.2018
6. İnternet: Alzheimer's Association Report 2018, Alzheimer's disease facts and figures. URL: https://www.alz.org/documents_custom/2018-facts-and-figures.pdf Son Erişim Tarihi: 31.03.2018
7. Akay, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 32-49.
8. Wimo, A., Winblad, B. (2003). Demans ve Sağlık Ekonomisi. *Demans Dergisi*, 3, 121-126, Çev: Sevinçok J.
9. Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö. Bakar, M. (2017). Alzheimer Hastalığı'nda Evrelere Göre Hastaya Bakım Veren Kişi(ler)nin Yüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 54, 82-86.
10. Taşdemir, Y.G, Öz, F. (2009). Çağımızın güncel hastalığı Alzheimer: Destekleyici hemşirelik bakımı, Alzheimer is today's disease: Supportive nursing care. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 25(2), 115-126.
11. Knight, B.G., Lutzky S.M., and Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist*, 33(2), 240-248.
12. García-Alberca, J.M., Lara, J.P., Berthier, M.L. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 57-69.
13. Yalçın, E., Yalçın, B.M., Dikici, F.M., Şahin, E.M. (2005). Alzheimer hastasıyla yaşamak. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(4), 167-173.

14. Şahiner, T. (2012). Alzheimer hastalığında bakım veren yaşam kalitesi ve sorunları. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 5(3), 91-93.
15. Schulz, R. and Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Jama*, 282(23), 2215-2219.
16. Yılmaz, A., Turan, E., Gundogar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: Evidence from Turkey. *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 16-21.
17. Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane K., Covinsky, K.E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*, 287(16), 2090-2097.
18. Selçuk, K.T, ve Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-9.
19. Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-9.
20. Eğilli, C.S. ve Sunal, N. (2017). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3(2), 83-91.
21. Deimling G.T. and Bass, D.M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41(6), 778-784.
22. Steffen, A.M., McKibbin, C., Zeiss, A.M., Gallagher-Thompson, D., Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), 74-86.
23. Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz etkililik yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 21-34.
24. Grano, C., Lucidi, F., Violani, C. (2017). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in family caregivers of patients with Alzheimer disease: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1095-1103.
25. Cheng, S.T., Lam, L.C.W., Kwok, T., Ng, N.S.S., Fung, A.W.T. (2012). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *The Gerontologist*. 53(1), 71-80.
26. Rabinowitz, Y.G., Mausbach, B.T., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. (2007). The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behavior patterns in female caregivers of elderly relatives with Alzheimer's dementia. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 946-964.

27. Durmaz, H. (2011). Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisinin incelenmesi, Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
28. Çakıl, N.A. (2012). Orta yaş dönemi kadınların menopozal yakınma ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
29. Crellin, N.E., Orrell, M., McDermott, O., Charlesworth, G. (2014). Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health* 18(1), 954-969.
30. Romero-Moreno, R., Losada, A., Mausbach, B.T., Márquez-González, M., Patterson, T.L., López, J. (2011). Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging & Mental Health*, 15(2), 221-231.
31. Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Mausbach, B.T., Losada, A. (2012). Variables modulating depression in dementia caregivers: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1316-1324.
32. Mausbach, B.T., Roepke, S.K., Chattillion, E.A., Harmell, A.L., Moore, R., Romero-Moreno, R., Bowie, C.R., Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 16(1), 27-38.
33. Gallagher, D., Ni Mhaolain, A., Crosby, L., Ryana, D., Lacey, L., Coena, R.F., Walsh, C., Coakley, D., Walsh, J.B., Cunningham, C. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 663-670.
34. Gilliam, C.M. and Steffen, A.M. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*, 10(2), 79-86.
35. Çınar, E. (2012). Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakıcı yükünün değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
36. Ören, N. (2016). Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve tükenmişlik durumları arasındaki ilişki, Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
37. Erkuran, H. (2015). Alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle başetme durumlarına etkisi, Yüksek lisans tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
38. Akpınar, B. (2009). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

39. Yacı, Ö. (2011). Çeşitli evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması, Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
40. İnternet: Özcan, M., Kapucu, S. Demanslı hastalara bakım veren yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. URL: http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-167-172.htm. Son Erişim Tarihi: 12.04.2016
41. Özgen, G. (2000). Yaşlı olgularda bakım sorunları ve bakım verenlerin durumu. *Demans dizisi*, 2, 77- 80.
42. Kuo, L.M., Huang, H.L., Hsu, W.C., Shyu, Y.I.L. (2014). Health-related quality of life and self-efficacy of managing behavior problems for family caregivers of vascular dementia and Alzheimer's disease patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 38(5-6), 310-320.
43. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. URL: <http://www.tuik.gov.tr> Son Erişim Tarihi: 31.03.2018
44. Cankurtaran, M., Yavuz, B.B., Halil, M., Dagli, N., Cankurtaran, E.S., Ariogul, S. (2005). Are serum lipid and lipoprotein levels related to dementia? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 31-39.
45. Amerikan Psikiyatri Birliği, (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı (DSM-IV). (Çev. Ed.: E.Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
46. Sadock, K. (1999). *Klinik Psikiyatri, El Kitabı* (2nd ed). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
47. American Psychiatric Association (APA), (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition*, Text Revision, DSM-IV-TR, Washington.
48. Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M.M.B., Copeland, J.R.M., Dartigues, J.F., Jagger, C., Martinez- Lage, J. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54(5), 4-9.
49. Gurvit, H., Emre, M., Tinaz, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., Sahin, H., Gurol, E., Kvaloy, J.T., Harmanci, H. (2008). The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Amerikan Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23(1), 67-76.
50. Brookmeyer, R., Johnson, E., Ziegler-Graham, K., Arrighi, H.M. (2007). Foracasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 3(3), 186-191.
51. Tulunay, F.C. (2016). Türkiye'de Alzheimer hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçların ve yan etkilerinin maliyetleri ve farmakoekonomik analizi. *Farmakoekonomik Analiz Raporu*.

52. Eroymak, S., Yiğit, V. (2017). Alzheimer hastalığının maliyet analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(29), 167-196.
53. Reitz, C., Den Heijer, T., Van Duijn, C., Hofman, A., Breteler, M.M.B. (2007). Relation between smoking and risk of dementia and Alzheimer disease: the Rotterdam Study. *Neurology*, 69(10), 998-1005.
54. Nielsen, A.B.S., Siersma, V., Waldemar, G., Waldorff, F.B. (2016). Poor self-rated health did not increase risk of permanent nursing placement or mortality in people with mild Alzheimer's disease. *BMC Geriatrics*, 16(87), 1-8.
55. Van Duijn, C.M., Clayton, D.G., Chandra, V., Fratiglioni, L., Graves, A.B., Heyman, A., Jorm, A.F., Kokmen, E., Kondo, K., Mortimer, J.A. (1994). Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies.. *Genetic Epidemiology* 11(6), 539-551.
56. Huang, W., Qiu, C., Von Strauss, E., Winblad, B., Fratiglioni, L. (2004). APOE genotype, family history of dementia, and Alzheimer disease risk: a 6-year follow-up study. *Archives of Neurology*, 61(12), 1930-1934.
57. Kivipelto, M., Helkala, E.L., Laakso, M.P., Hanninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A. (2001). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *British Medical Journal*, 322(7300), 1447-1451.
58. Launer, L.J., Ross, G.W., Petrovitch, H., Masaki, K., Foley, D., White, L.R., Havlink, R. (2000). Midlife blood pressure and dementia: the Honolulu-Asia aging study. *Neurobiol Aging* 21(1), 49-55.
59. Rusanen, M., Kivipelto, M., Quesenberry, C.P., Zhou, J., Whitmer, R.A. (2011) Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of Internal Medicine*, 171(4), 333-339.
60. Ganguli, M., Du, Y., Dodge, H.H., Ratcliff, G.G., Chang, C.C. (2006). Depressive symptoms and cognitive decline in late life: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry* 63(2), 153-160.
61. Schupf, N., Kapell, D., Lee, J.H., Ottman, R., Mayeux, R., Lee, J.H. (1994). Increased risk of Alzheimer's disease in mothers of adults with Down's syndrome. *The Lancet*, 344(8919), 353-356.
62. Dugu, M., Neugroschl, J., Sewell, M., Marin, D. (2003). Review of dementia. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 70(1), 45-53.
63. Souder, E. and Beck C. (2004). Overview of Alzheimer's disease, *Nursing Clinics of North*, 39(3), 545-559.
64. Lussier, D., Bruneau, M.A., Villalpando, J.M. (2011). Management of end-stage dementia. *Prim Care*, 38(2), 247-264.
65. Ouldred, E. and Bryant, C. (2008). Dementia care. Part 3: end-of-life care for people with advanced dementia. *British Journal of Nursing*, 17(5), 308-314.

66. Tariot, P.N., Solomon, P.R., Morris, J.C., Kershaw, P., Lilienfeld, S., Ding, C., Galantamine USA, S.G. (2000). A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology*, 54(12), 2269-2276.
67. Danysz, W., Parsons, C.G., Mobius, H.J., Stoffler, A., Quack, G. (2000). Neuroprotective and symptomatological action of memantine relevant for Alzheimer's disease-a unified glutamatergic hypothesis on the mechanism of action, *Neurotoxicity Research*, 2(2-3), 85-97.
68. Birks, J., Grimley, Evans, J. (2002). Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4(CD003120).
69. Kurbanoglu, S. (2007). Öz yeterlilik inancı ve bilgi profesyonelleri için önemi. *Bilgi Dünyası*, 5(2), 137-152.
70. Akkoyunlu, B. ve Orhan, F. (2003). Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi (BÖTE) Bölümü Öğrencilerinin Bilgisayar Kullanma Öz Yeterlilik İnancı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki. *Turkish Online Journal of Education*, 3(2), 11.
71. Wang, P.C., Yip, P.K., Chang, Y. (2016). Self-Efficacy and Sleep Quality as Mediators of Perceived Stress and Memory and Behavior Problems in the link to Dementia Caregivers' Depression in Taiwan. *Clinical Gerontologist*, 39(3), 222-239.
72. Akpınar, B. ve Küçükgülü, Ö. (2011). Demanslı bireylerin yaşam kalitesi ölçülebilir mi?, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 141-143.
73. Plummer, M. and Molzahn, A.E. (2009). Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 134-140.
74. Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 5(11), 961-73.
75. İnternet: Türk Dil Kurumu. Genel Türkçe Sözlük. URL: www.tdk.gov.tr. Son Erişim Tarihi: 31.03.2018
76. Thompson, R.L., Lewis, S.L., Murphy, M.R., Hale, J.M., Blackwell, P.H., Acton G.J., Acton, G.J., Clough, D., Partick, G.J, Bonner, P. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's disease?, *Biological Research For Nursing*, 5(4), 319-330.
77. Etters, L., Goodall, D., Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literatur. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 20(8), 423-428.
78. Williams, C. (2011). Marriage and mental health: when a spouse has Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing* 25(3), 220-222.
79. Lidell, E. (2002). Family support--a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(2), 149-152.

80. Moore, M.J., Zhu, C.W., Clipp, E.C. (2001). Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), 219-228.
81. Kuscu, M.K., Dural, U., Onen, P., Yaşa, Y., Yayla, M., Basaran, G., Turhal, S., Bekiroğlu, N. (2009). The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psycho-Oncology*, 18(9), 927-935.
82. Akyar, İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 18(2), 79-88.
83. Küçükgüçlü, Ö. (2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı, *Demans Dergisi*, 3, 86-92.
84. Zarit, S.H., Reeve, K.E., Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20: 649-655.
85. İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 11(4), 85-95.
86. Sherer, M., Maddux, J., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R. (1982). The self efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671
87. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
88. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (SF-36)'nın türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
89. Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M., Çalık, E., Kayalı, D., Yetiş, Ç., Şentürk, E. (2007). İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 145-153.
90. Barthel, M., Mahoney, K. (2003). Agency For Health Care Policy and Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet; *Government Printing Office* Washington Dc., 23-27.
91. Küçükdeveci, A.A., Yavuzer, G., Tennant, A., Suldur, N., Sonel, B., Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2), 87-92.
92. Biçer, A. (2005). Geriatriye kullanılan yaşam kalitesi ve fonksiyonel değerlendirme ölçekleri, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 1(27), 10-15.

93. Semiatin, A.M., O'Connor, M.K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers, *Aging & Mental Health*, 16(6), 683-688.
94. Au, A., Lau, K.M., Sit, E., Cheung, G., Lai, M.K., Wong, S.K.A., Fok, D. (2010). The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: a partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*, 33(4), 298-315.
95. Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(3), 513-552.
96. Andreakou, M.I., Papadopoulos, A.A., Panagiotakos, D.B., Niakas, D. (2016). Assessment of health-related quality of life for caregivers of Alzheimer's disease patients. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-7.
97. Zacharopoulou, G., Zacharopoulou, V. Lazakidou, A. (2015). Quality of life for caregivers of elderly patients with dementia and measurement tools: a review, *International Journal Of Health Research and Innovation*, 3(1), 49-64.
98. Bruvik, F.K., Ulstein, I.D., Ranhoff, A.H., Engedal, K. (2012). The quality of life of people with dementia and their family carers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(1), 7-14.
99. Garzón-Maldonado, F.J., Gutiérrez-Bedmarb, M., García-Casaresc, N., Pérez-Errázquin, F., Gallardo-Tur, A., Torresg M.M.V. (2017). Health-related quality of life in caregivers of patients with Alzheimer disease, *Neurologia*, 32(8), 508-515.
100. Chu, H., Yang, C.Y., Liao, Y.H., Chang, L.I., Chen, C.H., Lin, C.C., Chou, K.R. (2011). The effects of a support group on dementia caregivers' burden and depression. *Journal of Aging and Health*, 23(2), 228-241.
101. Lavretsky, H., Siddarth, P., Irwin, M.R. (2010). Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: a pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 154-164.
102. Martin-Carrasco, M., Martin, M.F., Valero, C.P., Millan, P.R., Garcia, C.I., Montalban, S.R., Vilano, M.B. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 489-499.
103. Goren, A., Montgomery, W., Kahle-Wroblewski, K., Nakamura, T., Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatrics*, 16(1), 122.
104. Vellone, E., Piras, G., Talucci, C., Cohen, MZ. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 222-231.

105. Kamiya, M., Sakura, T., Ogama, N., Maki, Y., Toba, K. (2014). Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease. *Geriatrics Gerontology International*, 14(2), 45-55.
106. Pinto, M.F., Barbosa, D.A., Ferret, C.E.L., Souza, L.F.D., Fram, D.S. (2009). Quality of life and burden of caregivers of elderly with Alzheimer's disease. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), 652-657.
107. Yurtsever, S., Özge, A., Kara, A., Yandım, A., Kalav, S., Yeşil, P. (2013). The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients family caregivers: Cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(9), 1.
108. Mougias, A.A., Politis, A., Mougias, M.A., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D., Mavreas, V.G. (2015). The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Greece Psychiatriki* 26(1), 28-37.
109. Gomez, G.C., Riquelme-Heras, H., Galarza, A.L, Herrera, G.R., Espinosa, M.E., Lazcano, M.F. (2016). Behavioral and psychological symptoms and caregiver burden in mexican Alzheimer's disease patients. *Journal of Geriatrics and Palliative Care*, 4(1), 1-6.
110. Bergvall, N., Brinck, P., Eek, D., Gustavsson, A., Wimo, A., Winblad, B., Jonsson, L. (2011). Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatric*, 23(1), 73-85.
111. Chiao, C.Y., Wu, H.S., Hsiao, C.Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340-350.
112. Shah, A.J., Wadoo, O., Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), a327.
113. McCullagh, N., and Barreto, P.S. (2005). A new two-party identity-based authenticated key agreement. *In Cryptographers' Track at the RSA Conference*, 262-274
114. McPherson, C.J., Wilson, K.G., Chyurlia, L., Leclerc C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(29).
115. Tay, K.C., Seow, C.C., Xiao, C., Lee, H.M., Chiu, H.F., Cihan, S.W. (2016). Structured interviews examining the burden, coping, self-efficacy, and quality of life among family caregivers of persons with dementia in Singapore. *Dementia*, 15(2), 204-220.
116. Serrano-Aguilar, P.G., Lopez-Bastida, J., Yanes-Lopez, V. (2006). Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology* 27(3), 136-142.

117. Zhang, S., Edwards, H., Yates, P., Li, C., Guo, Q. (2014). Self-efficacy partially mediates between social support and health-related quality of life in family caregivers for dementia patients in Shanghai. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37(1), 34-44.
118. Dökmen, Z. (2017). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.
119. Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.
120. Ho, SC., Chan, A., Woo, J., Chong, P., Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences* 64(8), 873-879.
121. Abdollahpour, I., Nedjat, S., Salimi, Y., Noroozian, M., Majdzadeh, R. (2015). Which variable is the strongest adjusted predictor of quality of life in caregivers of patients with dementia? *Psychogeriatrics* 15(1), 51-57.
122. Du, J., Shao, S., Jin, G.H., Qian, C.G., Xu, W., Lu, X.Q. (2017). Factors associated with health-related quality of life among family caregivers of disabled older adults: a cross-sectional study from Beijing. *Medicine*, 96(44).
123. Srivastava, G., Tripathi, R.K., Tiwari, S.C., Singh, B., Tripathi, S.M. (2016). Caregiver burden and quality of life of key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal of Medicine*, 38(2), 133-136.
124. Stuijbergen, A.K., Seraphine, A., Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 49(3), 122-129.

EKLER

EK-1. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Arzu USLU tarafından yürütülen “Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Öz Etkililik Yeterlilik Düzeyleri ile Yaşam Kaliteleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

- **Araştırmanın Amacı**

Alzheimer tipi Demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

- **Araştırmanın İçeriği**

Araştırmada veri toplama formu olarak hasta yakınlarına Bakım Veren Tanıtım Formu, Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği, SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Barthel İndeksi kullanılacaktır. Bakım veren tanıtım formu 35 sorudan, öz etkililik yeterlilik ölçeği 23 sorudan, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği 10 sorudan, bakım verme yükü ölçeği 22 sorudan, barthel indeksi 10 sorudan oluşmaktadır. Anketlerin uygulanma süresi ortalama 25-30 dakika olarak planlanmaktadır.

- **Araştırmanın Nedeni** ☐ Bilimsel Araştırma ☒ Tez Çalışması

- **Araştırmanın Öngörülen Süresi**

Araştırmanın Haziran - Aralık 2016 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.

- **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:**

Araştırmaya 144 gönüllünün katılması beklenmektedir.

- **Araştırmanın Yapılacağı Yerler**

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KATILIMCI BEYANI

Alzheimer tipi Demanslı hastalara bakım verenlerin öz etkililik yeterlilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasındaki ilişki başlıklı araştırmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma Yürütücüsünün Adı ve Soyadı: Doç. Dr. Ülkü POLAT	Tarih ve İmza
Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Telefon: 03122162655	

Katılımcı Adı ve Soyadı	Tarih ve İmza
Adres:	
Telefon:	

EK-2. Bakım verenlerin tanıtıcı bilgiler formu

Bakım Veren Tanıtım Formu;

- 1) Yaşı:
- 2) Cinsiyeti:
☐ Kadın ☐ Erkek
- 3) Eğitim durumu:
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
- 4) Medeni durumu:
☐ Evli ☐ Bekar
- 5) Çocuk varlığı:
☐ Var ☐ Yok
- 6) Aile yapısı:
☐ Çekirdek ☐ Geniş
- 7) Fiziksel bir engeli var mı?
☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır
- 8) Bakmakla yükümlü olduğu başka birey sayısı:
- 9) Sosyal Güvencesi:
☐ Var ☐ Yok
- 10) Çalışıyor mu?
☐ Hayır, çalışmıyor ☐ Evet, çalışıyor ise vardiyalı mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- 11) Aile gelir düzeyi:
☐ Geliri giderinden az ☐ Geliri giderine eşit ☐ Geliri giderinden fazla
- 12) Hastayla yakınlık derecesi:
☐ Kardeşi ☐ Eşi ☐ Çocuğu ☐ Gelini / Damadı ☐ Torunu ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....
- 13) Sürekli kullandığı ilaçlar:
☐ Var (Lütfen belirtiniz) ☐ Yok
- 14) Tanısını aldığı hastalığı var mı?
☐ Var (Lütfen hastalığı belirtiniz) ☐ Yok
- 15) Ev işlerinde yardım alma durumu:
☐ Var ☐ Yok
- 16) Bakım vermekte yardım aldığı konular:
☐ Var (Lütfen belirtiniz) ☐ Yok
- 17) Bakım vermekte yardım aldığı kişiler:
☐ Var (Lütfen belirtiniz) ☐ Yok
- 18) Gün içerisinde dinlenebilme süresi:
☐ Bir saat ☐ Bir – üç saat arası ☐ Üç – beş saat arası ☐ Beş saatten fazla
- 19) Gün içerisinde kendine ayırabildiği süre:
☐ Bir saat ☐ Bir – üç saat arası ☐ Üç – beş saat arası ☐ Beş saatten fazla
- 20) Gün içerisinde ev dışında geçirebildiği süre:
☐ Bir saat ☐ Bir – üç saat arası ☐ Üç – beş saat arası ☐ Beş saatten fazla
- 21) Hastaya günde kaç saat bakıyor?
☐ Bir saat ☐ Bir – üç saat arası ☐ Üç – beş saat arası ☐ Beş saatten fazla
- 22) Bakımda hangi konularda zorluk yaşıyor? Lütfen belirtiniz
.....
- 23) Hastanın hastalık evresi:
- 24) Hastanın yaşı:
- 25) Hastanın cinsiyeti:
☐ Kadın ☐ Erkek
- 26) Hastanın eğitim durumu:
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
- 27) Hastanın medeni durumu:
☐ Evli ☐ Bekar
- 28) Hastanın çocuk sayısı:
☐ Var ☐ Yok
- 29) Hastanın aile yapısı:
☐ Çekirdek ☐ Geniş
- 30) Hastanın fiziksel bir engeli var mı?
☐ Evet (Lütfen belirtiniz)..... ☐ Hayır
- 31) Hastanın sosyal güvencesi:
☐ Var ☐ Yok
- 32) Hasta çalışıyor mu?
☐ Hayır, çalışmıyor ☐ Evet, çalışıyor ise vardiyalı mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- 33) Hastanın gelir düzeyi:
☐ Geliri giderinden az ☐ Geliri giderine eşit ☐ Geliri giderinden fazla
- 34) Hastanın Alzheimer ilaçları dışında sürekli kullandığı ilaçlar:
☐ Var (Lütfen belirtiniz) ☐ Yok
- 35) Hastanın Alzheimer dışında tanısını aldığı hastalığı var mı?
☐ Var (Lütfen hastalığı belirtiniz) ☐ Yok

EK-3. Bakım verme yükü ölçeği

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Yakınıyla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Yakınına neden ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Yakınına hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Yakınına için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Yakınına için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

EK-4. Öz etkililik yeterlilik ölçeği

ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

	1. Beni hiç tanımlamıyor	2. Beni biraz tanımlıyor	3 Kararsızım	4. Beni iyi tanımlıyor	5. Beni çok iyi tanımlıyor
1. Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2. Yapmam gereken bir işe <u>girişememe</u> gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem	1	2	3	4	5
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16. Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

EK-4 (devam). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

SF-36 (Short Form 36)

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 11 inci sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

☐ Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

2. Bir yıl önceyle karşılaştığınızda, şu an sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Bir yıl öncesinden çok daha iyi ☐ Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi ☐ Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
☐ Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü ☐ Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler katılma vb	☐	☐	☐
b) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐	☐	☐
c) Günlük alış-verişte alınanları kaldırma ve taşıma	☐	☐	☐
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkma	☐	☐	☐
e) Merdivenle bir kat çıkma	☐	☐	☐
f) Eğilme veya diz çökme	☐	☐	☐
g) Bir-iki kilometre yürütme	☐	☐	☐
h) Birkaç sokak öteye yürütme	☐	☐	☐
i) Bir sokak öteye yürütme	☐	☐	☐
j) Kendi başına banyo yapma ve giyinme	☐	☐	☐

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız nedeniyle işinizde veya diğer günlük işlerde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	☐	☐
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	☐	☐
c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	☐	☐
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	☐	☐

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	☐	☐
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	☐	☐
c) İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyorsunuz mu?	☐	☐

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

☐ Hiç etkilemedi ☐ Biraz etkiledi ☐ Orta derecede etkiledi ☐ Oldukça etkiledi ☐ Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

☐ Hiç ☐ Çok hafif ☐ Hafif ☐ Orta derecede ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işlerinizi (ev veya ev dışı işlerinizi) ne kadar etkiledi?

☐ Hiç etkilemedi ☐ Biraz etkiledi ☐ Orta derecede etkiledi ☐ Oldukça etkiledi ☐ Aşırı etkiledi

EK-4(devam). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

9. Aşağıdaki sorunlar 4 hafta boyunca sizin neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı karşılayan en iyi cevabı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç bir zaman
a) Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaşlarınızı veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

☐ Her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Oldukça ☐ Bazen ☐ Nadiren

11. Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için doğru olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Çoğunlukla Bilmiyorum	Yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	☐	☐	☐	☐	☐
b) Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	☐	☐	☐	☐	☐
c) Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d) Sağlığım mükemmel	☐	☐	☐	☐	☐

Yorum:

EK-6. Barthel indeksi ölçeği

BARTHEL İNDEKS ÖLÇEĞİ

Skor

1. Beslenme (10) 10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır. 5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde 0 puan: Yapamaz	
2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15) 15 puan: Tam bağımsız. 10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır. 5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir. 0 puan: Tamamen yatağa bağımlı	
3. Kendine bakım (5) 5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir. 0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	
4. Tuvalet Kullanımı(10) 10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma). 5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir. 0 puan: Bağımlı	
5. Yıkama(5) 5 puan: Bağımsızdır 0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır	
6. Düzgün yüzeyde yürüme(15) 15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston , koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir. 10 puan: Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüyebilir.	
6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5) 5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayıca bu bölümden puan verilmez. 0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.	
7. Merdiven inip çıkma(10) 10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...) 5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. 0 puan:Yapamaz	
8. Giyinip soyunma(10) 10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.puanlamaya dahil edilmez 5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez 0 puan: Tam bağımlıdır	
9. Barsak bakımı (10) 10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular) 5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar. 0 puan: İnkontinans	
10. Mesane bakımı(10) 10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir. 5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır. 0 puan:İnkontinans veya kataterli ve kontrol edemez.	

EK-7. Gazi Üniversitesi etik komisyon izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/05/2016-E.65126



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Doç. Dr. Ülkü POLAT
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı - Öğretim Üyesi

İlgi : 23/05/2016 tarihli ve 77082166-604.01.02- 63561 sayılı yazı,

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu USLU'nun tez çalışması olan "*Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerinin Öz Etkillilik Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine ve Bakım Yüklerine Etkisi*" başlıklı araştırma öneriniz Komisyonumuzun 27.04.2016 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülerek uygun görülmüş olup, ilgi yazımız ile de çalışmanın yapılacağı hastanelerden hasta yakınlarına ulaşmak için iletişim bilgilerinin alınması ile ilgili kabulü içeren izin alınması koşuluyla olarak sehven yazılması nedeniyle,

Çalışmanızın yapılması planlanan T.C.Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanelerinden izin alınması koşuluyla, Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

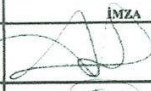
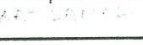
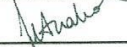
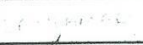
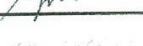
EK :
1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 69 58 Faks:0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7(Devam). Gazi Üniversitesi etik komisyon izni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 27.04.2016	TOPLANTI SAYISI : 05
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)	
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)	
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN	
Prof.Dr.Oğün DOĞRU	
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL	
Prof.Dr.Adnan KAN	
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR	
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL	
Doç.Dr.Cumhur TUNCER	
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA	
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK	
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ	
Doç.Dr.Ayşe Bikem HACIÖMEROĞLU	

EK-8.Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi izin belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/06/2016-E.70375



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 17311665-044-
Konu : Tez Çalışması / Arzu USLU

ENSTİTÜLERE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürüğü)

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin Arzu USLU hakkındaki ilgi yazısı konusu nedeniyle ekte gönderilmektedir. Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Servet KARABAĞ
Rektör Yardımcısı

EK :
İlgi yazı 1 (takım)

Gazi Üniversitesi Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı Rektörlük Kampüsü 06500 Beşevler
/ ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta :ogris@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.ogris.gazi.edu.tr

Bilgi için :Çiğdem Kaya
Memur

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8(devam). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi izin belgesi

ve Sayısı: 06/06/2016-E.26958



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3. BÖLGE KHBBS
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
31.05.2016 16:20 - TB307406 - 605.01 - E.2127



6024337316

Sayı : 78307406/605.01

Konu : Tez Çalışması / Arzu USLU

DAĞITIM YERLERİNE

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu USLU'nun Öğretim Görevlisi Doç Dr. Ülkü POLAT danışmanlığında yürüttüğü "Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine ve Bakım Yüklerine Etkisi" konulu tez çalışmasını sağlık tesisinizde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi, üniversitenin 21/04/2016 tarihli ve 14469 sayılı yazısı ile talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Arzu USLU tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam- kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizce de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK:Yazı ve Ekler (28 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bilgi:

Gazi Üniversitesi Rektörlüğü

Ankara İli 3. Bölge Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Demirlibahçe Mah. Mamak
Cad. No:11
Faks No:

e-Posta: ilhan.buyukecebeci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Mamak ANKARA İlhan
BÜYÜKCEBECİ İletişim: 03122019140 ilhan.buyukecebeci@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bd659973-7abd-4e64-98fd-3c8594f8425 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İLHAN BÜYÜKCEBECİ

Unvan: SAĞLIK MEMURU

Telefon No: 0312 201 91 40

EK-8(devam). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi izin belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/06/2016-E.30543



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 28295788/799
Konu : Tez Çalışması / Arzu USLU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

- İlgi : a) 21/04/2016 tarihli ve 14469 sayılı yazı
b) 31/05/2016 tarihli ve 78307406-605.01-7127 sayılı Genel sekreterlik yazısı;

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu USLU'nun Öğretim Görevlisi Doç Dr. Ülkü POLAT danışmanlığında yürüttüğü "Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine ve Bakım Yüklerine Etkisi" konulu tez çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesi; anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilân edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam- kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin üniversiteniz tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisimizde Nöroloji Kliniğinde yapması Yöneticiliğimiz tarafından uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ayşegül ERCİYAS
Hastane Yöneticisi a.
Sağ. Bak. Hiz. Müd.

Belgeğin Aslı Elektronik imzalıdır.
21.06.2016
Ankara Atatürk E. A. H.
Evrak Birimi
Ayşe GÜZEL

Bilkent Yolu 3. Km. Çankaya / ANKARA

Faks No:

e-Posta: gulperi.varol@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Eğitim Hemşireliği Birimi Eğitim
Hemşiresi Gülperi VAROL Telefon: 0 312 291 25 25/ 3657

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b5009849-4b20-4d2a-a1d9-b63cd6d364c3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Gülperi VAROL

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 2912525-3657

EK-9. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-020/1672 / 11768
Konu: Tez Uygulama İzin Yazısı (Arzu USLU)

06/06/2016

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 21.04.2016 tarih ve E.14470 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından hazırlanan cevap yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. NECLA ÖZER
Erişkin Hastanesi Başhekimisi

EKLER :
1 sayfa yazı,



EK-9(devam). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/1426
Konu: Tez Uygulama İzin Yazısı
(Arzu USLU) hk.

06/06/2016

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 21.04.2016 tarihli ve E.14470 sayılı yazısı.

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu USLU' nun Doç. Dr. Ülkü POLAT' ın danışmanlığında yapmayı planladığı "Alzheimer Tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Yaşam Kalitelerine ve Bakım Yüklerine Etkisi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Geriatri, Nöroloji ve Psikiyatri polikliniklerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

SEVİN ŞİMŞEK
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürü



EK-9(devam). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu
Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-773/2002 / 14169
Konu: Tez Uygulama İzin Yazısı
(Arzu USLU)

11/07/2016

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi : a-21.04.2016 tarih ve E.14470 sayılı yazınız.
b-06.06.2016 tarih ve 11768 sayılı yazımız.

İlgi (b) yazımıza ek olarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığından alınan yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize sagırlarla rica ederim.

Prof.Dr. NECLA ÖZER
Erişkin Hastanesi Başhekimisi

EKLER :
1 sayfa yazı



EK-9(devam). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu
Başkanlığı Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü izin belgesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı: 44831537-010/264
Konu: Tez Uygulama Hem. Arzu Uslu

24/06/2016

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne,

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu Uslu'nun Doç.Dr. Ülkü Polat'ın danışmanlığında yapmayı planladığı 'Alzheimer tipi Demanslı Hastalara Bakım Verenlerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Yaşam kalitelerine ve Bakım Yüklerine Etkisi' konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımız polikliniğinde yapma talebi, poliklinikte bağımsız bir araştırmacı için çalışma yürütebilecek şartların bulunmaması ve benzer konuda çalışmaların halen yürütülüyor olması nedeniyle hasta ve hasta yakınlarına getirmesi olası yük gözönünde bulundurularak, Akademik Kurul'da uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,


Prof.Dr. A. ELİF ANIL YAĞCIOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı



Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu
Başkanlık İmzası



EK-10. Öz etkililik yeterlilik ölçeğın izni

Gmail - Öz - Etkililik - Yeterlik Ölçeğı

Page 1 of 1



arzu uslu <arzu.uslu86@gmail.com>

Öz - Etkililik - Yeterlik Ölçeğı

2 ileti

arzu uslu <arzu.uslu86@gmail.com>
 Alıcı: sgozum@akdeniz.edu.tr

30 Mart 2016 15:16

Merhaba Hocam,

Yapmayı planladığım yüksek lisans tezım için geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız " Öz- Etkililik- Yeterlik Ölçeğı" ni kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla...

Gazi Üniversitesi
 Sağlık Bilimleri Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği
 Yüksek Lisans Öğrencisi
 Arzu USLU

Sebahat GOZUM <sgozum@akdeniz.edu.tr>
 Alıcı: arzu uslu <arzu.uslu86@gmail.com>

31 Mart 2016 00:09

Arzu hanım ölçeğı kullanma iznine sahipsiniz. İyi çalışmalar

Kimden: arzu uslu [arzu.uslu86@gmail.com]
 Gönderildi: 30 Mart 2016 Çarşamba 15:16
 Kime: Sebahat GOZUM
 Konu: Öz - Etkililik - Yeterlik Ölçeğı
 [Alıntılanan metin gizlendi]

EK-11. Bakım verme yükü ölçeğın izni



EK-12. Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=145)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
Hastalık evresi								
Başlangıç	37,78±18,01	74,44±38,25	71,11±17,26	38,04±7,61	36,85±7,32	83,06±20,15	62,96±40,96	33,63±6,99
Orta	30,97±18,05	42,01±43,97	68,06±17,99	37,06±6,78	41,72±7,52	68,06±28,53	36,57±42,3	37,69±7,94
İleri	26,07±16,52	18,75±35,11	50,97±21,05	36,86±5,9	41,82±7,56	44,2±26,68	19,05±35,63	38,93±6,67
H	9,213	26,788	20,138	0,742	14,923	31,626	19,395	13,337
P	0,010**	0,001**	0,001**	0,690	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Yaş								
65 ve altı	33,89±15,37	33,33±50	60,61±20,83	37,33±4,47	42,13±5,68	69,44±15,45	25,93±36,43	38,89±5,77
65 üzeri	32,02±18,34	48,53±44,8	66,04±19,65	37,32±7,01	40,1±7,87	68,01±29,69	42,4±43,79	36,2±7,77
z	-0,084	-1,101	-0,959	-0,046	-1,011	-0,453	-1,02	-0,815
p	0,933	0,271	0,337	0,963	0,312	0,65	0,308	0,415
Cinsiyet								
Kadın	32,56±18,09	48,21±44,38	65,48±20,15	37,67±6,81	39,68±7,04	69,49±27,94	41,67±42,94	35,71±7,54
Erkek	31,56±18,32	46,72±46,43	66,02±19,21	36,85±6,97	40,98±8,65	66,19±30,48	40,98±44,47	37,98±7,71
z	-0,574	-0,301	-0,066	-0,808	-1,074	-0,394	-0,148	-1,802
p	0,566	0,763	0,947	0,419	0,283	0,693	0,883	0,072
Eğitim durumu								
İlkokul	31,11±18,11	44,47±44,91	64,76±19,97	37,66±7,05	39,68±7,78	67,15±29,61	38,35±42,54	36,46±7,78
Ortaokul	33,5±22,49	47,5±44,8	64,55±19,85	36±7,3	43,75±5,97	70±26,48	36,67±48,3	38±8,49
Lise	37,78±16,98	55,56±48,05	68,69±23,23	34,22±5,7	44,44±7,79	59,72±30,48	48,15±47,47	39,63±6,33
Üniversite	36,15±16,09	69,23±43,49	72,73±14,37	37,54±5,55	39,42±7,91	80,77±22,6	66,67±40,83	35,39±7,01
H	2,124	3,566	2,158	2,664	6,24	3,524	5,685	2,101
P	0,547	0,312	0,54	0,446	0,1	0,318	0,128	0,552
Medeni durum								
Evli	31,19±18,62	48,81±45,74	66,02±18,99	36,62±6,98	40,87±8,24	70,68±27,06	42,86±43,47	37,38±7,95
Bekar	33,44±17,5	45,9±44,53	65,28±20,77	38,3±6,63	39,34±6,99	64,55±31,31	39,34±43,68	35,68±7,21
z	-0,776	-0,346	-0,019	-1,681	-1,145	-0,998	-0,582	-1,547
p	0,438	0,729	0,985	0,093	0,252	0,318	0,56	0,122
Alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullanma durumu								
Var	32,06±18,06	47,22±45,63	65,73±19,69	37,4±7,05	40,58±7,77	68,55±29,82	41,53±43,75	37,14±7,32
Yok	32,63±19,1	50±42,49	65,55±20,23	36,84±5,59	37,94±7,47	65,13±23,04	40,35±42,43	33,51±9,26
z	-0,344	-0,247	-0,009	-0,581	-1,336	-1,029	-0,006	-1,769
p	0,731	0,805	0,993	0,562	0,182	0,304	0,995	0,077
Alzheimer dışında hastalık tanısı								
Var	31,82±18,2	45,87±45,34	65,37±19,89	37,26±7,08	40,56±7,75	68,18±29,62	40,5±43,51	37,11±7,55
Yok	33,75±18,07	56,25±43,77	67,43±18,94	37,67±5,77	38,54±7,7	67,71±26,04	45,83±43,75	34,44±8,03
z	-0,614	-0,998	-0,432	-0,084	-1,04	-0,34	-0,662	-1,641
p	0,539	0,318	0,666	0,933	0,298	0,734	0,508	0,101

EK-12(devam). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=145) (devam)

Barthel İndeksine Göre Bağımlılık Düzeyi								
Tam bağımlı	24,75±16,97	16,25±36,52	54,55±22,46	37,6±5,41	43,54±6,69	50,62±26,12	13,33±31,34	39,67±7,33
İleri derecede bağımlı	30,12±17,34	33,93±38,58	61,91±20,4	37,62±6,06	40,287,4	54,76±29,47	29,36±36,96	36,98±7,36
Orta derecede bağımlı	32,4±19,06	53,85±46,01	70,46±16,78	36,62±7,65	40,54±8,85	75,48±26,43	47,44±44,94	37,05±7,49
Hafif derecede bağımlı	39,23±14,56	67,31±42,55	69,93±13,58	36,62±7,65	38,78±5,48	82,69±20,12	51,28±44,34	35,9±7,22
Tam bağımsız	39,17±18,25	81,94±35,15	70,2±2133	40,44±6,84	38,78±5,48	86,81±19,4	75,93±37,58	32,04±826
H	9,309	26,558	13,363	5,65	8,83	34,314	22,579	10,366
P	0,054	0,001**	0,01**	0,227	0,065	0,001**	0,001**	0,035**

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlılık düzeyidir.

** Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlılık düzeyidir. Anlamli çıkanlarda Post-Hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır.

Hastalarının hastalık evresine göre bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon (H=9,213), fiziksel rol güçlüğü (H=26,788), ağrı (H=20,138), canlılık (H=14,923), sosyal fonksiyon (H=31,626), emosyonel rol güçlüğü (H=19,395) ve mental sağlık (H=13,337) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastası ileri evrede olan bakım verenlerin, başlangıç evresinde olanlara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük; canlılık, mental sağlık puan ortalamaları ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullanma durumu ve başka hastalık tanısı olma durumuna göre bakım verenlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

EK-12(devam). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Hastalarının barthel indeksi bağımlılık düzeyine göre bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü (H=26,558), ağrı (H=13,363), sosyal fonksiyon (H=34,314), emosyonel rol güçlüğü (H=22,579) ve mental sağlık (H=10,366) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hastası tam ve ileri derecede bağımlı olan bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları, hastası orta, hafif derecede bağımlı ve tam bağımsız olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Hastası tam, ileri ve orta derecede bağımlı olan bakım verenlerin mental sağlık puan ortalaması, hastası hafif derecede bağımlı ve tam bağımsız olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

EK-13. Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145)

Değişkenler	Bakım Verme Yükü Ölçeği	Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği				Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı
		Davranışa başlama	Davranışı sürdürme	Davranışı tamamlama	Engellerle mücadele	
Hastalık evresi						
Başlangıç	29,78±18,92	35,47±4,28	29,67±5,11	20±4,36	9,11±3,11	94,24±15,12
Orta	47,63±18,25	32,26±5,37	27,19±5,27	18,78±3,69	7,99±2,1	86,22±13,48
İleri	60,39±15,04	30,25±4,73	25,96±4,7	17,89±4,16	7,43±2,06	81,54±11,34
H	39,826	20,55	11,633	5,017	4,987	14,781
P	0,001**	0,001**	0,003**	0,081	0,083	0,001**
Yaş						
65 ve altı	46,56±18,2	31,78±5,26	26,78±3,53	17,78±3,31	7±1,12	88,33±9,87
65 üzeri	44,42±21,14	32,94±5,27	27,79±5,37	19,07±4,08	8,31±2,56	88,1±14,56
z	-0,365	-0,756	-0,839	-0,995	-1,679	-1,131
p	0,715	0,450	0,402	0,320	0,093	0,258
Cinsiyet						
Kadın	45,67±19,,79	33,25±5,2	28,2±5,11	19,24±3,9	8,46±2,27	89,15±13,67
Erkek	43,02±22,47	32,34±5,34	27,07±5,46	18,64±4,23	7,9±2,81	85,95±15,12
z	-0,793	-1,118	-1,177	-0,77	-1,59	-1,304
p	0,428	0,264	0,239	0,441	0,112	0,192
Eğitim durumu						
İlkokul	45,45±20,41	32,55±5,41	27,42±5,35	18,69±4,02	8,17±2,51	86,82±14,46
Ortaokul	48,9±22,53	34,9±3,63	27,5±5,36	18,2±4,39	7,7±2,21	88,3±13,74
Lise	44,33±20,54	34,22±3,8	30,78±2,99	22,11±2,93	8,56±2,79	95,67±9,31
Üniversite	33,54±23,38	33,15±5,79	28,46±5,44	20±3,89	8,92±2,72	90,54±15,86
H	4,437	2,124	3,511	6,649	2,19	3,896
P	0,218	0,547	0,319	0,084	0,534	0,273
Medeni durum						
Evli	42,55±20,85	32,45±5,12	27,04±5,52	18,38±4,19	7,95±2,73	85,82±14,85
Bekar	47,31±20,88	33,44±5,43	28,67±4,79	19,82±3,71	8,61±2,15	90,54±13,22
z	-1,49	-1,287	-1,698	-2,06	-2,027	-1,893
p	0,136	0,198	0,090	0,039*	0,043*	0,058

EK-13(devam). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik yeterlilik ölçeği puan ortalamaları (n=145) (devam)

Alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullanma durumu						
Var	44,43±20,92	32,95±5,29	27,67±5,29	19,13±3,9	8,25±2,57	88,01±14,12
Yok	45,37±21,48	32,32±5,15	28,05±5,29	18,05±4,88	8,05±2,17	86,47±16,03
z	-0,302	-0,708	-0,294	-0,579	-0,204	-0,249
p	0,763	0,479	0,769	0,562	0,838	0,803
Alzheimer dışında hastalık tanısı						
Var	45,29±20,39	32,85±5,19	27,56±5,27	19,02±3,79	8,12±2,53	87,56±13,78
Yok	40,83±23,54	32,96±5,7	28,54±5,3	18,79±5,23	8,75±2,45	89,04±17,13
z	-0,686	-0,08	-0,838	-0,312	-1,272	-0,636
p	0,492	0,936	0,402	0,755	0,203	0,525
Barthel indeksine göre bağımlılık düzeyi						
Tam bağımlı	61±18,47	31±5,08	26,2±4,87	18,35±4,48	6,85±2,06	82,4±13,55
İleri derecede bağımlı	53,36±15,53	31,93±5,29	27,12±5,41	18,45±3,62	8±2,11	85,5±12,8
Orta derecede bağımlı	40,38±19,09	32,85±5,38	27,5±5,21	18,87±3,88	8,33±2,16	87,54±13,92
Hafif derecede bağımlı	35,23±17,6	33,46±4,48	27,77±5,48	18,85±5,15	7,85±2,67	87,92±16,34
Tam bağımsız	24,5±19,44	36,78±3,73	31,44±4,12	21,39±3,62	10,28±3,49	99,89±12,96
H	42,255	15,742	12,885	7,676	11,659	15,426
P	0,001**	0,003**	0,012**	0,104	0,020**	0,004**

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlılık düzeyidir.

** Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlılık düzeyidir. Anlamlı çıkanlarda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin hastalarının hastalık evresine göre; bakım verme yükü ölçeği ($H=39,826$), öz etkililik yeterlilik toplam puan ortalamaları ($H=14,781$) ve alt boyutlarından davranışa başlama ($H=20,55$), davranışı sürdürme ($H=11,633$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hastasının hastalığı ileri evrede olan bakım verenlerin, bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması başlangıç ve orta evresinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek; öz etkililik yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranışa başlama, davranışı sürdürme ve öz etkililik yeterlilik toplam puan ortalamaları ise anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

EK-13(devam). Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin hastasının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, alzheimer ilaçları dışında sürekli ilaç kullanma ve tanı alınan hastalığın olma durumuna göre bakım verme yükü ölçeği ve öz etkililik yeterlilik ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin hastasının medeni durumuna göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin hastaların medeni durumlarına göre, öz etkililik yeterlilik ölçeği alt boyutlarından davranışı tamamlama ($z=-2,06$) ve engellerle mücadele ($z=-2,027$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli hastası olan bakım verenlerin davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puan ortalamaları, bekar hastası olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bakım verenlerin hastalarının barthel indeksi bağımlılık düzeylerine göre; bakım verme yükü ölçeği ($H=42,255$), öz etkililik yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamaları ($H=15,426$) ve alt boyutlarından davranışa başlama ($H=15,742$), davranışı sürdürme ($H=12,885$), engellerle mücadele ($H=11,659$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hastası orta, hafif derecede bağımlı ve tam bağımsız olan bakım verenlerin, bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması tam ve ileri derecede bağımlı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Hastası orta, hafif derecede bağımlı ve tam bağımsız olan bakım verenlerin; öz etkililik yeterlilik ölçeği toplam puan ve davranışa başlama, davranışı sürdürme puan ortalamaları, tam ve ileri derecede bağımlı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca hastası tam bağımsız olanların mücadele puan ortalaması ise tam bağımlı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

ÖZGEÇMİŞ



Soyadı, Adı : USLU Arzu
Uyruğu : T.C.
Doğum yeri, tarihi : Kırklareli 27/07/1986
Medeni durumu : Evli
GSM : 05077377705
E-Posta : arzu.uslu86@gmail.com

Eğitimi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği	(2014 – Devam Ediyor)
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu	2011

İş Deneyimi

İstanbul T.C. S.B. Çekmece Bölgesi KHB. SBÜ. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Çocuk Endokrinoloji-Metabolizma, Gastroentoloji ve Kardiyoloji Servisi (Hemşire) (23.11.2017 – devam ediyor)

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

Yabancı Dili

İngilizce

2010 Ankara Üniversitesi Tömer (Avrupa Dil Portfolyosu B2)

İlgi Alanları

İç Hastalıkları Hemşireliği

Geriatri Hemşireliği

Kongre, Sempozyum :

- Mezuniyet Sonrası Temel Diyabet Eğitimi Kursu, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği ve Diyabet Hemşireler Derneği, Ankara, 20 Mart 2015.
- Temel EKG Kursu, Kalp Damar Cerrahisi Hemşireleri Derneği, Ankara, 8 Mayıs 2015.
- V. Ulusal Sepsis Sempozyumu, Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği, Ankara, 11-12 Eylül 2015.
- Geriatrik Hematoloji Hemşirelik Sempozyumu, Onkoloji Hemşireliği Derneği, 4. Ulusal Geriatrik Hematoloji Kongresi, Ankara, 3 Ekim 2015.
- Onkoloji Hemşireliğinde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar Kursu, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 14 Ekim 2015.
- 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Antalya, 14-18 Ekim 2015.
- Temel EKG Kursu, Türkiye İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Turgut Özal Üniversitesi, Ankara, 19 Şubat 2016.
- Klinik Nutrisyon Öğrenci Kongresi, Kepan Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Derneği, Gazi Üniversitesi / Ankara, 18-19 Mart 2016.
- 5. International Programme in Gerontology and Geriatrics, The International Institute on Ageing, United Nations-Malta (INIA), Turkish Geriatrics Society (TGS), HU Application and Research Center of Geriatric Sciences- GEBAM, Ankara, 25-29 April 2016.

Yayınlanan Makaleler :

- Uslu A., Görgülü Polat Ü. (2016). Alzheimer Hastalarının Bakım Verenlerinin Yaşam Kalitesi ve Sorunları. 15th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress, Adana. Sayfa: 214-215.

Bilimsel Toplantı – Görev:

- İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2018 Yılı Çocuk Endokrin Kliniği Modülü Eğitim Programı, Osteogenezis İmparfekta ve Hemşirelik Yaklaşımları, Şubat 2018, İstanbul.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..