T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEMANSLI BİREYE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM SÜRECİNE YÖNELİK TEPKİSİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ

Ayşegül SÜRGİT

ORCID

0000-0001-7220-2224

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

OCAK 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.Msc-2018970097

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEMANSLI BİREYE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM SÜRECİNE YÖNELİK TEPKİSİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ

Ayşegül SÜRGİT

ORCID ID: 0000-0001-7220-2224

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

ORCID ID: 0000-0002-9643-0325

İZMİR

OCAK 2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "Demanslı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Sürecine Yönelik Bakım Veren Tepkisini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi'' başlıklı tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Ayşegül SÜRGİT

Tarih: 17.01.2022

TEŞEKKÜR

Lisanüstü eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesiyle kişisel ve akademik gelişimime katkıda bulunan, tezimin her aşamasında beni cesaretlendiren, değerli hocam Doç. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ'e,

Tezimin değerlendirilmesinde görüşlerini benden esirgemeyen sayın hocalarım Prof Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ ve Prof. Dr. Görsev YENER'e,

Tez sürecimde güzel enerjisiyle beni daima motive eden ve desteğini esirgemeyen çok değerli hocam Araş. Gör. Bilgehan ÖZKAYA'ya,

Üniversite eğitimim ile başlayıp, yüksek lisans eğitimimde, hayatımın en önemli her anında, ihtiyaç duyduğum her zamanda değerli varlığını hissettiğim meslektaşım ve arkadaşım Canan AYDIN'a,

Hayatım boyunca aldığım her kararda beni koşulsuz destekleyen, varlıkları ile bana güç veren ve her zaman yanımda olan CANIM AİLEME

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI…….

ETİK BEYAN……..

TEŞEKKÜR…….

TABLOLAR DİZİNİ……...i

ŞEKİLLER DİZİNİ……v

KISALTMALAR……...vi

ÖZET……vii

ABSTRACT……ix

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırma Soruları 4
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Demografik Değişiklikler 6
2.2. Demans Tanımı ve Epidemiyolojisi 7
2.3. Alzheimer Hastalığı 8
2.4. Alzheimer Hastalığı Tanısı 8
2.5. Alzheimer Hastalığının Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 8
2.6. Alzheimer Hastalığında Klinik Evre ve Bulgular 9
2.7. Alzheimer Hastalığında Tedavi 9
2.8. Diğer Demans Türleri 10
2.9. Demans ve Bakım Veren 10
2.9. Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri 12
2.10. Bakım Vermenin Olumlu Etkileri 15
2.11. Bakım Verenler ve Hemşireler 16
3. GEREÇ ve YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Tipi 18

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 18
3.3. Araştırmanın Örneklemi 18
3.4. Çalışma Materyali 19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 19
3.5.1. Bağımlı Değişken 19
3.5.2. Bağımsız Değişken 19
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri 19
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 1) 19
3.6.2. Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği (Ek 2) 20
3.6.3. Nöropsikiyatrik Envanter (NPI) (Ek 3) 21
3.6.4. Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (Ek 4) 22
3.6.5. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) (Ek 5) 22
3.6.6. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi (EGYA) (Ek 6) 22
3.6.7. Charlson Komorbidite İndeks (Ek 7) 23
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi 23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 24
3.10. Etik Kurul Onayı 24
4. BULGULAR 25
4.1. Bakım Verenlerin Demografik ve Klinik Özellikleri 25
4.2. Demanslı Bireylerin Demografik ve Klinik Özellikleri 26
4.3. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenlerin Sonuçları 28
4.3.1. Bakım Veren Özelliklerine Göre Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 31
4.3.2. Bakım Veren Özelliklerine Göre Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 32
4.3.3. Bakım Veren Özelliklerine Göre Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutunu Etkileyen Etmenler 34
4.3.4. Bakım Veren Özelliklerine Göre Planların Bozulması Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 37
4.3.5. Bakım Veren Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 40

4.4. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları ve Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenler 40
4.4.1. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 42
4.4.2. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 45
4.4.3. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Planların Bozulması Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 47
4.4.4. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler 49
4.5. Ekonomik Güçlükler Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları 50
4.6. Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları 51
4.7. Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları 52
4.8. Planların Bozulması Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları 53
5. TARTIŞMA 55
5.1. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenlerin Etkisi 55
5.1.1. Ekonomik Güçlükler 55
5.1.2. Aile Desteğinin Olmaması 56
5.1.3. Sağlık Üzerine Etkisi 57
5.1.4. Planların Bozulması 59
5.1.5. Benlik Saygısı 62
5.2. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenlerin Etkisi 63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 64
7. KAYNAKLAR 65
8. EKLER 77
Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu 77
Ek 2. Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği 78
EK 3. Nöropsikiyatrik Envanter 80
Ek 4. Eğitimli ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test .. 81

Ek 5. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği 95
Ek 6. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi 96
Ek 7. Charlson Komorbidite İndeks 97
Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 99
Ek 9. Etik Kurul Onayı 101
Ek 10. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni 103
Ek 11. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı İzni 104
Ek 12. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı İzni 105
Ek 13. Alzheimer Derneği İzmir Şubesi İzni 106
Ek 14. Özgeçmiş 108

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bakım Verenlerin Demografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı 25
Tablo 2. Demanslı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı 27
Tablo 3. Demanslı Bireylerin Charlson Komorbite İndeksleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanları 27
Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Veren Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı 28
Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 29
Tablo 6. Bakım Verenlerin Yaş, Bakım Verme Süreleri ve Charlson Komorbite İndeksi ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki 31
Tablo 7. Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 32
Tablo 8. Bakım Verenlerin Gelir Durumlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 32
Tablo 9. Bakım Verenlerin Yaşlarının Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 33
Tablo 10. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 33
Tablo 11. Bakıma Yardımcı Olan Birinin Olmasının Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 34
Tablo 12. Bakım Verenin Charlson Komorbite İndekslerinin Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 34
Tablo 13. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerinin Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 35
Tablo 14. Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 35
Tablo 15. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 36

Tablo 16. Bakım Verenlerin Gelir Durumlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 36
Tablo 17. Bakım Verenlerin Yakınlık Derecelerinin Sağlık Üzerine Alt Boyutu Etkisi Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 37
Tablo 18. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 37
Tablo 19. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 38
Tablo 20. Bakım Verenlerin Gelir Durumlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 38
Tablo 21. Bakım Verenlerin Yakınlık Derecelerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 39
Tablo 22. Bakım Verenlerin Bakım Verme Sürelerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 39
Tablo 23. Bakım Verenlerin Yaşlarının Benlik Saygısı Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 40
Tablo 24. Demanslı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 40
Tablo 25. Demanslı Bireylerin Yaşları ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki 41
Tablo 26. Demanslı Bireylerin Charlson Komorbite İndeksleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanları ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanlar 42
Tablo 27. Demanslı Bireylerin Demans Evrelerinin Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 43
Tablo 28. Demanslı Bireylerin Mini Mental Test Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 43
Tablo 29. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 44

Tablo 30. Demanslı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 44
Tablo 31. Demanslı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 45
Tablo 32. Demanslı Bireylerin Demans Evrelerinin Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 45
Tablo 33. Demanslı Bireylerin Mini Mental Test Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 46
Tablo 34. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 46
Tablo 35. Demanslı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 46
Tablo 36. Demanslı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 47
Tablo 37. Demanslı Bireylerin Demans Evrelerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 47
Tablo 38. Demanslı Bireylerin Mini Mental Test Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 48
Tablo 39. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 48
Tablo 40. Demanslı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 49

Tablo 41. Demanslı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 49
Tablo 42. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Benlik Saygısı Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi 50
Tablo 43. Demans Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Benlik Saygısı Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 50
Tablo 44. Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 51
Tablo 45. Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 52
Tablo 46. Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 53
Tablo 47. Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 65 yaş üzeri nüfus oranı, 2015-2020. 6
Şekil 2. Amerika'da 2021 yılına ait 65 yaş üzeri nüfus oranları 7
Şekil 3. Demanslı Bireyler ile Diğer Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerinin Karşılaştırılması 11
Şekil 4. Demanslı Bireye Bakım Verenler ile Diğer Bakım Verenlerin Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması 14

KISALTMALAR

AH: Alzheimer Hastalığı

CDR: Klinik Demans Evreleme Ölçeği

CKİ: Charlson Komorbite İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

FTD: Frontotemporal Demans

LCD: Lewy Cisimcikli Demans

MMT: Mini Mental Test

NPI: Nöropsikiyatrik Envanter

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VD: Vasküler Demans

VIF: Varyans Büyüme Faktörü

DEMANSLI BİREYE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM SÜRECİNE YÖNELİK TEPKİSİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Ayşegül Sürgit

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

ÖZET

Bu araştırmada, demanslı bireye bakım verenlerin bakım verme sürecine yönelik tepkileri ve etkileyen etmenler incelenmiştir. Tanımlayıcı, kesitsel ve kestirim tipi araştırma tasarımına uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Örneklemini, bir üniversite hastanesinin nöroloji ve geriatri polikliniğine gelen ve Alzheimer Derneği'ne kayıtlı 113 bakım veren oluşturmuştur. Veriler Sosyodemografik Özellikler Formu, Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği (BTDÖ), Charlson Komorbite İndeksi (CKİ), Mini Mental Test (MMT), Nöropsikiyatik Envanter (NPI), Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, t testi, pearson korelasyon analizi, basit ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin yaş ortalaması 54,95 ± 11,242 ve %77,9'u kadındır. Demanslı bireylerin %64,6'sı Alzheimer tip demans ve %46,9'u orta evrededir. BTDÖ alt boyut puan ortalamaları Ekonomik Güçlükler 2,36 ± 0,856, Aile Desteğinin Olmaması 2,31 ± 0,886, Sağlık Üzerine Etkisi 2,75 ± 0,941, Planların Bozulması 3,33 ± 0,955 ve Benlik Saygısı 4,01 ± 0,595 olarak bulunmuştur. Çoklu doğrusal regresyon analizine göre modellerdeki 7 değişkenin (bakım verenlerin eğitim durumları, gelirleri, demans evresi, MMT, NPI, GYA ve EGYA) Ekonomik Güçlükler puanı üzerindeki varyansın %34'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı ($F=5,326$; $R^2=,343$; $p=,000$), 3 değişkenin (bakım verenlerin yaşı, bakıma

yardımcı birinin olması, CKİ) Aile Desteğinin Olmaması puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı (F=4,378; R^2=,108; p=,006), 10 değişkenin (bakım verenlerin cinsiyeti, eğitimi, çalışma durumu, geliri, yakınlık derecesi; demans evresi, MMT, NPI, GYA ve EGYA) Sağlık Üzerine Etkisi puanı üzerindeki varyansın %35'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı (F=3,473; R^2=,349; p=,000), 10 değişkenin (bakım verenlerin cinsiyeti, çalışma durumu, geliri, yakınlık derecesi, bakım verme süresi; demans evresi, MMT, NPI, GYA ve EGYA) Planların Bozulması puanı üzerindeki varyansın %44'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı bulunmuştur (F=5,558; R^2=,443; p=,000).

Sonuç olarak demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde yaşadıkları olumlu/olumsuz tepkiler ve etkileyen etmenler belirlenmiş olup bu doğrultuda uygun girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: demans, bakım veren, bakım veren tepkisi

Tezin sayfa adedi: 126

Danışman: Doç. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

EXAMINATION OF THE REACTIONS TO THE CARE PROCESS OF FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR PEOPLE WITH DEMANTIA THE FACTORS AFFECTING

Master Thesis

Ayşegül SÜRGİT

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Internal Medicine Nursing Master Program

ABSTRACT

In this study, the reactions of caregivers of people with dementia towards the caregiving process and the factors affecting it were examined. It was carried out in accordance with descriptive, cross-sectional, and predictive research design.

The sample consisted of 113 caregivers registered with the Alzheimer's Association who came to the neurology and geriatrics outpatient clinic of a university hospital. Data were collected using the Sociodemographic Characteristics Form, Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA), Charlson Comorbidity Index (CCI), Mini-Mental State Examination (MMSE), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Activities of Daily Living Scale (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Number, percentage, mean, t-test, Pearson correlation analysis, simple and multiple linear regression analysis were used in the evaluation of the data.

The mean age of caregivers was 54.95 ± 11,242 and 77.9% of them were female. 64.6% of people with dementia have Alzheimer's type dementia and 46.9% are in the middle stage. The mean scores of CRA sub-dimensions were found as Impact on Finances 2.36 ± 0.856, Lack of Family Support 2.31 ± 0.886, Impact on Health 2.75 ± 0.941, Impact on Schedule 3.33 ± 0.955, and Self-Esteem 4.01 ± 0.595. According to multiple linear regression analysis, 7 variables in the models (caregivers' education status, income, dementia stage, SMMT, NPI, ADL, and IADL) explained 34% of the variance on the Impact on Finances score as statistically significant (F=5.326; R^2=.343). ; p=.000), where 3 variables (age of caregivers,

having a care assistant, CCI) explained 11% of the variance on the Lack of Family Support score as statistically significant (F=4.378; R^2=.108; p=.006), 10 variables (gender, education, employment status, income, degree of closeness of caregivers; dementia stage, MMSE, NPI, ADL and IADL) explained 35% of the variance on the Impact on Health score as statistically significant (F=3,473; R^2=.349; p=.000), accounted for 44% of the variance on the Impact on Schedule score of 10 variables (gender of caregivers, employment status, income, degree of closeness, length of care; dementia stage, MMSE, NPI, ADL, and IADL) statistically significantly explained found (F=5.558; R^2=.443; p=.000).

As a result, the positive/negative reactions and the factors affecting the caregiving process of the family members who care for the people with dementia have been determined, and it is recommended to plan appropriate interventions in this direction.

Keywords: dementia, caregiver, caregiver reaction

The number of pages in the thesis: 126

Advisor: Assoc. Prof. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde nüfusun yaşlanması ön plana çıkan demografik olgulardan birisidir. Bilim ve teknolojideki gelişmelerle birlikte sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması sonucu dünyada yaşam süresi uzamaktadır. Buna bağlı yaşlı nüfus oranının giderek artması toplumlarda yaşlanmaya yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2019 yılındaki 60 yaş ve üzeri nüfusun 1 milyar kişi olduğu ve 2050 yılında 2,1 milyar kişi olacağı belirtilmektedir (1). Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Yaşlı nüfus oranı sıralamasında Türkiye 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfusu 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur ve 2020 yılında toplam nüfus içindeki oranın %9,5'ini oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (2).

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılıkta ortaya çıkan kronik hastalıklarda artış görülmektedir. Bu kronik hastalıkların başında demans yer almaktadır. Demans, bilişsel işlevlerin bozulmasına neden olan, hafızayı, düşünmeyi, davranışı ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini etkileyen kronik, ilerleyici, nörodejeneratif nitelikte bir sendromdur (3). Yaşlı nüfusun artmasıyla toplumda demans olan bireylerin sayısı giderek artmaktadır. DSÖ tarafından dünya çapında 55 milyondan fazla insanın demans hastası olduğu tahmin edilmektedir. Demanslı bireylerin toplam sayısının 2030'da 78 milyona, 2050'de 139 milyona çıkacağı öngörülmektedir (1). Ülkemizde ise Türkiye Alzheimer Derneği tarafından 600 bin demanslı birey olduğu varsayılmaktadır (4). Türkiye'de demans hastalığının görülme sıklığı ile ilgili farklı bölgelerde çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda demans sıklığı İzmir ilinde %12.9, Sivas ilinde %16,8, Erzurum ilinde ise Alzheimer hastalığı sıklığı %6,4 olarak bulunmuştur (5-7).

Demanslı bireylerde bilişsel işlevlerin azalmasına bağlı algılama, konuşma, akıl yürütme ve bellek problemleri görülmektedir. Fonksiyonel bozukluklar olarak yemek yeme, giyinme, banyo, tuvalet gereksinimi gibi öz bakım aktivitelerini yerine

getirememe, yürüme, ulaşım; davranışsal bozukluklar olarak ajitasyon, halüsinasyon, anksiyete, depresif bulgular, uyku ve iştah bozuklukları görülmektedir (8,9). Demansa bağlı bu bilişsel, fonksiyonel ve davranışsal değişiklikler, demanslı bireylerin bağımlılık derecesini arttırmakta, bu doğrultuda bakım veren gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Demanslı bireyler fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını gerçekleştirebilmek için başkalarının yardımına gereksinim duymaktadır. Demanslı bireylerin bakımı genellikle aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Bakım veren aile üyeleri demanslı bireylerin beslenme, giyinme, boşaltım, banyo gibi günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olma, mobilizasyon, ilaç yönetimi, sağlık kontrolleri ve doktor randevuları gibi konularda bakım sunmaktadır (8,9,10). Demanslı bireylerde görülen pek çok semptom bakım sürecinde bakım verenlerin yaşantılarını birçok yönde etkilemekte ve değiştirmektedir (11,12). Demanslı bireylere bakım verenlerle ilgili yapılan birçok çalışmada bakım verme deneyiminin olumlu ve olumsuz sonuçları ortaya konmuştur (13-17).

Literatürde olumsuz sonuçlar olarak bakım verenlerin, bakım verme sürecinde fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. Bu sorunlar diyabet, hipertansiyon, obezite, ağrı, depresyon, anksiyete, uyku problemleri, yaşam kalitesinde bozulma, aile içi ve sosyal ilişkilerde bozulma, aile içi rollerde değişim, bakım sorumluluğu için destek alamama, hastalığı kabullenememe, gelecekte bakamama korkusu, anlaşılmadığını düşünme, tükenmişlik gibi sıralanabilmektedir (10,14,16,18-24).

Literatürde bakımın olumsuz sonuçlarının yanı sıra olumlu etkilerini bildiren çalışmalar da yer almaktadır (13-15). Cheng ve arkadaşları (2016) tarafından Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin pozitif kazanımlarını keşfetmek amacıyla yapılan araştırma sonucunda bakım verenlerin demanslı bireyle daha yakın bir ilişki kurma, bakım verme becerilerinin gelişmesi, zor durumlara rağmen olumlu anlamlar çıkarma ve mizah kullanma, sabır ve hoşgörülerinde artma gibi olumlu deneyimler yaşadığı bildirilmiştir. Bir başka araştırma sonucunda bakım verenlerin bakımı kutsal bir görev olarak gördükleri sonucuna varılmıştır (14). Bunların yanı sıra minnettarlık, memnuniyet, şefkatli ve empatik yaklaşım, benlik saygısında artış,

manevi ve kişisel gelişim gibi olumlu deneyimler yaşandığı da bildirilmektedir (25-27).

Bakım verenlerin bakım sürecine yönelik olumlu ve olumsuz tepkilerini birlikte değerlendiren çalışmalar da bulunmaktadır (28-30). Bu çalışmalarda bakım veren tepkilerini olumlu/olumsuz ölçen ve kapsamlı bir şekilde değerlendiren "Bakım Veren Tepkisi Ölçeği" kullanılabilmektedir. Ölçek bakım verenin durumu ile ilgili ekonomik güçlükler, aile desteğinin olmaması, sağlık üzerine etkisi, planların bozulması, benlik saygısı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (31). Bu ölçeğin kullanıldığı İsveç'te demanslı bireye bakım verenlerin tepkisini değerlendiren bir araştırma sonucunda bakım verenlerin, bakım verme rolünden memnun oldukları ancak bakım verme sürecinde ekonomik durumlarında ve günlük yaşamlarını sürdürmekte zorluk yaşadıkları bildirilmiştir (29). Aynı çalışmada yaş, cinsiyet ve yakınlık derecesi bakım veren tepkisi ölçeğinin dört alt boyutuyla ilişkili bulunurken eğitim düzeyinin bakım veren tepkisi alt boyutlarıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Ehrlich ve arkadaşları (2014) tarafından yaşı daha yüksek olan bakım verenlerin sağlık problemlerinin daha fazla olduğu, kadın bakım verenlerin ekonomik problemlerinin daha fazla olduğu ve günlük yaşamda plan yapmalarının daha zor olduğu, yakınlık derecesinin ise benlik saygısı ve günlük yaşamda planların bozulması alt boyutlarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (29).

Alvira ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan demanslı bireye bakım verenlerin bakım veren tepkisi ve sağlık durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonucunda bakım veren tepkisinin bakım veren yükü, yaşam kalitesi, hastaların davranışsal semptomları, günlük yaşam aktiviteleri ile ilişki olduğu bulunmuştur (28). Alzheimer hastalarının problemli davranışlarına yönelik bakım verenlerin tepkilerini ve bu tepkilerin bakım sürecine etkisini inceleyen bir araştırma sonucunda cinsiyetin önemli bir değişken olduğu vurgulanmıştır (30). Bu çalışma sonucunda kadın bakım verenlerin hastaların davranışsal semptomlarına daha fazla olumsuz tepki verdikleri bildirilmiştir. Demanslı bireylerin agresif davranışlarına yönelik bakım veren tepkilerini inceleyen araştırma sonucunda bakım verenlerin agresif davranışlara yönelik orta derecede üzgün oldukları ve agresif davranışları yönetme becerilerinin düşük olduğu bulunmuştur (30). Demanslı bireyin bakım

verenleri ile yapılan bir başka çalışmada bakım verme sıkıntısının eş bakım verenlerde sağlık üzerine etkisi ve planlarının bozulması, evlat olarak bakım verenlerde sağlık üzerine etkisi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (32).

Literatür incelemesi sonucunda bakım veren tepkisini demanslı bireyin davranışsal, fonksiyonel semptomlarının, komorbiditesinin ve bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerinin, bakım yükü, stres, depresyon, yaşam kalitesi gibi durumlarının etkilediği görülmektedir (28-30,32).

Literatürde demanslı bireylere bakım verenlerin tepkisine yönelik sınırlı sayıda araştırma sonucuna ulaşılmıştır (28-30,32). Literatürde demanslı bireye bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadıkları deneyimleri inceleyen nicel araştırmalarda olumlu ve olumsuz deneyimleri etkileyen değişkenlere yönelik çalışmaların yapılması bildirilmektedir (33). Ülkemizde demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkisini ve etkileyen etmenlerin belirlenmesine ait bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bakım verenlerin tepkilerinin belirlenmesi bakım verenlere yönelik girişimlerin planlanmasında önemlidir. Hastalık süreci nedeniyle bakım verenlere düşen sorumluluklar artmakta ve bu sorumluluklar ailelerin ve bakım verenlerin sağlık profesyonelleri tarafından özel olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle bu araştırma, demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkileri ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkisi ve etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Bakım verenlerin bakım veren tepkileri nasıldır?
2. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu), demanslı birey ile yakınlık derecesi, demanslı bireye bakım verme süresi, bakımda yardımcı

birinin olma durumu, daha önceden bakım verme deneyimi ve komorbiditesi bakım veren tepkisini etkiler mi?

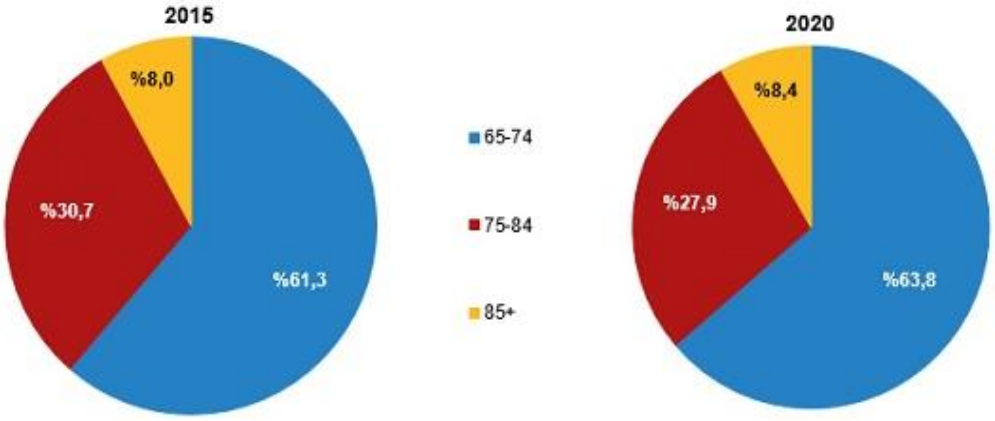
3. Demanslı bireylerin klinik özellikleri (demans evresi, Standartize Mini Mental Test [MMT], Nöropsikiyatrik Envanter [NPI], Günlük Yaşam Aktiviteleri [GYA] ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri [EGYA], komorbidite puanı) bakım veren tepkisini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demografik Değişiklikler

Günümüzde yaşam koşullarının iyileşmesi, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler insan yaşam ömrünün uzamasına ve yaşlı nüfusun giderek artmasına neden olmaktadır. Yaşam ömrünün uzamasıyla birlikte dünya genelinde yaşlanan nüfus popülasyonu ön plana çıkmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre 2019 yılında 1 milyar olan 60 yaş ve üzeri dünya nüfusunun 2050 yılında toplam 2,1 milyar olacağı öngörülmektedir (1).

Tüm dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur ve toplam nüfus içindeki oranın %9,5'ini oluşturmaktadır. Yaş grubu dağılımına göre yaşlı nüfus oranı incelendiğinde ise, 2015 yılında yaşlı nüfusun %61,3'ünün 65-74 yaş grubunda, %30,7'sinin 75-84 yaş grubunda ve %8,0'ının 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülürken, 2020 yılında %63,8'inin 65-74 yaş grubunda, %27,9'unun 75-84 yaş grubunda ve %8,4'ünün 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (2).



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2015, 2020

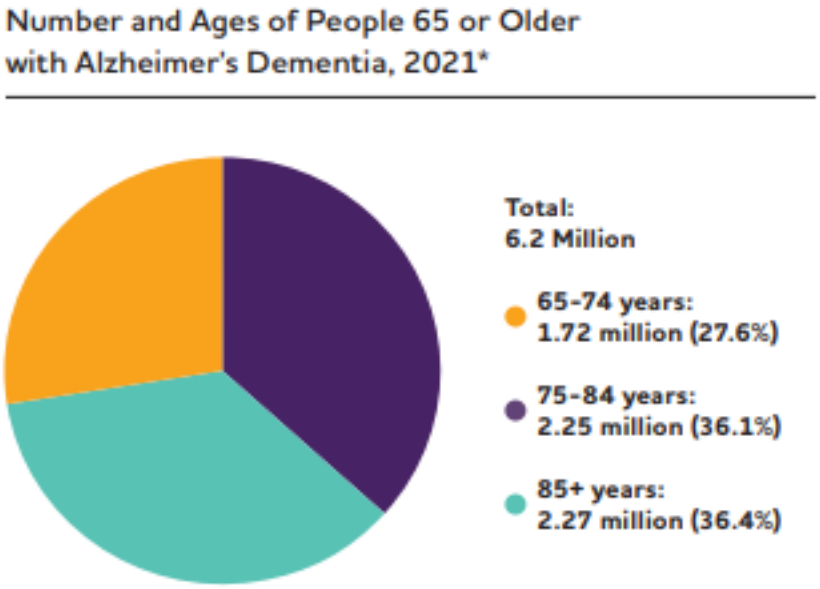
Şekil 1. 65 yaş üzeri nüfus oranı, 2015-2020.

2.2. Demans Tanımı ve Epidemiyolojisi

Demans, bilişsel işlevlerde azalmaya neden olan, bununla birlikte hafıza, düşünme, konuşma, davranış ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini önemli derecede etkileyen kronik, ilerleyici, nörodejeneratif nitelikte bir sendromdur (9,34).

Bilişsel işlevlerde bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk oluşmaktadır. Demansta görülen bilişsel, fonksiyonel ve davranışsal değişiklikler bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk oluşmaktadır (34). Bu bozulmalara bağlı bireylerde birçok sorun gözlemlenmektedir. Bu sorunlar hastalığın ilerlemesiyle birlikte giderek artış göstermektedir (11,35).

Demans tipleri arasında Alzheimer hastalığı (AH) en yaygın görülen demans tipidir. Tüm demans tiplerinin %60-80'i Alzheimer hastalığı, %5-10'u vasküler demans, %5'i frontotemporal demanstan oluşmaktadır (8).



Kaynak: AA, Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2021

Şekil 2. Amerika'da 2021 yılına ait 65 yaş üzeri nüfus oranları

Amerikan Alzheimer Derneği tarafından en sık rastlanan demans tipi olan Alzheimer tipi demansın Amerika'da görülme sıklığının 65-74 yaş arasında %27,6,

75-84 yaş arasında %36,1, 85 yaş üzerinde ise %36,4 olduğu bildirilmektedir. (8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise demans sıklığının İzmir ilinde %12.9, Sivas ilinde %16,8, Erzurum ilinde ise Alzheimer hastalığı sıklığının %6,4 olduğu görülmüştür (5-7).

2.3. Alzheimer Hastalığı

Alzheimer hastalığı (AH) serebral korteks, hipokampüs ve subkortikal bölgede nöron kaybında neden olarak başta bilişsel fonksiyonları etkileyen ilerleyici bir hastalıktır (33). Beyindeki düşünme, öğrenme ve hafıza ile ilgili sinir hücrelerinin hasar görmesi sonucu ortaya çıkan, dejeneratif bir hastalık olan ve duygulanımı da etkileyen AH sinir hücrelerinin giderek tahrip olmasıyla birlikte bireylerin günlük yaşam aktiviteleri bozulmakta ve bireyler günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede giderek güçlük yaşamaktadır (8,34). AH, geriatrik popülasyonda en sık karşılaşılan demans tipidir ve demans vakalarının yaklaşık %70-80'i oluşturmaktadır. AH'nin 65 yaş üzeri kişilerde %10, 85 yaş üzerindeki kişilerde ise %47 gibi yüksek bir orana ulaştığı bildirilmektedir (35).

2.4. Alzheimer Hastalığı Tanısı

Alzheimer hastalığı tanısı klinik bulgulara göre konmaktadır. Tanı incelemeleri arasında Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), Pozitron Emisyon Tomografi (PET), beyin omurilik sıvısı incelemeleri gibi yöntemler yer almaktadır. Ayrıca bireyden ve aile üyesinden bilişsel ve davranışsal değişikliklere yönelik öykü alınmalı ve bilişsel testler ile fiziksel, nörolojik muayenenin yapılması gerekmektedir (8,35).

2.5. Alzheimer Hastalığının Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığına neden olan etiyolojik faktör kesin olarak bilinmemekle beraber hastalığının oluşmasında genetik yatkınlıklar, kromozom anomalileri, otoimmün rahatsızlıklar, virüsler, diyetle alınan magnezyum, kalsiyum gibi bazı elementler, sinirler arasındaki iletişimi sağlayan asetilkolin üretiminin azalması gibi genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu ileri sürülmektedir (34).

AH için risk faktörleri ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, aile öyküsü, ağır bir kafa travması, genetik mutasyonlar, genetik olarak kanda yağ taşıyan

bir protein tipi olan ApoE4 alleli taşıma, down sendromu, sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı gibi sıralanabilmektedir (8,11,36).

2.6. Alzheimer Hastalığında Klinik Evre ve Bulgular

AH klinik evre ve bulgular kişiden kişiye ve hastalığın evresine göre değişiklik gösterebilmektedir. Literatürde AH evreleri hakkında farklı sınıflandırma yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemler arasında Klinik Demans Evreleme Ölçeği (CDR) en yaygın kullanılan ölçeklerden birisidir. CDR sınıflamasına göre Evre 0,5-1 (erken evre), Evre 2 (orta evre) ve Evre 3 (ağır evre) olmak üzere ayrılmaktadır. Erken evrede yenileri öğrenmekte zorlanma, uzak bellekte kısmen zorlanma, bildiği yeri bulamama, kaybolma, gerçek dışı düşünceler ya da kuşkular, kayıtsızlık, içe kapanma görülebilmektedir. Sosyal yaşantıda çok fazla etkilenme görülmez. Dolayısıyla hasta bağımsız olarak yaşantısını sürdürebilir. Orta evrede yenileri ve eskileri hatırlamada ağır düzeyde bozulma, söylenenleri anlama zorluğu, gerçek dışı düşünceler, yerinde duramama ya da aşırı hareketsizlik, idrar/gaita kontrolünde bozukluk, az ya da çok uyuma gibi uyku bozukluğu görülmektedir. Bu evrede belirtiler hastanın daha bağımlı hale geldiğini gösterir. Ağır evrede ise artık hasta tamamen bağımlı hale gelir, öz bakımını yapamaz. Kişi en yakınlarını ve hatta kendini tanıyamaz. Tüm zihinsel işlevlerde bozulma, hareketlerde katılaşma ve yürüme güçlüğü, idrar/gaitada kontrol kaybı, gece ve gündüz zaman kavramını karıştırma, uyku miktarında azalma veya artma görülebilmektedir (11,34).

2.7. Alzheimer Hastalığında Tedavi

Günümüzde AH için kesin bir tedavi yöntemi henüz bulunmamaktadır. AH'nin tedavisinde kullanılan ilaçlar nöronların hasarını değiştirmemekte ve yıkımına karşı durdurucu bir etki gösterememektedir (8). Tedavide kullanılan kolinesteraz inhibitörleri beyindeki asetilkolin seviyesini attırmaya yönelik kullanılmaktadır. Bu şekilde hastaların bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmayı potansiyel olarak yavaşlatabilmektedir. Kolinesteraz inhibitörleri arasında yaygın olarak kullanılan ilaçlar donepezil, rivastigmin, galantamin ve takrindir (34).

Hastalık süresince hastaların birçoğunda kaygı, depresyon halüsinasyon, ajitasyon, uyku sorunları gibi davranışsal belirtiler görülebilmektedir. Bu davranışsal

belirtilere yönelik antipsikotik ilaçlar, düşük doz atipik nöroleptikler, antidepresanlar kullanılabilmektedir (8, 34).

Tedavilerde amaç hastalık sürecini yavaşlatmaktır. Hastalığın gidişinde bakım verenleri en çok etkileyen bulguları hastanın davranışlarındaki değişiklikler oluşturmaktadır. Burada tedavi amacı ile ilaç dışında, çevre düzenlemesi, müzik tedavisi, pet terapisi, aromaterapi, egzersiz, dans, sosyal etkileşim gibi aktiviteler de önerilmektedir. Bu tedaviler psikiyatrik ilaçların aşırı kullanımını da azaltmaktadır (37-39).

2.8. Diğer Demans Türleri

Vasküler Demans: Serebrovasküler hasar ile ilişkili olan demans tipidir. Büyük damar tıkanıklıkları damarsal demansa neden olabilir. Vasküler demans en yaygın olarak inmeye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Vasküler demans hastalarının yaklaşık ¾'ünde inme öyküsü mevcuttur. Ayrıca hareketsiz yaşam tarzı, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabetus mellitus, hiperlipidemisi olan bireylerde küçük damar hastalığına bağlı yaygın beyin hasarına bağlı bunama gelişebilir. Vasküler demans hastalarında karar verme, planlama ve organize etmede bozukluk, idrar kaçırma, yutma bozukluğu görülmektedir (8,11,34,35).

Lewy Cisimcikli Demans (LCD): Lewy cisimcikleri nöronlardaki protein alfa-sinükleinin anormal kümeleridir. Beyin korteksinde geliştiklerinde bunama ortaya çıkabilir. LCD klinik tablosuna uyku bozukluğu, harekette yavaşlama, sık düşmeler, geçici bilinç kayıpları, görsel uzamsal yeteneklerde bozulma eşlik etmektedir (8,9).

Frontotemporal demans (FTD): Genellikle daha erken yaş grubunda görülebilen bir demans alt türüdür. FTD frontal ve temporal korteks bölgelerinin ilerleyici atrofisi ile karakterizedir. Hastalarda uygunsuz davranışlar ve lisan sorunları görülür (9,11,35).

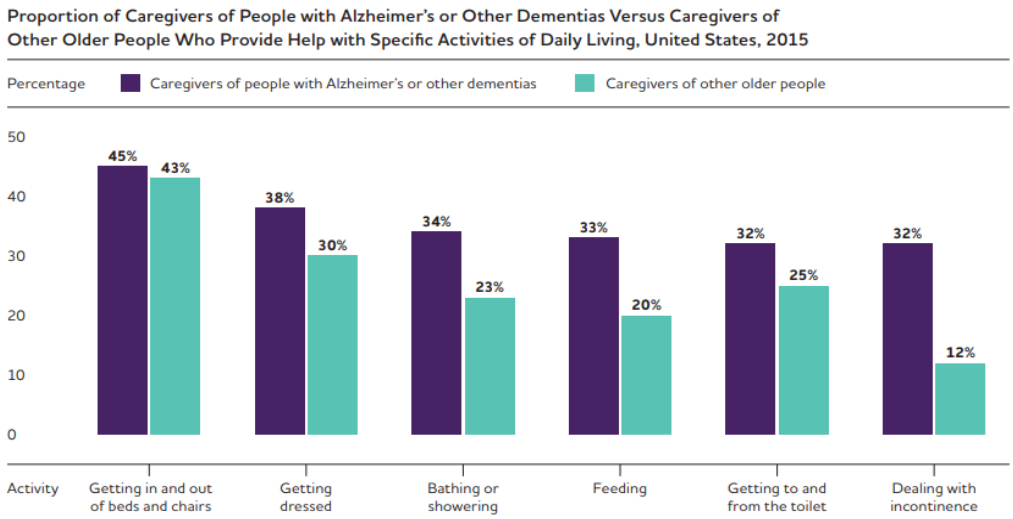
2.9. Demans ve Bakım Veren

Bakım vermek, bireyin yemek yeme, giyinme, banyo yapma gibi kişisel bakım gereksinimlerinin yanı sıra alışveriş, ilaç yönetimi, sağlık kontrolleri gibi

sağlık ihtiyaçlarının, sosyal ve duygusal desteğinin bir başkası tarafından karşılanması olarak tanımlanmaktadır (11,40,41).

Bakım verme genellikle formal ve informal bakım verme olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Formal bakım verme profesyonel meslek grupları tarafından resmi ya da özel bir sağlık kuruluşunda veya evde bakım ve yardımın gerçekleştirilmesi olarak tanımlanırken informal bakım verme kendi kendine bakamayacak durumda olan bireye bir aile üyesi veya arkadaş tarafından ücret karşılığı olmadan sağlanan yardım ve destek olarak tanımlanmaktadır. (40-42). Bakım alan kişinin hastalığının şiddetinin ve bakım ihtiyacının artmasıyla beraber bakım süreci daha karmaşık hale gelmektedir. Bu süreçte bakım verenler bakım için daha fazla emek sarf etmekte ve yoğun stres yaşamaktadır (40).

Demansta görülen bilişsel, davranışsal ve fonksiyonel değişiklikler bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve kişisel ihtiyaçlarını gerçekleştirmesinde güçlük yaşamalarına neden olmaktadır. Demanslı bireylerde bilişsel, psikolojik, davranışsal sorunların ve motor yetersizliğin şiddeti arttıkça bakım gereksinimleri de artmaktadır. Bu nedenle bakım gereksinimlerini kendileri gerçekleştirememekte ve bir başkasının desteğine ihtiyaç duymaktadır (8).



Kaynak: AA, Alzheimer's Disease Facts and Fıgures, 2021

Şekil 3. Demanslı Bireyler ile Diğer Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Demans hastalığı olan bireyler bakım ihtiyacı en yüksek düzeyde olan kişiler arasında yer almaktadır (12). Şekil 3'te görüldüğü üzere demanslı bireylerin bakım gereksinimleri diğer yaşlı bireylere göre daha yüksektir. Demanslı bireylerin bakım ve yardım gereksinimleri genellikle aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Bakım veren aile üyeleri demanslı bireyin banyo yapma, yemek yeme, giyinme, ev işlerini yürütme, boşaltım ihtiyacını karşılama gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olmaktadır. Bunun yanı sıra alışveriş, finansal ve hukuksal işlerini yönetme, sağlık kontrollerini ayarlama, ilaçların düzenli kullanmasını sağlama, hipertansiyon, diyabet gibi komorbiditelerini yönetme, ajitasyon, depresif ruh hali, uyku sorunları gibi birçok davranışsal sorunları yönetme konusunda demanslı bireylere yardımcı olmakta, duygusal ve sosyal destek sağlamaktadır (8,10,12,41). Bu nedenle demanslı bireylerin bakım gereksinimleri yüksektir ve bakım sürecini yönetmenin zor olduğu bilinmektedir (8,12). Tüm bu sorumluluklar bakım verenleri biyopsikososyal açıdan oldukça etkilemektedir (12).

Demanslı bireye bakım verenler ile yapılan çalışmalarda bakım sürecinin bakım verenlere olumlu ve olumsuz birçok etkilerini içeren sonuçlar ortaya konulmuştur.

2.9. Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri

Demanslı bireye bakım verme süreci zorlu bir süreçtir. Bu zorlu süreç bakım verenlerin anksiyete, depresyon, bakım yükü gibi psikolojik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bakım süreci bakım verenlerde birçok olumsuz etkileri beraberinde getirmektedir. Bu olumsuz etkiler kişiden kişiye değişebilmektedir. Sosyodemografik faktörler, bakım görevlerinin yoğunluğu ve türü, bakım verenlerin bakım alan kişinin fiziksel, psikolojik ve varoluşsal durumuna ilişkin algıları, bakım verenin kendi sağlığı ve işleyişi, bakım verenlerin sosyal ve profesyonel destekleri, bakım alan kişinin fiziksel ev ortamı bakım verenlerde olumsuz etkiler için risk faktörlerini oluşturmaktadır (12). Demanslı bireyin bakımının bakım verenin psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkileri çalışmalarda gösterilmiştir (18,20,24,44,45).

Yapılan bir çalışmada demanslı bireye bakım verenlerin yarısından fazlasının bakım ile ilgili yük yaşadığı bildirilmiştir (44). Demanslı bireylerde hastalıktan

kaynaklanan nöropsikiyatrik semptomların özellikle ajitasyon ve duygu durum değişikliklerinin zaman içerisinde bakım veren yükünde önemli bir etken olduğu gösterilmektedir (20).

Demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin diğer hastalıklara bakım verenlere kıyasla depresyon belirtilerini daha sık yaşadığı bildirilmiştir. Alfakhri ve arkadaşlarının (2018) demanslı bireye bakım verenlerin depresyon belirtilerini belirmeyi amaçladığı bir çalışmada bakım verenlerin %43,2'sinde düşük, %20,3'ünde orta, %6,8'inde orta-ağır ve %3,6'sında şiddetli depresyon belirtileri yaşadığı görülmüştür. Aynı çalışmada bakım verenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki düşüş depresyon belirtilerini yaşama riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (18). Kore'de yapılan bir çalışmada demanslı bireyle yaşayan ve bakımını üstlenen aile üyelerinde depresyon belirtilerinin görüldüğü ve kadın cinsiyetteki bakım verenlerde depresyon oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (24).

Demanslı bireylerin hastalık sürecinde davranışsal sorunları, bilişsel fonksiyonu, işlevsel yetersizliğinin şiddeti arttıkça bakım verenlerin bakım yükü ve duygusal stresinde artış görülmektedir (12). Bu nedenle bakım sürecinde bakım verenler bu durumları yönetebilmek adına başa çıkma stratejilerine, aile ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Aile içi dinamiği zayıf olan ve aile üyeleri tarafından yeterli destek alamayan bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının bozulduğu, bakım verme rolünde zorlandıkları ve bakım yükünün arttığı bildirilmektedir (46). Arjantin'de yapılan bir çalışmada aile içi dinamiği güçlü olan bakım verenlerin daha kaliteli bir bakım sağladıkları bildirilmiştir (47).

Percentage of Dementia Caregivers Who Report Having a Chronic Health Condition Compared with Caregivers of People without Dementia or Non-caregivers

Condition	Dementia Caregivers	Non-Dementia Caregivers	Non-Caregivers
Stroke	5.2	3.4	3.2
Coronary heart disease	8.3	7.2	6.6
Cardiovascular disease*	11.8	9.5	8.6
Diabetes	12.8	11.1	11.3
Cancer	14.3	13.3	11.5
Obesity	32.7	34.6	29.5

Table includes caregivers age 18 and older.

*Combination of coronary heart disease and stroke.

Kaynak: AA, Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2021

Şekil 4. Demanslı Bireye Bakım Verenler ile Diğer Bakım Verenlerin Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

Bakım verme sürecinde bakım veren bireylerde psikososyal sorunların yanı sıra fiziksel sorunlar da yaşanmaktadır. Bakım alan kişinin davranışsal sorunları, bilişsel fonksiyonu, işlevsel yeterliliği, bakım süresi ve bakım veren ile yakınlık derecesi bakım veren bireylerin fiziksel sağlığı ile ilişkili faktörlerdir (48). Bakım verenlerin fiziksel sağlığının olumsuz yönde etkilendiği birçok çalışma ile ortaya konulmuştur (21,49-52).

Demanslı bireylerin bakım verenlerinde sıklıkla diyabet, hipertansiyon, obezite, ağrı, uyku problemleri gibi sorunlar gözlemlenebilmektedir (21,53). Çalışmalarda demanslı bireye bakım verenlerde kardiyometabolik değişiklikler riskinin arttığı da gösterilmektedir (50,52). Demanslı bireye bakım veren kişilerde kilo kaybında artış, halsizlik, yorgunluk yaşamalarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (49). Şekil 4'te görüldüğü üzere demanslı bireye bakım verenlerin diğer bakım verenlere ve bakım vermeyenlere oranla kronik sağlık sorunları daha fazla yaşamaktadır (21). Japonya'da demanslı bireye bakım verenlerin sağlık sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada demanslı bireyin bakımı üstelenen bireylerin bakım vermeyenlere göre daha sık depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve ağrı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (54). Demanslı bireye bakım verenlerin sağlıkla

ilgili yaşam kalitelerinin bakım vermeyen bireylere göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (51).

Bakım verme süreci bakım verenlerin günlük yaşam faaliyetlerini de etkilemektedir. Demanslı bireye bakım verenler diğer bakım verenlere kıyasla kendine zaman ayırma, keyif aldıkları etkinliklere katılma, arkadaşları ve ailesini ziyaret etme, dini hizmetlere katılma, dışarı çıkma imkanlarında yüksek düzeyde kısıtlama yaşamaktadır (12).

Yapılan çalışmalarda demanslı bireyin bakımını üstlenen bakım verenlerin bakım yükü nedeniyle boş zamanlarını değerlendirmede güçlük yaşadığı bildirilmiştir. Boş zaman etkinliklerini değerlendirmede düşüş yaşayan bakım verenlerin ruh sağlığının etkilendiği, depresif semptomlar görüldüğü ve yaşam memnuniyetinde azalma yaşadıkları görülmektedir (55).

İsveç'te demanslı bireye bakım verenlerle ilgili yapılan bir çalışmada bakım verme sürecinde bakım verenlerin ekonomik durumlarında ve günlük yaşamlarını sürdürmekte zorluk yaşadıkları bildirilmiştir. Yaşı daha yüksek olan bakım verenlerin sağlık problemlerinin daha fazla olduğu, kadın bakım verenlerin ekonomik problemlerinin daha fazla olduğu ve günlük yaşamda plan yapmalarının daha zor olduğu, yakınlık derecesinin ise benlik saygısı ve günlük yaşamda planların bozulması ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (29).

2.10. Bakım Vermenin Olumlu Etkileri

Yapılan bazı araştırmalarda bakım verme sürecinin sadece olumsuz değil olumlu etkilerinin de olduğu ortaya konulmuştur. Bakım verenlerin daha iyi bir sağlık algısına sahip olmasının, düşük psikolojik sıkıntı ve yük yaşamasının, bakım verdiği bireyin yaşının, birden fazla kişiye bakım sağlamasının bakım konusunda olumlu deneyimleri yaşaması ile ilişkisi olduğu saptanmıştır (56). Bakım vermenin bazı kişiler için güven aşıladığını, zor durumlarla başa çıkma konusunda tecrübe edindiğini, bakım alan kişi ile daha yakın ilişki kurduğunu ve bakım alan kişiye iyi bakıldığına dair güvence verdiğini göstermektedir (12). Bakım sürecinde bakım verenlerin minnettarlık, memnuniyet, şefkatli ve empatik yaklaşım, manevi ve kişisel gelişim gibi olumlu deneyimler yaşadığı bildirilmektedir (26,27). Bakım rolüyle beraber kişinin kendine olan güveninin arttığı, aile ve sosyal destekle beraber

çevresiyle ilişkilerinin güçlendiği bildirilmektedir (57). Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin pozitif kazanımlarını keşfetmek amacıyla yapılan bir araştırmada bakım verenlerin demanslı bireyle daha yakın bir ilişki kurma, bakım verme becerilerinin gelişmesi, zor durumlara rağmen olumlu anlamlar çıkarma ve mizah kullanma, sabır ve hoşgörülerinde artma gibi olumlu deneyimler yaşadığı bildirilmiştir (13). Bakım verme konusunda daha olumlu görüşe sahip bireylerin daha az yük ve depresyon bildirdiği belirtilmektedir (58). Jütten ve arkadaşları (2020) tarafından demanslı bireye bakım verenlerin benlik saygısını etkileyen durumları belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda bakım veren ile demanslı birey arasındaki kaliteli yakın bir ilişkinin ve bakım verenin düşük depresyon düzeyinin bakım verenlerin benlik saygısını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (25). Benlik saygısı yüksek olan bakım verenlerin bakım veren yük durumları ile daha etkili baş edebildiği belirtilmektedir (59-61).

2.11. Bakım Verenler ve Hemşireler

Bakım veren bireylere hemşirelik bakımı verilmesi son derece önemlidir ve burada temel hedef; bireye psikolojik, sosyal ve fiziksel destek sağlanarak yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktır (62,63). Primer olarak hastalara bakım verici rolüne sahip olan hemşireler, hastalık sürecinde verdikleri psikolojik destek ile hasta yakınlarına danışmanlık rolüyle de yaklaşmaktadırlar. Hemşireler sadece hastalık sürecinde değil bakım ve rehabilitasyon sürecinde de bakım verenlere destek sağlamalı ve ihtiyaca yönelik eğitimler planlamalıdır (64).

Demanslı bireye bakım verenlere verilecek hemşirelik bakımında öncelikle bireyin bakım sürecine yönelik algısının ve bakım yükünün belirlenmesi gerekir. 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 (63). Nguyen (2009)'in yaptığı araştırmaya göre, bakım veren bireyler genellikle sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmakta zorlanmakta ve bu durum karşısında sorunlarını ifade edememektedir. Bu nedenle hemşireler, bakım verenlere iletişime açık olmasını sağlayacak uygun koşullar

sağlamalıdır. Etkili bir iletişim ile hemşireler, bakım veren bireylerin psikolojik sorunları ve fiziksel sorunları için erken çözüm bulma imkânına sahip olabilmektedirler (65).

Hemşireler, bakım sürecinde bakım veren bireyi neler bekleyebileceği konusunda ileriye dönük rehberlik sağlayabilir. Bu tür bilgiler; demanslı bireylerin hastalığı, tedavisi ve ihtiyaç duyabilecekleri bakım konusundaki belirsizliklerden kaynaklanan sıkıntıları giderebilir (66,67). Demanslı bireye destek olabilecek kaynaklar araştırılarak bakım veren bireyler bu konuda bilgilendirilmelidir (68,69). Sağlık çalışanlarının, bakım verenlerin kendisi ile aynı süreci geçiren ve sorumluluk alan hasta yakınları ile tanışabileceği, derneklere veya topluluklara yönlendirilmesi sosyal destek ağı açısından önemli rolleri olduğu belirtilmektedir (70). Bu sebeple hemşireler ve sağlık profesyonelleri kendi desteklerinin yanı sıra dernekler, topluluklar ve etkinlikler hakkında da bilgi edinerek bakım verenleri yönlendirebilmelidir (71,72).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkisi ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve kestirim tipi araştırma tasarımına uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ocak 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Yaşlanan Beyin Polikliniği, Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği'ne başvuran ve Alzheimer Derneği İzmir Şubesi'ne kayıtlı demanslı bireye bakım veren aile üyeleriyle gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Ocak 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında polikliniğe ve dernek etkinliklerine gelen, örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 113 bakım veren aile üyesinden oluşturmaktadır. Örneklem seçimi için olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. G-Power 3.0.1 programında regresyon analizi baz alınarak etki büyüklüğü 0.15 (orta etki büyüklüğü), anlamlılık düzeyi 0.05 ve 17 değişken ile hesaplanan güç analizi sonucunda örneklem büyüklüğü 153 kişi olarak bulunmuştur. Araştırmanın örneklem sayısına %10 kayıp (n=15) eklenerek toplamda 168 örneklem sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama sürecinde Covid-19 pandemi sürecinin başlaması nedeniyle poliklinik hizmetlerine ara verilmiştir. Covid-19 pandemi nedeniyle klinikte ve dernekte kayıtlı hasta yakınlarının iletişim bilgileri alınarak son 61 kişi ile telefon aracılığıyla veriler toplanmıştır. Hedeflenen örneklem sayısına bu nedenlerle ulaşılamamıştır. Yapılan post hoc analizi sonucunda, G-power 3.1 programında, etki büyüklüğü d=0.15 (orta etki), anlamlılık düzeyi 0.05'den küçük, örneklem sayısı 113, çoklu regresyon analizinde 8 değişken baz alınarak araştırmanın gücü %84 olarak bulunmuştur.

Dâhil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olması
- Türkçe konuşuyor olması

- Demanslı bireyin bakımından primer olarak sorumlu olması
- Demanslı bireye günde en az 6 saat bakım veriyor olması
- Demanslı bireye en az altı aydır bakım veriyor olması

Dışlama Kriterleri:

- Bakım verenin çalışmaya katılmak istememesi

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada materyal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişken

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni bakım veren tepkisi ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarıdır.

3.5.2. Bağımsız Değişken

Bu araştırmanın bağımsız değişkenlerini bakım veren için yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, komorbitide puanı, bakımını sağladığı bireyle yakınlık derecesi, demanslı bireye bakım verme süresi, daha önce bakım verme deneyimi, bakımda yardımcı birisinin olma durumu; demanslı birey için ise demans evresi, GYA, EGYA, NPI, MMT puanları, komorbidite puanı oluşturmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırma için gerekli veriler; sosyodemografik özellikler veri toplama formu, Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği; Nöropsikiyatrik Envanter, Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi, Charslon Komorbidite Envanteri kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek 1)

Demanslı bireyin ve demanslı bireye bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veri toplama amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen bilgi formudur. Bakım verenlere ve hastalara ait olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, demanslı

birey ile yakınlık derecesi, demanslı bireye bakım verdiği süre, bakımından sorumlu olduğu kişi sayısı hakkında soruları içermektedir. İkinci bölüm demanslı bireyin yaşı, cinsiyeti, demans evresi, GYA, NPI, MMT puanları gibi soruları içermektedir.

3.6.2. Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği (Ek 2)

Ölçek, bir aile üyesine bakmakta olan kişinin bakım sürecinden nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla Given ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Ölçek bakım verenin durumu ile ilgili ekonomik güçlükler, aile desteğinin olmaması, sağlık üzerine etkisi, planların bozulması, benlik saygısı olmak üzere beş alt boyut ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır (31). Ekonomik güçlükler alt boyutu üç madde (3., 21. ve 24. madde), aile desteğinin olmaması alt boyutu beş madde (2., 6., 13., 16., ve 22. madde), sağlık üzerine etkisi alt boyutu dört madde (5., 10., 15. ve 19. madde), planların bozulması alt boyutu beş madde (4., 8., 11., 14. ve 18. madde), benlik saygısı alt boyutu yedi maddeden (1., 7., 9., 12., 17., 20. ve 23. madde) oluşmaktadır (31).

Ölçek farklı hastalıklara sahip hastalara bakım verenlere uygulanmıştır. Farklı kanser türlerine ve evrelerine sahip hastaların bakım verenleri, demans hastalarının bakım verenlerine, romatoid artrit hastalarının bakım verenleri, merkezi sinir sistemi hastalıkları veya hasarlarına sahip çocukların bakım verenleri olmak üzere birçok gruba uygulanmıştır (73-77).

Ölçek beşli likert tiptedir. Maddeler 1-5 arasında puanlanmaktadır. Puanlama kesinlikle katılmıyorum (1) puan, katılmıyorum (2) puan, kararsızım (3) puan, katılıyorum (4) puan, kesinlikle katılıyorum (5) puan şeklindedir. Alt boyuttan alınan puan, alt boyuttaki madde sayısına bölünerek her alt boyut için 1-5 arasında değişen bir puan elde edilmektedir. İlk dört boyut için yüksek puan olumsuz etkiyi, düşük puan az etkiyi ifade etmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan arttıkça bakım verenin olumsuz etkilenmesinin de arttığı düşünülmektedir. Ancak benlik saygısı alt boyutundan alınan düşük puan negatif etkiyi, yüksek derecede yükü gösterir (30). Ölçek için toplam ölçek puanı bulunmamaktadır. Değerlendirmeler alt boyutlar üzerinden yapılmaktadır. Alt boyutlar için iç tutarlılık hesaplanmış ve Cronbach alfa değerleri planlara etkisi $\alpha = .82$, benlik saygısı $\alpha = .90$, ekonomik güçlükler $\alpha = .81$, aile desteğinin olmaması $\alpha = .85$, sağlık sorunları $\alpha = .80$ olarak bulunmuştur (31).

Bahar ve arkadaşları (2017) tarafından ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır ve alt boyutları için cronbach alpha değerleri planların bozulması α= .83, benlik saygısı α= .84, ekonomik güçlükler α= .81, aile desteği eksikliği α= .80 ve sağlık sorunları α= .70 olarak belirlenmiştir (78). Bu çalışmada cronbach alpha değerleri planların bozulması α= .78, benlik saygısı α= .70, ekonomik güçlükler α= .66, aile desteğinin olmaması α= .75 ve sağlık sorunları α= .68 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri .79 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Nöropsikiyatrik Envanter (NPI) (Ek 3)

Nöropsikiyatrik Envanter (NPI), Cumming ve arkadaşları (1994) tarafından demanslı bireylerin psikopatolojisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Envanter ajitasyon, irritabilite, anksiyete, disfori, halüsinasyon, delüzyon, apati, öfori, disinhibisyon, anormal motor davranışlar, gece uyku bozuklukları ve yemek yeme anormallikleri olmak üzere 12 davranışsal alanla ilgili soruları içermektedir (79). Envanter bu 12 nöropsikiyatrik özelliğin sıklığı, şiddeti ve bakım verende yarattığı sıkıntı olmak üzere toplam üç bölümden oluşmaktadır. NPI'nın uygulanmasında ilk adım olarak 12 nöropsikiyatrik özelliğin hastada bulunup bulunmaması değerlendirilir. Bulunmuyorsa diğer alana geçilir, bulunuyorsa eğer o alana ait alt başlıkta yer alan sorularla alan daha da özelleştirilir. Sonrasında bulunan semptomların sıklığı (1 nadiren, 2 bazen, 3 sık, 4 çok sık) ve şiddeti (1 hafif, 2 orta, 3 ağır) için verilen sayısal değerlerin çarpılması ile o alanın skoru oluşturulur. Tüm ölçekten en az 0, en fazla 144 puan alınabilmektedir ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen puanın artması hastanın davranışsal bozukluğunun arttığı anlamına gelmektedir.

Kalem ve arkadaşları (2005) tarafından NPI'ın Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmada envanterin Cronbach α değeri 0.79 bulunmuştur. Sıklık ve şiddet içinde belirtilen özel maddeler için ise Cronbach α değerleri sırasıyla 0.76 ve 0.79 arasında değişmektedir (80).

3.6.4. Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (Ek 4)

Mini Mental Test (MMT) demans hastalarının muayenesinde kullanılan standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı değerlendirmek amacıyla Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında yayınlanmış bir testtir. Gürgen ve arkadaşları (2002) tarafından MMT'in Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (kappa değeri=.92). Keskinoğlu ve arkadaşları (2009) tarafından eğitimli ve eğitimsiz bireyler için yeniden düzenlenen test 'Eğitimli ve Eğitimsiz Bireyler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test' olarak adlandırılmıştır (81). MMT; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış 11 maddeden oluşmakta ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Eğitimli bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için ise 18 puan ve altı bilişsel bozukluğu göstermektedir.

3.6.5. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) (Ek 5)

Ölçek, Katz ve arkadaşları tarafından fonksiyonel yetersizlikler ve bağımlılık için basit günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla 1963 yılında geliştirilmiştir. GYA; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 bölümden oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (82). Tel, Güler ve Tel'in (2011) yaptığı çalışmada GYA ölçeğinin Cronbach α değeri 0.75 olarak bulunmuştur (83).

3.6.6. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi (EGYA) (Ek 6)

Kişinin toplum içinde bağımsız yaşaması için gerekli aktivitelerini değerlendirmek için Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir. Telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır.

EGYA'da 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (82). Tel, Güler ve Tel'in (2011) yaptığı çalışmada EGYA ölçeğinin Cronbach α değeri 0.73 olarak bulunmuştur (83).

3.6.7. Charlson Komorbidite İndeks (Ek 7)

Charlson Komorbidite indeks 1987 yılında Charslon ve arkadaşları tarafından komorbid hastalık durumlarını sınıflayarak ve ağırlığını ölçerek mortaliteyi tahmin etmek için oluşturulmuş bir indekstir. İndeks, şiddetine göre 1 – 6 arasında puanlandırılmış 19 tıbbi durum içermekte ve toplam puan 0 – 37 arasında değişmektedir. Puanlanan durumlar sonucunda ortaya çıkan puanlar toplam komorbidite puanını elde etmek için kullanılabilmektedir (84).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Ocak-Mayıs 2019	Literatür tarama-tez konusu belirleme
Haziran-Ağustos 2019	Tez önerisi hazırlama
Eylül 2019	Tez önerisi sunumu
Ekim 2019-Ocak 2020	Etik kurul onayı ve kurum izinleri
Ocak 2020-Ocak 2021	Veri Toplama
Şubat-Mayıs 2021	Verilerin analizi
Haziran-Aralık 2021	Tez yazımı
Ocak 2022	Tez bitirme sınavı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzde dağılımları kullanılarak incelenmiştir. Çalışmamızda, değişkenler arasında ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Bakım verenin tepkisine etki eden etmenleri belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu regresyon analizinden önce etkileyen etmenlerin ve bağımlı değişkenin birbiri ile korelasyonu çoklu bağlantı testi yapılarak saptanmıştır. Çoklu bağlantının bir ölçüsü olan varyans büyüme faktörü (VIF) 10'dan küçük ve toleransın 0.20'den büyük bağımsız değişkenler modele alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bakım verenlerle yüz yüze görüşme yapılarak planlanan veri toplama sürecinin Covid-19 pandemisi nedeniyle polikliniklerin kapanması durumu gerçekleştiği için veri toplama sürecine telefonla görüşme yapılarak devam edilmiştir. Bakım veren tepkisine yönelik verilerin telefon ortamından kaynaklı bakım verenlerin kendilerini ifade etmede yetersiz kalabilmesine neden olabileceği düşünüldüğünden araştırmamızın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.01.2020 tarihli 5140-GOA dosya numaralı ve 2020/02-24 karar numaralı etik onay izni alınmıştır (Ek 10). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Geriatri Bilim Dalı Yaşlanan Beyin Polikliniği, Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği ve Alzheimer Derneği İzmir Şubesi'nden yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek 12,13,14). Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesi temel alınmış olup, katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Bakım Verenlerin Demografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmada yer alan bakım verenlerin demografik özellikleri değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 1'de verilmiştir. Araştırmada yer alan bakım verenlerin yaşları 24 ile 82 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 54,95 ± 11,242 olarak bulunmuştur. Araştırmadaki bakım verenlerin %77,9'unu kadınlar, %22,1'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Bakım verenlerin %52,2'sinin üniversite, %22,1'inin lise, %25,7'sinin ise ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %74,3'ünün evli, %35,4'ünün çalıştığı ve %58,4'ünün ise aylık gelirinin giderine eşit olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Bakım Verenlerin Demografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n=113)

	X ± SS	**Min – Max**
Yaş	54,95 ± 11,242	24 – 82
	n	**%**
Cinsiyet		
Kadın	88	77,9
Erkek	25	22,1
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve Öncesi	29	25,7
Lise	25	22,1
Üniversite	59	52,2
Medeni Durum		
Bekar	29	25,7
Evli	84	74,3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	40	35,4
Çalışmıyor	73	64,6
Aylık Gelir		
Gelir Giderden Az	25	22,1
Gelir Gidere Eşit	66	58,4
Gelir Giderden Fazla	22	19,5
Yakınlık Derecesi		
Kızı	58	51,3
Oğlu	15	13,3
Eşi	35	31,0
Akrabası	5	4,4
	X ± SS	**Min – Max**
Bakım Verdiği Süre (Yıl)	4,24 ± 2,769	1 – 15
Bakım Veren CKİ	1,98 ± 1,658	0 – 7
	n	**%**
Daha Önce Bir Hastaya Bakım Verdi mi?		
Hayır	87	77,0
Evet	26	23,0
Evet ise; Kime Bakım Verdiniz? (n=26)		

Anne	11	9,7
Baba	6	5,3
Kayınvalide	5	4,4
Kayınpeder	3	2,7
Anne – Baba	1	0,9
Bakımda Yardımcı Olan Var mı?		
Hayır	37	32,7
Evet	76	67,3
Evet ise; Kim Yardımcı Olmaktadır? (n=76)		
Kardeş	33	29,,2
Bakıcı	23	20,4
Çocuklar	7	6,2
Anne	6	5,3
Baba	4	3,5
Eşi	2	1,8
Gelin	1	0,9

CKİ: Charlson Komorbite İndeksi

Demanslı bireye bakım veren kişilerin %51,3'ünün kızı, %31'inin eşi, %13,3'ünün oğlu ve %4,4'ünün ise akrabası olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin bakım verdikleri ortalama süre 4,24 ± 2,769 yıl olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin Charlson Komorbite İndeksleri ortalaması 1,98 ± 1,658 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin %23'ü daha önce bakım vermiş olup %67,3'ünün bakım vermesi sırasında yardımcı olan biri/birileri bulunmaktadır (Tablo 1).

4.2. Demanslı Bireylerin Demografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmada yer alan demanslı bireylerin demografik özellikleri incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir. Bu sonuçlara göre, demanslı bireylerin %54,9'unun kadın, %45,1'inin ise erkek olduğu saptanmıştır. Demanslı bireylerin %10,6'sının okuryazar olmadığı, %9,7'sinin okuryazar olduğu, %47,8'sinin ilköğretim mezunu, %12,4'ünün lise ve %19,5'inin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Demanslı bireylerin %64,6'sının Alzheimer hastalığı, %9,7'sinin vasküler demans, %11,5'inin frontotemporal demans ve %14,2'sinin Lewy cisimcikli demans tanısı olduğu saptanmıştır. Ayrıca demanslı bireylerin %27,4'ünün demans erken evrede, %46,9'unun orta evrede ve %25,7'sinin ileri evrede olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Demanslı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=113)

	X ± SS	Min - Max
Yaş	75,75 ± 8,864	56 - 97
	N	**%**
Cinsiyet		
Kadın	62	54,9
Erkek	51	45,1
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	12	10,6
Okuryazar	11	9,7
İlköğretim	54	47,8
Lise	14	12,4
Üniversite	22	19,5
Demans Tipi		
AH	73	64,6
VD	11	9,7
FTD	13	11,5
LCD	16	14,2
Demans Evresi		
Erken Evre	31	27,4
Orta Evre	53	46,9
İleri Evre	29	25,7

AH: Alzheimer Hastalığı, VD: Vasküler Demans, FTD: Frontotemporal Demans, LCD: Lewy Cisimcikli Demans

Araştırmada yer alan demanslı bireylerin Charlson Komorbite İndeksi, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanları Tablo 3'te verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; demanslı bireylerin ölçeklerden aldıkları puanların ortalaması Charlson Komorbite İndeksi için 5,63 ± 1,681, Mini Mental Test için 14,80 ± 7,060, Nöropsikiyatrik Envanter için 55,52 ± 18,785, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi için 13,12 ± 3,926 ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri için 9,75 ± 3,639 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Demanslı Bireylerin Charlson Komorbite İndeksleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanları

	X ± SS	Min - Max
Demanslı Birey CKİ	5,63 ± 1,681	2 – 11
MMT	14,80 ± 7,060	2 – 29
NPI	55,52 ± 18,785	9 – 128
GYA	13,12 ± 3,926	0 – 18
EGYA	9,75 ± 3,639	0 - 24

CKİ: Charlson Komorbite İndeksi; MMT: Mini Mental Test, NPI: Nöropsikiyatrik Envanter, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

4.3. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenlerin Sonuçları

Araştırmada yer alan bakım verenlerin Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 4). Elde edilen sonuçlara göre; bakım verenlerin ölçekten aldıkları puanların ortalaması Ekonomik Güçlükler alt boyutu için 2,36 ± 0,856, Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu için 2,31 ± 0,886, Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu için 2,75 ± 0,941, Planların Bozulması alt boyutu için 3,33 ± 0,955 ve Benlik Saygısı alt boyutu için 4,01 ± 0,595 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Veren Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği	X ± SS	Min - Max
Ekonomik Güçlükler	2,36 ± 0,856	1 - 5
Aile Desteğinin Olmaması	2,31 ± 0,886	1 - 5
Sağlık Üzerine Etkisi	2,75 ± 0,941	1 - 5
Planların Bozulması	3,33 ± 0,955	1 - 5
Benlik Saygısı	4,01 ± 0,595	1 - 5

Yaşı daha yüksek olan bakım verenlerin sağlık problemlerinin daha fazla olduğu, kadın bakım verenlerin ekonomik problemlerinin daha fazla olduğu ve günlük yaşamda plan yapmalarının daha zor olduğu, yakınlık derecesinin ise benlik saygısı ve günlük yaşamda planların bozulması alt boyutlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmada yer alan bakım verenlerin demografik özelliklerine göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır (Tablo 5). Kadınların Sağlık Üzerine Etkisi (Z=-3,510; p=,000) ve Planların Bozulması (Z=-2,419; p=,016) alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunlarının Ekonomik Güçlükler (X^2=7,129; p=,028) ve Sağlık Üzerine Etkisi (X^2=8,377; p=,015) alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak diğer eğitim düzey mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni duruma göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği'nin

alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Bir işte çalışan bakım verenlerin Aile Desteğinin Olmaması (Z=-2,212; p=,027), Sağlık Üzerine Etkisi (Z=-3,201; p=,001) ve Planların Bozulması (t=-2,325; p=,033) alt boyutlarından aldıkları puanların çalışmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Aylık geliri giderinden az olan bakım verenlerin Ekonomik Güçlükler (X^2=20,168; p=,000), Sağlık Üzerine Etkisi (X^2=9,706; p=,008) ve Planların Bozulması (X^2=10,770; p=,005) alt boyutlarından aldıkları puanların aylık geliri giderine eşit ya da fazla olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Daha önce bakım verenler ile vermeyenler arasında Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Bakımda yardımcı olan birisi olan ve olmayan bakım verenler arasında Aile Desteğinin Olmaması alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Z=-,342; p=,001).

Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikler	Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği				
	Ekonomik Güçlükler	Aile Desteğinin Olmaması	Sağlık Üzerine Etkisi	Planların Bozulması	Benlik Saygısı
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Cinsiyet					
Kadın	2,41 ± 0,824	2,35 ± 0,905	2,92 ± 0,922	3,46 ± 0,924	4,00 ± 0,529
Erkek	2,16 ± 0,952	2,16 ± 0,819	2,17 ± 0,773	2,89 ± 0,949	4,04 ± 0,798
	Z=-1,475	**Z**=-0,859	**Z**=-3,510	**Z**=-2,419	**Z**=-1,258
	p=,140	**p**=,391	**p**=,000*	**p**=,016*	**p**=,208
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve Öncesi	2,76 ± 0,945	2,59 ± 0,969	3,19 ± 0,949	3,52 ± 0,916	3,96 ± 0,448
Lise	2,22 ± 0,700	2,20 ± 0,772	2,58 ± 0,868	3,25 ± 0,912	4,09 ± 0,563
Üniversite	2,21 ± 0,819	2,21 ± 0,873	2,61 ± 0,914	3,28 ± 0,995	4,01 ± 0,672
	X^2=7,129	**X^2**=2,995	**X^2**=8,377	**F**=,739	**X^2**=1,612
	p=,028*	**p**=,224	**p**=,015*	**p**=,480	**p**=,447
	Fark= (1-3)	-	Fark=(1-2), (1-3)	-	-
Medeni Durum					
Bekar	2,51 ± 0,768	2,46 ± 1,054	2,76 ± 0,929	3,51 ± 1,075	3,89 ± 0,780
Evli	2,30 ± 0,882	2,25 ± 0,821	2,75 ± 0,951	3,27 ± 0,909	4,05 ± 0,516
	Z=-1,695	**Z**=-,889	**Z**=-,304	**Z**=-1,255	**Z**=-,650
	p=,090	**p**=,374	**p**=,761	**p**=,209	**p**=,515

Çalışma Durumu					
Çalışıyor	2,16 ± 0,765	2,12 ± 0,932	2,38 ± 0,866	3,06 ± 1,072	4,09 ± 0,748
Çalışmıyor	2,46 ± 0,889	2,40 ± 0,851	2,96 ± 0,922	3,48 ± 0,855	3,97 ± 0,492
	Z=-1,582	**Z**=-2,212	**Z**=-3,201	**t**=-2,325	**Z**=-1,921
	p=,114	**p**=,027*	**p**=,001*	**p**=,033*	**p**=,055
Aylık Gelir					
Gelir Giderden Az	2,98 ± 0,947	2,46 ± 0,834	3,10 ± 0,835	3,82 ± 0,861	4,04 ± 0,481
Gelir Gidere Eşit	2,29 ± 0,750	2,36 ± 0,921	2,78 ± 0,978	3,29 ± 0,898	4,02 ± 0,561
Gelir Giderden Fazla	1,86 ± 0,640	1,96 ± 0,780	2,28 ± 0,769	2,91 ± 1,023	3,96 ± 0,806
	X^2=20,168	**X^2**=4,914	**X^2**=9,706	**X^2**=10,770	**X^2**=,253
	p=,000*	**p**=,086	**p**=,008*	**p**=,005*	**p**=,881
	Fark= (1-3), (1-2)	-	Fark= (1-3)	Fark= (1-3), (1-2)	-
Yakınlık Derecesi					
Kızı	2,36 ± 0,796	2,34 ± 0,961	2,85 ± 0,949	3,58 ± 0,878	4,06 ± 0,564
Oğlu	2,11 ± 1,015	1,91 ± 0,684	1,98 ± 0,658	2,93 ± 1,218	4,13 ± 0,928
Eşi	2,43 ± 0,929	2,44 ± 0,780	2,94 ± 0,924	3,16 ± 0,872	3,90 ± 0,493
Akrabası	2,58 ± 0,438	2,16 ± 1,108	2,60 ± 0,720	2,84 ± 0,921	3,94 ± 0,321
	X^2=3,205	**X^2**=4,652	**F**=3,181	**X^2**=8,544	**X^2**=7,266
	p=,361	**p**=,199	**p**=,027*	**p**=,036*	**p**=,064
	-	-	Fark=(1-2), (1-3)	Fark= (1-2), (1-3)	-
Daha Önce Bakım Verdi mi?					
Evet	2,33 ± 0,898	2,28 ± 0,946	2,76 ± 0,968	3,39 ± 0,943	4,05 ± 0,615
Hayır	2,44 ± 0,703	2,40 ± 0,655	2,72 ± 0,861	3,14 ± 0,991	3,89 ± 0,513
	Z=-,762	**Z**=-1,245	**Z**=-,127	**Z**=-1,203	**Z**=-1,545
	p=,446	**p**=,213	**p**=,899	**p**=,229	**p**=,122
Bakımda Yardımcı Olan Var mı?					
Evet	2,34 ± 0,836	2,67 ± 0,807	2,76 ± 1,004	3,12 ± 1,014	3,93 ± 0,533
Hayır	2,37 ± 0,871	2,13 ± 0,873	2,75 ± 0,916	3,44 ± 0,914	4,05 ± 0,623
	Z=-,342	**Z**=-3,324	**Z**=-,135	**t**=1,666	**Z**=-1,690
	p=,732	**p**=,001*	**p**=,892	**p**=,098	**p**=,091

t: Bağımsız Örneklem t-Testi, Z: Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, X^2:Kruskal Wallis H Testi

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Araştırmada yer alan bakım verenlerin yaşları, bakım verme süreleri ve Charlson Komorbite İndeksleri ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 6'da verilmiştir. Bu sonuçlara göre; bakım verenlerin yaşları ile Aile Desteğinin Olmaması alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır (r=,277; p=003). Bakım verenlerin yaşları ile Benlik Saygısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir (r=-,239; p=,011). Bakım verenlerin bakım verme süresi ile Planların Bozulması alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf, anlamlı

bir ilişki saptanmıştır (r=,213; p=023). Elde edilen sonuçlara göre bakım verenlerin Charlson Komorbite İndeksleri ile Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r=,219; p=,000). Bakım verenlerin Charlson Komorbite İndeksleri ile Ekonomik Güçlükler, Sağlık Üzerine Etkisi, Planların Bozulması ve Benlik Saygısı alt boyutları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0,05).

Tablo 6. Bakım Verenlerin Yaş, Bakım Verme Süreleri ve Charlson Komorbite İndeksi ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Bakım Verenlerin Yaş, Bakım Verme Süresi ve Charlson Komorbite İndeksi		Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği				
		Ekonomik Güçlükler	Aile Desteğinin Olmaması	Sağlık Üzerine Etkisi	Planların Bozulması	Benlik Saygısı
Yaş	**r**	,074	,277	,117	,005	-,239
	p	,437	,003*	,060	,959	,011*
Bakım Verme Süresi (Yıl)	**r**	,109	-,095	,101	,213	-,054
	p	,249	,319	,288	,023*	,569
Bakım Veren CKİ	**r**	,148	,219	,206	-,069	-,125
	p	,117	,000*	-,295	,469	,187

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı); CKİ: Charlson Komorbite İndeksi*

4.3.1. Bakım Veren Özelliklerine Göre Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Tablo 5'te bakım verenlerin eğitim durumunun Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiş ve etkinin incelenmesi amacıyla ilköğretim eğitim düzeyi referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 7). Elde edilen sonuçlara göre; eğitim durumunun Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=4,688; R^2=,028; p=,011). Lise ve üniversite eğitim düzeyinin Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre; yordayıcı değişkenlerin Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası üniversite (β=-,323) eğitim düzeyi ve lise (β=-,262) eğitim düzeyi şeklindedir.

Tablo 7. Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	2,762	,154		17,942	,000*				
Eğitim Durumu (Lise)	-,538	,226	-,262	-2,378	,019*	,280	,079	4,688	,011*
Eğitim Durumu (Üniversite)	-,550	,188	-,323	-2,927	,004*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin gelir durumlarının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla gelirin giderden az olması referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 8). Elde edilen sonuçlara göre; gelir durumunun Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %19'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı tespit edilmiştir (F=12,672; R^2=,187; p=,000). Gelirin gidere eşit olması ve gelirin giderden fazla olması Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası gelirin giderden fazla olması (β=-519) ve gelirin gidere eşit olması (β=-,399) şeklindedir.

Tablo 8. Bakım Verenlerin Gelir Durumlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	2,976	,156		19,112	,000*				
Gelir Durumu (Gelir Gidere Eşit)	-,690	,183	-,399	-3,772	,000*	,433	,187	12,672	,000*
Gelir Durumu (Gelir Giderden Fazla)	-1,117	,228	-,519	-4,907	,000*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

4.3.2. Bakım Veren Özelliklerine Göre Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Tablo 6'da bakım verenlerin yaşlarının Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara göre; yaşın Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %7'sini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=8,170; R^2=,069; p=,005). Bakım

verenlerin yaşlarının Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,262; p<0,05).

Tablo 9. Bakım Verenlerin Yaşlarının Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	1,171	,405		2,891	,005*	,262	,069	8,170	,005*
Yaş	,021	,007	,262	2,858	,005*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin çalışma durumlarının Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiş ve etkinin incelenmesi amacıyla çalışmayanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 10). Elde edilen sonuçlara göre; çalışma durumunun Aile Desteğinin Olmaması alt boyutunu anlamlı olarak yordamadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 10. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	2,404	,103		23,338	,000*	,151	,023	2,599	,110
Çalışma Durumu (Çalışıyor)	-,279	,173	-,151	-1,612	,110				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin bakım vermelerine birinin yardım etmesinin Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla bakıma yardımcı olan birinin olmaması referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 11). Elde edilen sonuçlara göre; bakıma yardımcı birinin olması Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=10,083; R^2=,083; p=,002). Bakıma yardım eden birinin olması Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,289; p<0,05).

Tablo 11. Bakıma Yardımcı Olan Birinin Olmasının Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	2,670	,140		19,053	,000*	,289	,083	10,083	,002*
Bakıma yardımcı olan var.	-,543	,171	-,289	-3,175	,002*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 6'da bakım verenlerin Charlson Komorbite İndekslerinin Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 12). Elde edilen sonuçlara göre; bakım verenlerin Charlson Komorbite İndeksleri Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %4'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=4,592; R^2=,040; p=,034). Bakım verenlerin Charlsom Komorbite İndekslerinin Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,199; p<0,05).

Tablo 12. Bakım Verenin Charlson Komorbite İndekslerinin Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,094	,128		16,327	,000*	,199	,040	4,592	,034*
Bakım Veren CKİ	,107	,050	,199	2,143	,034*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), CKİ: Charlson Komorbite İndeksi*

4.3.3. Bakım Veren Özelliklerine Göre Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutunu Etkileyen Etmenler

Tablo 5'te bakım verenlerin cinsiyetlerinin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiş ve etkinin incelenmesi amacıyla erkekler referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 13). Elde edilen sonuçlara göre; kadınların Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=13,647; R^2=,109; p=,000). Bakım verenin kadın olması Sağlık Üzerine Etkisi alt

boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,331; p<0,05).

Tablo 13. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerinin Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	2,170	,178		12,160	,000*	,331	,109	13,647	,000*
Cinsiyet (Kadın)	,747	,202	,331	3,694	,000*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin eğitim durumunun Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla ilköğretim eğitim düzeyi referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 14). Elde edilen sonuçlara göre; eğitim durumunun Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı tespit edilmiştir (F=4,493; R^2=,076; p=,013). Lise ve üniversite eğitim düzeyinin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre; yordayıcı değişkenlerin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası lise (β=-,270) eğitim düzeyi ve üniversite (β=-,309) eğitim düzeyi şeklindedir.

Tablo 14. Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	P	R	R^2	F	p
Sabit	3,190	,170		18,808	,000*				
Eğitim Durumu (Lise)	-,610	,249	-,270	-2,446	,016*	,275	,076	4,493	,013*
Eğitim Durumu (Üniversite)	-,580	,207	-,309	-2,802	,006*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin çalışma durumlarının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla çalışmayanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 15). Elde edilen sonuçlara göre; bir işte çalışmanın Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı tespit edilmiştir (F=10,787; R^2=,080; p=,013). Bakım verenin bir işte çalışmasının Sağlık

Üzerine Etkisi alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (β=-,298; p<0,05).

Tablo 15. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,958	,106		27,999	,000*	,089	,080	10,787	,001*
Çalışma Durumu (Çalışıyor)	-,583	,178	-298	-3,284	,001*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin gelir durumlarının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiş ve etkinin incelenmesi amacıyla geliri giderinden az olması referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 16). Elde edilen sonuçlara göre; gelir durumunun Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=4,745; R^2=,079; p=,011). Gelirin gidere eşit olması ve gelirin giderden fazla olması Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası gelirin giderden fazla olması (β=-,345) ve gelirin gidere eşit olması (β=-,171) şeklindedir.

Tablo 16. Bakım Verenlerin Gelir Durumlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,100	,182		17,008	,000*				
Gelir Durumu (Gelir Gidere Eşit)	-,324	,214	-,171	-1,515	,133	,282	,079	4,745	,011*
Gelir Durumu (Gelir Giderden Fazla)	-,816	,266	-,345	-3,063	,003*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin yakınlık derecelerinin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla yakınlık derecesi kızı olanlar referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 17). Elde edilen sonuçlara göre; yakınlık derecesinin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=4,412; R^2=,108; p=,006). Bakım verenin

demans hastasının oğlu, eşi ve akrabası olması Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası demans hastasının eşi olması (β=,470), oğlu olması (β=,464) ve akrabası olması (β=,135) şeklindedir.

Tablo 17. Bakım Verenlerin Yakınlık Derecelerinin Sağlık Üzerine Alt Boyutu Etkisi Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	1,983	,233		8,525	,000*	,329	,108	4,412	,006*
(Yakınlık Derecesi) Oğlu	,869	,261	,464	3,330	,001*				
(Yakınlık Derecesi) Eşi	,952	,278	,470	3,425	,001*				
(Yakınlık Derecesi) Akrabası	,617	,465	,135	1,325	,188				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

4.3.4. Bakım Veren Özelliklerine Göre Planların Bozulması Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Tablo 5'te bakım verenlerin cinsiyetlerinin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiş ve etkinin incelenmesi amacıyla erkekler referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 18). Elde edilen sonuçlara göre; kadınların Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %6'sını istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=7,322; R^2=,062; p=,008). Bakım verenin kadın olması Planların Bozulması alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,249; p<0,05).

Tablo 18. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,888	,186		15,537	,000*	,249	,062	7,322	,008*
Cinsiyet (Kadın)	,570	,211	,249	2,706	,008*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin çalışma durumlarının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla çalışmayanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo

19). Elde edilen sonuçlara göre; bir işte çalışmanın Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %5'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı tespit edilmiştir (F=5,405; R^2=,046; p=,022). Bakım verenin bir işte çalışmasının Planların Bozulması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (β=-,215; p<0,05).

Tablo 19. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,484	,110		31,764	,000*	,215	,046	5,405	,022*
Çalışma Durumu (Çalışıyor)	-,429	,184	-,215	-2,325	,022*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin gelir durumlarının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiş ve etkinin incelenmesi amacıyla geliri giderinden az olanlar referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 20). Elde edilen sonuçlara göre; gelir durumunun Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %10'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=5,976; R^2=,098; p=,003). Gelirin gidere eşit olması ve gelirin giderden fazla olması Planların Bozulması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası gelirin giderden fazla olması (β=-,379) ve gelirin gidere eşit olması (β=-,276) şeklindedir.

Tablo 20. Bakım Verenlerin Gelir Durumlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,820	,183		20,864	,000*				
Gelir Durumu (Gelir Gidere Eşit)	-,532	,215	-,276	-2,475	,015*	,313	,098	5,976	,003*
Gelir Durumu (Gelir Giderden Fazla)	-,911	,268	-,379	-3,404	,001*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 5'te bakım verenlerin yakınlık derecelerinin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla yakınlık derecesi kızı olanlar referans alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi

uygulanmıştır (Tablo 23). Elde edilen sonuçlara göre; yakınlık derecesinin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=3,181; R^2=,080; p=,027). Bakım verenin demans hastasının oğlu ve eşi olması Planların Bozulması alt boyutu puanını pozitif yönlü, akrabası olması ise negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası demans hastasının oğlu olması (β=,340), eşi olması (β=,110) ve akrabası olması (β=-,020) şeklindedir.

Tablo 21. Bakım Verenlerin Yakınlık Derecelerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,933	,240		12,235	,000*	,284	,080	3,181	,027*
Yakınlık Derecesi (Oğlu)	,648	,269	,340	2,408	,018*				
Yakınlık Derecesi (Eşi)	,227	,287	,110	,791	,431				
Yakınlık Derecesi (Akrabası)	-,093	,479	-,020	-,195	,846				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 6'da bakım verenlerin bakım verme süresinin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 22). Elde edilen sonuçlara göre; bakım verme süresinin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %6'sını istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=6,415; R^2=,055; p=,013). Bakım verenlerin bakım verme sürelerinin Planların Bozulması alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,234; p<0,05).

Tablo 22. Bakım Verenlerin Bakım Verme Sürelerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,990	,161		18,571	,000*	,234	,055	6,415	,013*
Bakım Verme Süresi	,081	,032	,234	2,533	,013*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

4.3.5. Bakım Veren Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Tablo 6'da bakım verenlerin yaşlarının Benlik Saygısı alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 23). Elde edilen sonuçlara göre; yaşın Benlik Saygısı alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Tablo 23. Bakım Verenlerin Yaşlarının Benlik Saygısı Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	4,519	,278		16,283	,000*	,174	,030	3,466	,065
Yaş	-,009	,005	-,174	-1,862	,065				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

4.4. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları ve Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenler

Demanslı bireylerin demografik özelliklerine göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 24). Elde edilen sonuçlara göre; demanslı bireylerin tanı aldıkları demans tiplerine göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). İleri evre demanslı bireylere bakım verenlerin Ekonomik Güçlük (X^2=12,534; p=,002), Sağlık Üzerine Etkisi (X^2=14,265; p=,001) ve Planların Bozulması (X^2=32,834; p=,000) alt boyut puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak diğer demans evrelerinden daha yüksek bulunmuştur .

Tablo 24. Demanslı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Demanslı Bireylerin Demografik Özellikler	Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği				
	Ekonomik Güçlükler	Aile Desteğinin Olmaması	Sağlık Üzerine Etkisi	Planların Bozulması	Benlik Saygısı
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Demans Tipi					
AH	2,25 ± 0,819	2,37 ± 0,895	2,63 ± 0,905	3,28 ± 0,980	3,99 ± 0,647
VD	2,63 ± 1,073	1,98 ± 0,883	2,93 ± 0,783	3,51 ± 0,659	3,89 ± 0,509
FTD	2,35 ± 0,894	2,28 ± 0,918	2,98 ± 1,101	3,36 ± 1,023	4,32 ± 0,447
LCD	2,64 ± 0,810	2,26 ± 0,850	3,01 ± 1,041	3,43 ± 1,017	3,97 ± 0,459
	X^2=3,904	X^2=2,193	X^2=3,075	X^2=,800	X^2=4,985

	p=,272	**p**=,533	**p**=,380	**p**=,849	**p**=,173
Demans Evresi					
Erken Evre	1,98 ± 0,690	2,23 ± 0,662	2,36 ± 0,866	2,61 ± 0,789	3,94 ± 0,539
Orta Evre	2,35 ± 0,880	2,29 ± 0,925	2,68 ± 0,865	3,40 ± 0,864	3,98 ± 0,675
İleri Evre	2,76 ± 0,810	2,40 ± 1,035	3,30 ± 0,929	3,99 ± 0,747	4,16 ± 0,478
	X^2=12,534	**X^2**=,107	**X^2**=14,265	**X^2**=32,834	**X^2**=3,004
	p=,002*	**p**=,948	**p**=,001*	**p**=,000*	**p**=,223
	Fark=(1-3)	-	Fark=(1-3), (2-3)	Fark=(1-2), (1-3), (2-3)	-

*X^2:Kruskal Wallis H Testi *p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı),*

AH: Alzheimer Hastalığı, VD: Vasküler Demans, FTD: Frontotemporal Demans, LCD: Lewy Cisimcikli Demans

Demanslı bireylerin yaşları ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 25). Elde edilen sonuçlara göre demanslı bireylerin yaşları ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0,05).

Tablo 25. Demanslı Bireylerin Yaşları ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği	**Demanslı Bireylerin Yaşı**	
	r	**p**
Ekonomik Güçlükler	,013	,895
Aile Desteğinin Olmaması	,067	,481
Sağlık Üzerine Etkisi	-,003	,974
Planların Bozulması	,058	,541
Benlik Saygısı	-,069	,470

Demanslı bireylerin Charlson Komorbite İndeksleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 26). Mini Mental Test puanları ile Ekonomik Güçlükler (r=-,336; p=,000) ve Sağlık Üzerine Etkisi (r=-,295; p=,002) alt boyutları puanlar arasında negatif yönlü zayıf ilişki, Planların Bozulması (r=-,479; p=,000) alt boyutu puanları arasında ise negatif yönlü orta derece ilişki saptanmıştır. Nöropsikiyatrik Envanter puanları ile Ekonomik Güçlükler (r=,295; p=,002), Sağlık Üzerine Etkisi (r=,276; p=,003) ve Planların Bozulması (r=,324; p=,000) alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. Nöropsikiyatrik Envanter puanları ile Benlik Saygısı alt boyutu

puanları arasında ise negatif yönlü çok zayıf ilişki belirlenmiştir (r=-,188; p=,047). Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanları ile Planların Bozulması alt boyutu puanları arasında negatif yönlü orta derece ilişki bulunmuştur (r=-,516; p=,000). Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanları ile Ekonomik Güçlükler (r=-,365; p=,000), Sağlık Üzerine Etkisi (r=-,313; p=,001) ve Benlik Saygısı (r=-,202; p=,032) alt boyutu puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanları ile Planların Bozulması alt boyutu puanları arasında negatif yönlü orta derece ilişki bulunmuştur (r=-,523; p=,000). Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanları ile Ekonomik Güçlükler (r=-,364; p=,000) ve Sağlık Üzerine Etkisi (r=-,290; p=002) alt boyutu puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır.

Tablo 26. Demanslı Bireylerin Charlson Komorbite İndeksleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanları ile Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği		CKİ	MMT	NPI	GYA	EGYA
Ekonomik Güçlükler	**r**	,103	-,336	,295	-,365	-,364
	p	,280	,000*	,002*	,000*	,000*
Aile Desteğinin Olmaması	**r**	,092	,008	-,049	-,002	-,042
	p	,334	,931	,604	,985	,658
Sağlık Üzerine Etkisi	**r**	,032	-,295	,276	-,313	-,290
	p	,738	,002*	,003*	,001*	,002*
Planların Bozulması	**r**	,032	-,479	,324	-,516	-,523
	p	,734	,000*	,000*	,000*	,000*
Benlik Saygısı	**r**	,007	-,133	-,188	-,202	-,118
	p	,945	,161	,047*	,032*	,215

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), CKİ: Charlson Komorbite İndeksi; MMT: Mini Mental Test, NPI: Nöropsikiyatrik Envanter, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

4.4.1. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Demanslı bireylerin demans evreleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerinde

etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır.

Demans evresinin Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=6,835; R^2=,111; p=,002). Orta ve ileri demans evresi Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası demanslı bireyin ileri evrede olması (β=,399) ve orta evrede olması (β=,219) şeklindedir (Tablo 27).

Tablo 27. Demanslı Bireylerin Demans Evrelerinin Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	1,981	,146		13,540	,000*				
Demans Evresi (Orta)	,374	,184	,219	2,031	,045*	,332	,111	6,835	,002*
Demans Evresi (İleri)	,778	,210	,399	3,697	,000*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 28'de Mini Mental Test puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=13,027; R^2=,105; p=,000). Mini Mental Test puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,324; p<0,05).

Tablo 28. Demanslı Bireylerin Mini Mental Test Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,937	,178		16,471	,000*	,324	,105	13,027	,000*
MMT	-,039	,011	-,324	-3,609	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), MMT: Mini Mental Test*

Tablo 29'da Nöropsikiyatrik Envanter puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı tespit edilmiştir (F=10,617; R^2=,080; p=,001). Nöropsikiyatrik Envanter

puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,295; p<0,05).

Tablo 29. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	1,608	,242		6,645	,000*	,295	,080	10,617	,001*
NPI	,013	,004	,295	3,258	,001*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), NPI: Nöropsikiyatrik Envanter*

Tablo 30'da Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %15'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=19,788; R^2=,151; p=,000). Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,389; p<0,05).

Tablo 30. Demanslı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,469	,261		13,288	,000*	,389	,151	19,788	,000*
GYA	-,085	,019	,389	-4,448	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri*

Tablo 31'de Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %10'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=12,268; R^2=,100; p=,001). Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,315); p<0,05).

Tablo 31. Demanslı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,079	,220		13,973	,000*	,315	,100	12,268	,001*
EGYA	-,074	,021	-,315	-3,503	,001*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

4.4.2. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Demanslı bireylerin demans evresi, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır.

Tablo 32'de demans evresinin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %14'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=8,796; R^2=,138; p=,000). Orta ve ileri demans evresi Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası demanslı bireyin ileri evrede olması (β=,437) ve orta evrede olması (β=,168) şeklindedir.

Tablo 32. Demanslı Bireylerin Demans Evrelerinin Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,363	,158		14,917	,000*				
Demans Evresi (Orta)	,316	,199	,168	1,586	,116	,371	,138	8,796	,000*
Demans Evresi (İleri)	,937	,228	,437	4,113	,000*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 33'te Mini Mental Test puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %9'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=10,771; R^2=,088; p=,001). Mini Mental Test puanının Sağlık

Üzerine Etkisi alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,297; p<0,05).

Tablo 33. Demanslı Bireylerin Mini Mental Test Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,339	,198		16,867	,000*	,297	,088	10,771	,001*
MMT	-,040	,012	-,297	-3,282	,001*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), MMT: Mini Mental Test*

Tablo 34'te Nöropsikiyatrik Envanter puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %6'sını istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=6,399; R^2=,055; p=,013). Nöropsikiyatrik Envanter puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,233; p<0,05).

Tablo 34. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,102	,271		7,758	,000*	,233	,055	6,399	,013*
NPİ	,012	,005	,233	2,530	,013*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), NPI: Nöropsikiyatrik Envanter*

Tablo 35'te Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %14'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=17,429; R^2=,136; p=,000). Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,368); p<0,05).

Tablo 35. Demanslı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,911	,290		13,499	,000*	,368	,136	17,429	,000*
GYA	-,088	,021	-,368	-4,175	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri*

Tablo 36'da Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %8'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=8,942; R^2=,075; p=,003). Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,273); p<0,05).

Tablo 36. Demanslı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,441	,246		14,002	,000*	,273	,075	8,942	,003*
EGYA	-,071	,024	-,273	-2,990	,003*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

4.4.3. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Planların Bozulması Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Demanslı bireylerin demans evreleri, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır.

Tablo 37'de demans evresinin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %29'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir (F=21,873; R^2=,285; p=,000). Orta ve ileri demans evresi Planların Bozulması alt boyutu puanını pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Standartize edilmiş regresyon katsayısına göre; yordayıcı değişkenlerin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki göreli önem sırası demanslı bireyin ileri evrede olması (β=,635) ve orta evrede olması (β=,414) şeklindedir.

Tablo 37. Demanslı Bireylerin Demans Evrelerinin Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,606	,146		17,799	,000*				
Demans Evresi (Orta)	,790	,184	,414	4,284	,000*	,533	,285	21,873	,000*
Demans Evresi (İleri)	1,383	,211	,635	6,567	,000*				

**p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı)*

Tablo 38'de Mini Mental Test puanının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %21'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=29,859; R^2=,212; p=,000). Mini Mental Test puanının Planların Bozulması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,460); p<0,05).

Tablo 38. Demanslı Bireylerin Mini Mental Test Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	4,254	,187		22,776	,000*	,460	,212	29,859	,000*
MMT	-,062	,011	-,460	-5,464	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), MMT: Mini Mental Test*

Tablo 39'da Nöropsikiyatrik Envanter puanının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=14,048; R^2=,112; p=,000). Nöropsikiyatrik Envanter puanının Planların Bozulması alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=,335); p<0,05).

Tablo 39. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,385	,266		8,953	,000*	,335	,112	14,048	,000*
NPİ	,017	,005	,335	3,748	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), NPI: Nöropsikiyatrik Envanter*

Tablo 40'da Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %25'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak

açıkladığı saptanmıştır (F=37,723; R^2=,254; p=,000). Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Planların Bozulması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,504); p<0,05).

Tablo 40. Demanslı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	4,940	,273		18,081	,000*	,504	,254	37,723	,000*
GYA	-,123	,020	-,504	-6,142	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri*

Tablo 41'de Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %24'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=35,626; R^2=,243; p=000). Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Planların Bozulması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,493); p<0,05).

Tablo 41. Demanslı Bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	4,594	,226		20,368	,000*	,493	,243	35,626	,000*
EGYA	-,129	,022	-,493	-5,969	,000*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

4.4.4. Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Alt Boyutu ve Etkileyen Etmenler

Demanslı bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Benlik Saygısı alt boyutu puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır.

Tablo 42'de Nöropsikiyatrik Envanter puanının Benlik Saygısı alt boyutu puanını yordamadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 42. Demanslı Bireylerin Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Benlik Saygısı Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	4,338	,173		25,047	,000*	,185	,034	3,925	,050
NPI	-,006	,006	-,185	-1,981	,050				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), NPI: Nöropsikiyatrik Envanter*

Tablo 43'te Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Benlik Saygısı alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %4'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=5,103; R^2=,044; p=,026). Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanının Benlik Saygısı alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β=-,210); p<0,05).

Tablo 43. Demans Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Puanlarının Benlik Saygısı Alt Boyutu Üzerindeki Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	4,430	,193		22,989	,000*	,210	,044	5,103	,026*
GYA	-,032	,014	-,210	-2,259	,026*				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri*

4.5. Ekonomik Güçlükler Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Bakım verenlerin eğitim durumları, aylık gelirleri, demanslı bireylerin demans evresi, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını yordadığı belirlenmiş olup çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmişlerdir (Tablo 44).

Tablo 44. Ekonomik Güçlükler Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,306	,659		5,020	,000*				
Bakım Veren Eğitimi (Lise)	-,354	,205	-,172	-1,721	,088				
Bakım Veren Eğitimi (Üniversite)	-,351	,177	-,206	-1,987	,050				
Aylık Gelir (Gelir Gidere Eşit)	-,584	,182	-,338	-3,202	,002*				
Aylık Gelir (Gelir Giderden Fazla)	-,888	,235	-,413	-3,784	,000*				
Demans Evresi (Orta Evre)	-,018	,237	-,011	-,077	,939	,586	,343	5,326	,000*
Demans Evresi (İleri Evre)	,007	,402	,003	,017	,987				
MMT	-,001	,021	-,006	-,035	,972				
NPI	,008	,004	,183	1,891	,061				
GYA	-,035	,039	-,161	-,903	,369				
EGYA	-,016	,035	-,069	-,466	,642				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), MMT: Mini Mental Test, NPI: Nöropsikiyatrik Envanter, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

Tablo 44'te çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modeldeki değişkenlerin Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %34'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir (F=5,326; R^2=,343; p=,000). Değişkenler arasında ekonomik güçlükler üzerindeki yordayıcılığı en önemli olanın aylık gelir durumu olduğu belirlenmiştir. Regresyon modelindeki aylık gelirin gidere eşit olması (β=-,338; p=,002) ve aylık gelirin giderden fazla olmasının (β=-,413; p=,000) Ekonomik Güçlükler alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yorduğu belirlenmiştir.

4.6. Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Bakım verenlerin yaşı, bakıma yardımcı birinin olması ve bakım verenin Charlson Komorbite İndekslerinin Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanını yordadığı belirlenmiş olup çoklu doğrusal regresyon analizine dâhil edilmişlerdir (Tablo 45).

Tablo 45. Aile Desteğinin Olmaması Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	1,866	,571		3,266	,001*				
Bakım Veren Yaşı	,013	,011	,161	1,173	,243	,328	,108	4,378	,006*
Bakıma Yardımcı Birinin Olması	-,408	,187	-,217	-2,177	,032*				
Bakım Veren CKİ	,007	,070	,013	,102	,919				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), CKİ: Charlson Komorbite İndeksi*

Tablo 45'te çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modeldeki değişkenlerin Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %11'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir (F=4,378; R^2=,108; p=,006). Regresyon modelindeki bakıma yardımcı birinin olması Aile Desteğinin Olmaması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yorduğu belirlenmiştir (β=-,217; p=,032).

4.7. Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Bakım verenlerin cinsiyeti, eğitim durumları, çalışma durumu, aylık geliri, yakınlık derecesi; demanslı bireylerin demans evresi, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanını yordadığı belirlenmiş olup çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmişlerdir (Tablo 46).

Tablo 46. Sağlık Üzerine Etkisi Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	2,490	,799		3,116	,002*				
Bakım Veren Cinsiyeti (Kadın)	,408	,298	,181	1,369	,174				
Bakım Veren Eğitimi (Lise)	-,372	,265	-,165	-1,402	,164				
Bakım Veren Eğitimi (Üniversite)	-,250	,254	-,133	-,983	,328				
Bakım Verenin Çalışma Durumu (Çalışıyor)	-,276	,225	-,141	-1,224	,224				
Aylık Gelir (Gelir Gidere Eşit)	-,054	,206	-,028	-,262	,794				
Aylık Gelir (Gelir Giderden Fazla)	-,108	,283	-,045	-,381	,704				
Yakınlık Derecesi (Oğlu)	,181	,410	,097	,442	,659	,591	,349	3,473	,000*
Yakınlık Derecesi (Eşi)	,496	,391	,245	1,268	,208				
Yakınlık Derecesi (Akrabası)	,306	,567	,067	,540	,590				
Demans Evresi (Orta Evre)	,402	,272	,214	1,482	,142				
Demans Evresi (İleri Evre)	,886	,454	,413	1,951	,054				
MMT	,021	,024	,158	,868	,388				
NPI	,000	,005	,004	,041	,967				
GYA	-,037	,045	-,153	-,821	,414				
EGYA	-,022	,042	-,084	-,520	,604				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), MMT: Mini Mental Test, NPI: Nöropsikiyatrik Envanter, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

Tablo 46'da çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modeldeki değişkenlerin Sağlık Üzerine Etkisi alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %35'ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir (F=3,473; R^2=,349; p=,000).

4.8. Planların Bozulması Alt Boyutunu Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Bakım verenlerin cinsiyeti, çalışma durumu, aylık geliri, yakınlık derecesi, bakım verme süresi; demanslı bireylerin demans evresi, Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ve Enstrümental günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi puanlarının Planların Bozulması alt boyutu puanını yordadığı belirlenmiş olup çoklu doğrusal regresyon analizine dâhil edilmişlerdir (Tablo 47).

Tablo 47. Planların Bozulması Alt Boyutu Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	3,588	,732		4,899	,000*				
Bakım Veren Cinsiyeti (Kadın)	,321	,263	,140	1,220	,225				
Bakım Verenin Çalışma Durumu (Çalışıyor)	-,531	,198	-,267	-2,690	,008*				
Aylık Gelir (Gelir Gidere Eşit)	-,395	,190	-,205	-2,077	,040*				
Aylık Gelir (Gelir Giderden Fazla)	-,373	,269	-,155	-1,389	,168				
Yakınlık Derecesi (Oğlu)	-,157	,358	-,082	-,438	,663				
Yakınlık Derecesi (Eşi)	-,196	,369	-,095	-,530	,597				
Yakınlık Derecesi (Akrabası)	-,723	,508	-,156	-1,422	,158	,665	,443	5,558	,000*
Bakım Verme Süresi	,010	,032	,028	,298	,766				
Demans Evresi (Orta Evre)	,646	,254	,339	2,548	,012*				
Demans Evresi (İleri Evre)	,899	,425	,413	2,113	,037*				
MMT	,013	,021	,094	,593	,555				
NPI	,002	,005	,038	,407	,685				
GYA	-,010	,042	-,040	-,233	,816				
EGYA	-,060	,040	-,228	-1,491	,139				

** p<,05(%95 Güven Aralığında Anlamlı), MMT: Mini Mental Test, NPI: Nöropsikiyatrik Envanter, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri*

Tablo 47'de çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modeldeki değişkenlerin Planların Bozulması alt boyutu puanı üzerindeki varyansın %44'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir (F=5,558; R^2=,443; p=,000). Regresyon modelindeki bakım verenin çalışıyor olmasının (β=-,267; p=,008) ve aylık gelirinin giderine eşit olmasının (β=-,205; p=,040) Planların Bozulması alt boyutu puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yorduğu belirlenmiştir. Regresyon modelindeki orta evre demans (β=,339; p= ,012) ve ileri evre demansın (β=,413; p=037) olmasının Planların Bozulması alt boyutu puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yorduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik bakım veren tepkisini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucundaki bulgular iki genel başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutları ve bakım veren özelliklerine göre etkileyen etmenlerin etkisi
- Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutları ve demanslı bireylerin özelliklerine göre etkileyen etmenlerin etkisi şeklindedir.

5.1. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenlerin Etkisi

5.1.1. Ekonomik Güçlükler

Demanslı bireylerin bakımı semptomlarının şiddetinin ilerlemesine bağlı olarak uzun bir bakım süreci gerektirir. Uzun bakım sürecinin bakım verenlerde yüksek düzeyde ekonomik yük oluşturduğu bilinmektedir. Bakım verenler hastalarına gerekli bakımı sağlayabilmek için çalışma saatlerini düşürmekte, izin kullanmakta, çalıştıkları yerden ayrılma veya erken emekli olma gibi durumları yaşayabilmekte ve bunun sonucunda yaşanan iş gücü kaybı nedeniyle ekonomik zorluklar yaşanabilmektedir (85-87). Demanslı bireye primer bakım verenlerin bakım vermeyenlere kıyasla daha fazla işle ilgili devamsızlıklar ve sorunlar yaşadığı bulunmuştur (86).

Çalışmamızda bakım verenlerin orta düzeyde ekonomik güçlükler yaşadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışmamız ile benzer olarak bakım verenlerin orta düzeyde ekonomik güçlük yaşadıkları görülmüştür (88-90). Çalışmamıza dahil edilen bakım verenlerin yaş ortalaması 54.95±11,242'dir. Bu yaş ortalamasına sahip bireylerin aktif çalışma hayatında olan bireyler olduğu düşünülmektedir. Aile ekonomisine katkı sağlayabilecek bu bireylerin bakım sürecinden kaynaklı işinden geçici bir süre ayrılmak durumunda kalması veya işini bırakmak zorunda olması gibi nedenlerle bakım verenlerin gelirlerinde azalma ve bunun sonucunda ekonomik güçlük yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim düzeyi ve gelir durumlarının ekonomik güçlükler alt boyutunu yordadığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçların olduğu görülmüştür. Park ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada bu çalışma ile benzer şekilde yüksek gelir düzeyi olan bakım verenlerin daha az ekonomik güçlük yaşadığı belirtilmiştir (91). İsveç'te kırsal ve kentsel alanda yaşayan bakım verenlerin tepkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise bakım verenlerin düşük düzeyde ekonomik güçlüklerinin olduğu ve eğitim düzeyi ile ilşikili olmadığı belirlenmiştir (29). Bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı ülkelerin ve bu ülkelerde yaşayan bireylerin gelir düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma bulguları doğrultusunda eğitim düzeyi ve gelir durumu yüksek kişilerin çalışma koşullarının ve yaşam standartlarının daha kaliteli olması göz önünde bulundurulduğunda bakım sürecinde daha az düzeyde ekonomik güçlük yaşadıkları düşünülmektedir.

5.1.2. Aile Desteğinin Olmaması

Çalışmamızda bakım verenlerin aile desteğinin olmamasının orta düzeyde bir bakım veren tepkisi oluşturduğu bulunmuştur. Literatürde çalışmamız ile benzer şekilde bakım verenlerde aile desteğinin olmamasının orta düzeyde bir bakım veren tepkisi oluşturduğu görülmüştür (29,88). Demanslı bireylere bakım verenler ile yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin, bakım sürecinde yaşadığı zorluklarla baş etme konusunda çoğunlukla aile üyelerinden destek alması gerektiği bildirilmiştir (92). Aile desteğinin olmaması bakım verenlerde olumsuz tepkilere, bakımda zorlanmaya neden olmaktadır. Aile içi dinamiği zayıf olan ve aile üyeleri tarafından yeterli destek alamayan bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının bozulduğu, psikolojik iyilik halinin düşük olduğu, bakım verme rolünde zorlandıkları ve bakım yükünün arttığı bildirilmektedir (28,46). Aile içi dinamiği güçlü olan bakım verenlerin ise daha kaliteli bir bakım sağladıkları literatürde bildirilmektedir (47).

Bu çalışmada bakım verenlerin yaşı, bakıma yardımcı birinin olması ve komorbidite puanının aile desteğinin olmaması ile ilişkili olduğu ve bu değişkenlerin aile desteğinin olmamasını yordadığı belirlenmiştir.

Bakım veren yaşının artması ile beraber bakım veren kişi daha fazla sağlık sorunları yaşamakta, kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek ve

ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük yaşamaktadır. Bakım verenler hem kendi sağlık durumları hem de demanslı bireylerin sağlık durumundan kaynaklı bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmaktadır (93). Dolayısıyla yaşı artan bakım verenler bakım sürecinde daha fazla destek ihtiyacı duymakta ve bakıma yönelik aile desteğinin olmamasına yönelik daha fazla olumsuz tepki oluşturmaktadır.

Bu çalışmada bakıma yardımcı birinin olmasının, aile desteğinin olmaması ile ters orantılı bir bulgu verdiği görülmüştür. Bakıma yardımcı biri varsa bakım verenler aile desteğini hissetmekte ve daha az bakıma yönelik olumsuz tepki vermektedir. Bakıma yardımcı birinin olması ile bakım sürecindeki sorumluluklar paylaşılmaktadır. Bu şekilde yardımcı birinin varlığının bakım veren tepkisini azaltmada önemli bir etken olması beklendik bir sonuçtur. Aile desteği çok olan kişilerin bakım sürecinde daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşayacağı ve olumsuz bakım veren tepkilerinin daha düşük olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada aile desteğinin olmamasını yordayan değişkenlerden biri olarak bakım verenlerin komorbiditesi belirlenmiştir. Demanslı bireyin bakımını sürdürmek bakım verenlerin depresyon, anksiyete, uykusuzluk gibi sorunlar yaşamasına ve komorbidite puanlarının artmasına neden olmaktadır (94). Kendi bakım ihtiyaçları göz önünde bulundurulduğunda bakım verenlerin komorbiditesi arttıkça daha fazla aile desteğine ihtiyacı olmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada bakım verenin komorbidite puanı arttıkça aile desteğinin olmamasından kaynaklı olumsuz bakım veren tepkisinin arttığı düşünülmektedir.

5.1.3. Sağlık Üzerine Etkisi

Çalışmamızda bakım veren tepkilerinin sağlık üzerine etkisinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer nitelikte sonuçların elde edildiği bulunmuştur (29,88). Literatürde demanslı bireyin bakımını üstlenen kişilerin %40'ının sağlık durumunu orta düzey olarak bildirdiği belirtilmiştir (95). Demanslı bireye bakım verenlerin bakım verici olmayan bireylere kıyasla daha kötü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir. Demanslı bireye bakım verenlerde psikolojik semptomların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada bakım verenlerin bakım verici olmayanlara kıyasla fiziksel olarak daha fazla sedanter hayata sahip oldukları sonucuna varılmıştır (96).

Çalışmamızda bakım verenlerin; cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri, yakınlık derecesi gibi değişkenlerin sağlık üzerine etkisini yordadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde cinsiyet ile ilgili çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (88). Cobb ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada bakım deneyiminde cinsiyete dayalı farklılıkların olduğu, çalışmamız ile benzer olarak erkek bakım verenlerin daha az sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmiştir (88). De Fazio ve arkadaşlarının (2015) demanslı bireye bakım verenlerde sosyodemografik değişkenlere göre öznel yük ve depresif belirtilerin varlığını ve ilişkisini incelediği araştırma sonucuna göre kadın bakım verenlerin kendi sağlık durumlarını erkeklere göre daha kötü olarak tanımladıkları görülmüştür (95). Demanslı bireyin bakımını üstelenen kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları, fiziksel sağlık durumlarının daha fazla etkilendiği, algılanan stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (97, 98). Çalışma sonuçlarımız ve literatür göz önünde bulundurulduğunda bakım verme eyleminde cinsiyete göre sağlık durumunda farklılıkların olduğu, kadın bakım verenlerin daha fazla olumsuz tepkiler yaşadıkları ve dolayısıyla bu alanda daha fazla desteğe ihtiyaçlarının olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin eğitim durumunun sağlık üzerine etkisi olduğu ve eğitim durumu düşük olan bireylerin sağlık üzerine bakım veren tepkisinin daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu yüksek olan bakım verenlerin daha iyi fiziksel sağlık yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (99). Literatürde eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin poliklinik hizmetlerini daha çok kullandığı bildirilmiştir (100). Eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımını, sağlık durumuna ilişkin farkındalığını, düzenli sağlık kontrollerini, komorbiditesi varsa tedavi planına bağlı kalmayı ve öz bakım becerilerinin daha iyi olmasını etkileyerek sağlıkla ilgili daha düşük düzeyde bakım veren tepkisini oluşturduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyinin bakım veren tepkisini etkilediği ve gelir düzeyi düşük olan kişilerin sağlık üzerinde bakım veren tepkisinin daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada gelir düzeyi düşük olan bireylerin kişisel bakım, beslenme gibi temel ihtiyaçları gidermede ve sağlık sistemlerine ulaşma konusunda

yetersiz kalmasına neden olduğu ve bunun sonucunda sağlık durumlarının etkilendiği, bakım verenlerin sağlık üzerine daha fazla olumsuz tepkilerinin olacağı düşünülmektedir. Nguyen ve Comans (2021) tarafından yapılan güncel bir derlemede bugüne kadarki ekonomik değerlendirme yapılan çalışmalarda, genellikle bakım verenlerin bakış açılarını ve demanslı yakınlarına bakım vermekle ilgili maliyetleri ve sonuçları yetersiz yansıttığı vurgulanmıştır (101). Araştırmacılar, bakım verme ile ilgili görünmeyen, hesaplanamayan maliyetlerinin de olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Yapılan pek çok çalışmada da bakım verenlerin çalışma durumu, gelir durumu gibi ekonomik durumlarıyla ilgili değişkenin ayrıntılı incelenmediği görülmüştür. Chen, Thunell ve Zissimopoulos'ın (2020) yaptığı çalışmada gelecekte yapılacak olan çalışmaların sağlık üzerine çevresel, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin etkisinin incelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (102).

Bu çalışmada demanslı birey ile yakınlık derecesinin bakım veren tepkisini etkilediği ve eşlerin sağlık üzerinde bakım veren tepkisinin daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Farklı etnik gruplarda eş olarak bakım verenlerin fiziksel ve mental sağlık durumlarının bakım vermeyen grupla karşılaştırıldığı çalışmada, eş olarak bakım verenlerin sağlık durumlarının kötü olduğu görülmüştür (102). Tülek ve arkadaşlarının (2020) demanslı bireye bakım verenlerin bakım veren yükü ve yaşam kaliteleri ile ilgili yaptıkları çalışmada da eş olarak bakım verenlerin fiziksel sağlık ile ilgili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (99). Bakım veren eşlerin, yetişkin çocuklara göre daha yaşlı olması ve buna bağlı olarak komorbiditelerinin daha fazla olmasından kaynaklı sağlıkla ilgili olumsuz tepkilerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.1.4. Planların Bozulması

Çalışmamızda bakım veren tepkilerinin planlarının bozulması alt boyutu için de orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamız ile benzer şekilde bakım verenlerde planların bozulmasının orta düzeyde bir bakım veren tepkisi oluşturduğu görülmüştür (29,88). Literatürde demanslı bireye bakım verenlerin bakım sürecinden kaynaklı günlük yaşam faaliyetlerinin etkilendiğine yönelik bilgiler mevcuttur (91,103,104). Bakım sürecinde bakım verenlerin bakıma odaklanması; günlük aktivitelerinde düzensizliğe, günlük faaliyetlerinden vazgeçmeye ve sosyal

izolasyona yol açtığı bildirilmektedir (105,106). Akdemir ve Akyar'ın (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bakım verenlerin %90'ının günlük yaşamının etkilendiği ve etkilenmenin en çok sırasıyla sosyal yaşantıda, iş yaşantısında, gün içinde dışarı çıkma ile kendine zaman ayırma konusunda olduğu bildirilmektedir (103). Alzheimer hastasına bakım veren aile üyeleri ile ilgili yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin bakım vermekten kaynaklı olarak sırasıyla en çok eve bağımlı hale gelme, sosyal hayata zaman ayıramama, yorgun hissetme, kendine zaman ayıramama, aileye zamana ayıramama sorunlarını yaşadığı bildirilmiştir (104). Demanslı bireylere bakım verenlerin bakım verici konumda olma ile ilgili yaşadığı güçlükler ve bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan nitel bir araştırmada, bakım veren kişilerin bakım vermeye başlamadan önce yaşamlarının nasıl olduğu değerlendirilmeye alınmış ve bakım sürecinden önce bakım verenlerin tamamının kendisine vakit ayırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada bakım verenlerin tamamı eve gelen kişilerin azalmasından, yarısından fazlası kendine vakit ayıramadığından ve dışarı çıkma durumu engellendiğinden dolayı sosyal yönden zorlandıklarını bildirmiştir (99).

Literatür göz önünde bulundurulduğunda bakım verenlerin süreç içinde kendi yaşam faaliyetleri ve planlarıyla ilgili değişikler yaşadığı görülmektedir. Demanslı bireye bakım verenlerin zamanlarını kullanma konusunda yapılan bir çalışmada bakım verenlerin zamanının %45,92'si bakım faaliyetlerinde, %36,92'si isteğe bağlı faaliyetlerde ve %25,67'si bakım verenin hayatındaki zorunlu faaliyetlerde kullandığı saptanmıştır (107). Bakımın getirdiği sorumluluk nedeniyle bakım verenlerin gün içinde zamanının çoğunluğunu bakım vermeyle geçirmesi, kendi ihtiyaçlarındansa bakım verdiği bireyi ön planda tutması, fedakârlık göstermesi, bakım konusunda aile ve sosyal desteğinin yeterli olmamasından kaynaklı planlarında bozulma yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyetin planların bozulmasını yordadığı ve kadın bakım verenlerin planlarının erkeklere oranla daha fazla bozulduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Ehrlich ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada kadın bakım verenlerin erkek

bakım verenlere göre daha fazla planlarında bozulma yaşadıkları belirtilmiştir (29). Ülkemizde kadınların ev işlerini yürütüp bakım ile ilgili rolleri daha çok üstlendikleri görülmektedir. Bakım süreciyle birlikte kadınların üstlendiği rol ve sorumluklar artmaktadır. Kadınlara atfedilen roller nedeniyle kadınların günlük yaşam faaliyetlerinin daha fazla etkilendiği ve planların bozulmasına yönelik bakım veren tepkisini erkeklere göre daha yüksek yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin çalışma durumu ve aylık gelir durumunun planların bozulması yordadığı, çalışmayan ve gelir durumu düşük olan bireylerin planların bozulmasında bakım veren tepkisinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, çalışmayan bakım verenlerin, çalışanlara oranla hastalarına kendilerini daha bağımlı hissettikleri bulunmuştur (108). Çalışan ve gelir durumu iyi olan bireylerin gün içerisinde işlerinde olmalarından dolayı bakım verdikleri birey ile daha az oranda ilgilenmeleri, hastadan uzak durmaları onların ruhsal sağlığını, sosyallik durumunu ve günlük yaşantısını daha az düzeyde etkilediğini bu nedenle planların bozulmasına yönelik bakım veren tepkisini çalışmayan bireylere göre daha düşük yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin demanslı birey ile yakınlık derecesinin, planların bozulmasını yordadığı ve kız evlat olarak bakım verenlerin planların bozulmasında bakım veren tepkisinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte sonuçların olduğu görülmüştür. Wawrziczny, Duprez ve Antoine'nin (2020) yaptığı çalışmada eşlerin ve demanslı bireyle birlikte yaşayan evlatların, beraber yaşamayan evlatlara göre planların bozulmasında olumsuz tepkilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (32). Literatürde eş ve evlatların demanslı birey ile ilişkinin türüne bağlı olarak bakım verme deneyimlerinde farklılık gösterdiği vurgulanmaktadır (109). Bakım deneyiminde yetişkin evlatların, bakım veren eşlere göre daha fazla bakım yükü yaşadıklarını bildiren çalışmalar mevcuttur. Demanslı bireye bakım veren eş ve yetişkin çocukların deneyimlerini inceleyen bir çalışmada evlat olarak bakım verenlerin daha düşük yaşam kalitesi ve daha fazla bakım yükünün olduğu saptanmıştır (110). Kız evlat olarak bakım verenlerin, iş hayatının olması, çocuk yetiştirmesi, ev işlerini yürütmesi gibi günlük yaşamlarında

birden fazla rolü bulunmaktadır. Bu rollerin daha fazla yük oluşturduğu ve bunun da planlarının bozulmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada bakım verme süresinin planların bozulması ile pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde demans şiddetinin artmasıyla bakım verme süresinin ilişkili olduğu bildirilmektedir (42). Hastaların demans şiddetinin artması daha fazla bakım alanında desteğe ihtiyaç olmasına ve bakım verenlerin bakım verme sürelerinin daha fazla uzamasına neden olmaktadır. Bakım veren planlarının bozulmasının, hastaları için bakım faaliyetlerinde daha fazla zaman harcadıkları için kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.

5.1.5. Benlik Saygısı

Çalışmamızda bakım veren tepkilerinin benlik saygısı iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Cobb ve arkadaşlarının (2016), Sittironnarit ve arkadaşlarının yaptığı (2020) çalışmada bu çalışma ile benzer bakım verenlerin benlik saygısının iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (88,111). Ehrlic ve arkadaşlarının (2014) yaptığın çalışmada ise bakım verenlerin benlik saygısının orta düzeyde oldukları bildirilmiştir (29). Literatürde benlik saygısı yüksek olan bakım verenlerin bakım veren yük durumları ile daha etkili baş edebildiği belirtilmektedir (59). Demanslı bireylerin bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada benlik saygısının, psikolojik iyilik hali ile pozitif bir şekilde ilişkili olduğu ve bakıcı yükü ile negatif bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (61). Bir başka çalışmada bakım veren ile demanslı birey arasındaki kaliteli yakın bir ilişkinin ve bakım verenin düşük depresyon düzeyinin bakım verenlerin benlik saygısını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (25).

Bu çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve kız evlatlar olduğu bulunmuştur. Toplumsal ve kültürel olarak bakım görevi çoğunlukla kadınlara ve kız evlatlara atfedilmektedir. Bakım sorumluluğunu yönettikleri için ailesi ve çevresi tarafından takdir görmektedirler. Bu nedenlerle bakımın; kişinin kendine olan güveninin artmasına, kendisini iyi hissetmesine ve bakım verme rolüne bağlanmasına neden olduğuna inanılmaktadır. Bunların bakım veren tepkisini olumlu etkilediği ve benlik saygısının iyi olmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

5.2. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Demanslı Bireylerin Özelliklerine Göre Etkileyen Etmenlerin Etkisi

Bu çalışmada demanslı bireyin klinik özelliklerinin; demans evresi, MMT, NPI, GYA ve EGYA'nın ekonomik güçlükler, sağlık üzerine ve planların bozulması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Demanslı bireyin özellikle nöropsikiyatrik semptomlarının ve fonksiyonel yetersizliklerinin bakım veren yükü ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (112-117).

Demanslı bireylerin kendi günlük aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşaması ve bakım verene olan ihtiyacının artması sonucunda bakım veren bireylerin fiziksel olarak daha fazla bakım sundukları ve bu doğrultuda daha fazla sağlık sorunları yaşadıkları düşünülmektedir. Bakım ihtiyaçlarının artmasıyla bakıma yönelik harcamalar daha fazla olmakta ve bu durum ekonomik açıdan da bakım verenleri zor durumda bırakabilmektedir. Demanslı bireyin bağımlılık düzeyinin artması daha fazla gözetim altında olmasını gerektirir. Bu nedenle bakım veren bireylerin günlük planlarında değişiklikler gözlenebilir. Hastalarının tedavi takibi ve semptomları nedeniyle günlük rutinlerinin değiştiği ve bu nedenle planlamada bozulmaların da arttığı düşünülmektedir.

Demanslı bireylerin bakım ihtiyacının arttığını gösteren bu değişkenler (demans evresi, MMT, NPI, GYA ve EGYA) daha fazla bakım gereksinimine yol açmakta ve bakım verenlerin ekonomik açıdan zorlanmasına, sağlıklarının olumsuz etkilenmesine ve planlarının bozulmasına neden olduğuna inanılmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkileri ve etkileyen etmenleri incelenmiştir. Demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin ekonomik, aile desteğinin olmaması, sağlık ve planlarının bozulması ile ilgili olumsuz tepkilerinin orta, benlik saygısı ile ilgili olumlu tepkilerinin iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Bakım verenlerin bakım verme sürecine yönelik daha çok olumsuz tepkiler gösterdikleri çalışmamızda görülmüştür.

Bakım verenlerin tepkisini bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin etkilediği; demanslı bireylerin tanıtıcı özelliklerinden ziyade klinik özelliklerinin (demans evresi, MMT, NPI, GYA, EGYA) etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle demanslı bireyin özellikle bu çalışmada etkileyen etmen olarak belirlenen klinik değişkenlerine yönelik müdahalelerin geliştirilmesi önerilmekte ve bu doğrultuda bakım verenlerin olumsuz tepkilerinin azalacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin yalnızca demanslı bireylere değil ona bakım veren bireylerin de ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaları açısından bu çalışmanın alana katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Bu çalışmada Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği'nin olumlu tepkilere yönelik tek alt boyut olması nedeniyle bakım verenlerin olumlu tepkilerini belirlemek konusunda kısıtlı kaldığı düşünülmektedir. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda bakım sürecine yönelik olumlu tepkilerin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi ve desteklenmesi konusunda daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health Erişim Tarihi: 12.11.2021.
2. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni istatistiklerle yaşlılar 2020, 18 Mart 2021. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227 Erişim Tarihi: 20.06.2021.
3. World Health Organization, Dementia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia Erişim Tarihi: 12.11.2021.
4. Türkiye Alzheimer Derneği 2014-2018 Dönemi Faaliyet Raporu. http://www.alzheimerdernegi.org.tr/hakkimizda/faaliyet/ Erişim Tarihi: 27.07.2019
5. Keskinoğlu P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and rısk factors of dementia among communıty dwelling elderly in Izmir, Turkey. Turkish Journal of Geriatrics. 2013; 16 (2) 135-141.
6. Şentürk İA, Başar HM, Soykök GU, Balaban H, Yıldız ÖK., Bolayır E ve ark. Prevalence of dementia and mild cognitive ımpairment in a rural area of Sivas, Turkey. Cureus, 2021; 13(2).
7. Ertekin A, Demir R, Özdemir G, Özel L, Özyıldırım E, Ulvi H. An ınvestigation of the risk factors and prevalence of Alzheimer's Disease in the Eastern Region of Turkey. Eur J Gen Med. 2015; 12(2): 144-151.
8. Alzheimer's Association. 2021 Alzheimer's Disease Facts and Figures. https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2021-r.pdf Erişim Tarihi: 16.09.2021.
9. Jenkins C, Ginesi L, Keenan B. Dementia care at a glance. John Wiley & Sons; 2015.
10. Martínez-Santos AE, de la Fuente NV, Facal D, Vilanova-TrillO L, Gandoy-Crego M, Rodríguez-Gonzalez R. Care tasks and impact of caring in primary family caregivers: A cross-sectional study from a nursing perspective. Applied Nursing Research. 2021; 62: 151505.
11. Akpınar Söylemez, Küçükgüçlü. Demanslı bireyin bakımı. Ankara: Vize Yayıncılık, 2019.

12. Schulz R, Eden J. Families caring for an aging America. 2016; Washington, DC: National Academies Press.
13. Cheng ST, Mak EP, Lau RW, Ng NS, et al. Voices of Alzheimer caregivers on positive aspects of caregiving. The Gerontologist. 2016; 56(3): 451-460.
14. Küçükgüçlü Ö, Gönen Şentürk S, Akpınar Söylemez B. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2017; 10(2): 68-78.
15. Quinn C, Toms G, DclinPsy. Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: A systematic review. The Gerontologist. 2019; 59(5): e584–e596.
16. Ashrafizadeh H, Gheibizadeh M, Rassouli M, Hajibabaee F, Rostami S. Explain the experience of family caregivers regarding care of Alzheimer's patients: a qualitative study. Frontiers in Psychology, 2021; 12.
17. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Sadegh Moghadam L, Nazari S ve ark. Caregiving appraisal in family caregivers of older adults. Iran. J. Ageing. 2016; 11, 8–19.
18. Alfakhri AS, Alshudukhi AW, Alqahtani AA, Alhumaid AM, Alhathlol OA, Almojali AI ve ark. Depression among caregivers of patients with dementia. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 2018; 55: 1-6.
19. Cabote CJ, Bramble M, McCann D. Family caregivers' experiences of caring for a relative with younger onset dementia: A qualitative systematic review. Journal of Family Nursing, 2015; 21(3), 443-468.
20. Connors MH, Seeher K, Teixeira-Pinto A, Woodward M, Ames D, Brodaty H. Dementia and caregiver burden: a three-year longitudinal study. International journal of geriatric psychiatry. 2020; 35(2), 250-258.
21. Laks J, Goren, Duenas, H, Novick, D, Kahle Wrobleski K. Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2016; 31, 176-185.

22. Liu S, Li C, Shi, Z, Wang X, et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. Journal of Clinical Nursing. 2016; 26(9-10): 1291-1300.
23. Srivastava G, Tripathi RK, Tiwari SC, Singh B, et al. Caregiver burden and quality of life of key caregivers of patients with dementia. Indian Journal of Psychological Medicine. 2016; 38(2): 133-136.
24. Jang SI, Bae HC, Shin J, et al. Depression in the family of patients with dementia in Korea. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2016; 31(6), 481-491.
25. Jütten LH, Mark RH, Sitskoorn MM. Predicting selfesteem in informal caregivers of people with dementia: Modifiable and non-modifiable factors. Aging & Mental Health. 2020; 24(2), 221-226.
26. Lau BHP, Cheng C. Gratitude and coping among familial caregivers of persons with dementia. Aging & Mental Health, 2015; 27, 1-9.
27. Lloyd J, Patterson T, Muers J. The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. Dementia. 2016; 15(6), 1534-1561.
28. Alvira MC, Risco E, Cabrera E, et al. The association between positive–negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. Journal of Advanced Nursing. 2014; 71(6): 1417-1434.
29. Ehrlich K, Boström AM, Mazaheri M, Heikkilä K, et al. Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas. International Journal of Older People Nursing, 2014; 10(1): 27-37.
30. Robinson KM, Adkisson P, Weinrich S. Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. Journal of Advanced Nursing. 2001; 36(4): 573-582.
31. Given CW, Given B, Stommel M, Collins C, ve ark. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. Research in Nursing and Health. 1992; 15(4): 271-283.
32. Wawrziczny E, Duprez C, Antoine P. Predictors of caregiver distress among spouses, adult children living with the person with dementia, and adult children not living with the person with dementia. Psychogeriatrics. 2020; 20(5), 594-601.

33. Ashrafizadeh H, Gheibizadeh M, Rassouli M, Hajibabaee F, Rostami S. Explain the experience of family caregivers regarding care of Alzheimer's Patients: A qualitative study. Frontiers in Psychology. 2021; 12.
34. Bilgili N, Kitiş Y. Yaşlılık ve yaşlı sağlığı. Ankara: Vize Yayıncılık, 2017, s:344-359.
35. Soysal P, Işık AT. Geriatri pratiğinde geriatrik sendromlar. İzmir: Us Yayıncılık, 2018.
36. World Health Organization. Global dementia observatory (GDO), 2018. https://www.who.int/publications/i/item/who-msd-mer-18.1 Erişim Tarihi: 12.08.2021.
37. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Demans Bakım Modeli Raporu. Ankara: 2017. 16-20. https://www.aile.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf Erişim Tarihi: 8.10.2021.
38. Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty1 M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. International Psychogeriatrics. 2018; 30:3, 295–309.
39. Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S ve ark. The multidisciplinary approach to alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. Frontiers In Neurology. 2018; 9:1058.
40. Colello KJ. Family caregiving to the older population: background, federal programs, and issues for congress, key workplace documents federal publications. Cornell University ILR School 2007; 1-43.
41. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family caregiving for older adults. 2020; 4(7) 635-59.
42. Hajek A, Brettschneider C, Ernst A, Posselt T, Wiese B, Prokein J ve ark. Longitudinal predictors of informal and formal caregiving time in community-dwelling dementia patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51(4): 607-16.
43. Hunt CK. Concepts in caregiver research. Journal Of Nursing Scholarship. 2003; 35 (1): 27-32.

44. Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. Journal of the American Geriatrics Society. 2019; 67(2), 277-283.
45. Lee K, Puga F, Pickering CE, Masoud SS, White CL. Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia: A scoping review. International Journal of Nursing Studies. 2019; 96, 119-131.
46. Sutter M, Perrin PB, Chang YP, Hoyos GR, Buraye JA, Arango-Lasprilla JC. Linking family dynamics and the mental health of Colombian dementia caregivers. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2014; 29(1), 67-75.
47. Panyavin I, Trujillo MA, Peralta SV, Stolfi ME, Morelli E, Perrin PB, ve ark. Examining the influence of family dynamics on quality of care by informal caregivers of patients with Alzheimer's dementia in Argentina. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2015; 30(6), 613-621.
48. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Journal of Social Work Education. 2008; 44(3), 105-113.
49. Dassel KB, Carr DC. Does dementia caregiving accelerate frailty? Findings from the Health and Retirement Study. The Gerontologist. 2016; 56(3), 444-450.
50. Mausbach BT, Patterson TL, Rabinowitz YG, Grant I, Schulz R. Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. Health Psychology. 2007; 26(5), 539.
51. Välimäki TH, Martikainen JA, Hongisto K, Väätäinen S, Sintonen H, Koivisto AM. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: Results from an ALSOVA follow-up study. Qual Life Res. 2016; 25(3): 687-97.
52. Von Känel R, Mausbach BT, Patterson TL, Dimsdale JE, Aschbacher K, Mills PJ ve ark. Increased Framingham Coronary Heart Disease Risk Score in dementia caregivers relative to non-caregiving controls. Gerontology. 2008; 54(3), 131-137.
53. Regier NG, Taylor JL, Szanton SL, Parmelee PA, Perrin N, Liu M ve ark. Pain in persons with dementia and the direct and indirect impacts on caregiver burden. Geriatric Nursing. 2021; 42(2), 366-371.

54. Goren A, Montgomery W, Kahle-Wrobleski K, Nakamura T, Ueda K. 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. 2016; 16:122.
55. Schüz B, Czerniawski A, Davie N, Miller L, Quinn MG, King C ve ark. Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2015;7(2), 230-248.
56. Ribeiro O, Brandão D, Oliveira AF, Teixeira L, Paúl C. Positive aspects of care in informal caregivers of community-dwelling dementia patients. Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing. 2020; 27(4), 330-341.
57. Lindeza P, Rodrigues M, Costa J, Guerreiro M, Rosa MM. Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. BMJ Supportive & Palliative Care. 2020: 1-12.
58. Hilgeman MM, Allen RS, DeCoster J, Burgio LD. Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. Psychology and aging. 2007; 22(2), 361.
59. Mroz EL, Poulin MJ, Grant PC, Depner RM, Breier J, Byrwa DJ ve ark. Caregiver self-esteem as a predictor of patient relationship satisfaction: a longitudinal study. Journal of palliative medicine. 2018; 21(3), 376-379.
60. Yu D, Cheng S, Wang J. Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. International Journal of Nursing Studies. 2018; 79:1-26.
61. Lethin C, Renom-Guiteras A, Zwakhalen S, Soto-Martin M, Saks K, Zabalegui A ve ark. Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home. Aging & Mental Health. 2017; *21*(11), 1138-1146.
62. Taşdemir YG, Öz, F. Çağımızın güncel hastalığı Alzheimer: Destekleyici hemşirelik bakımı, Alzheimer is today's disease: Supportive nuring care. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2009; 25(2), 115-126.
63. Akyar İ. Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 18(2), 79-88.

64. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Sistem Ofset, 2004.
65. Nguyen M. Nurse's Assessment of Caregiver Burden. Medsurg Nursing. 2009; 18(3):147-51.
66. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008.
67. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012; 9(3), 22-9.
68. Dening KH, Aldridge Z. Admiral Nurse Case management: A model of caregiver support for families affected by dementia. OBM Geriatrics. 2019; 3(2), 1-13.
69. García-Alberca JM. Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2011; 41(1), 57-69.
70. Öner Öİ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. [yüksek lisans tezi] Elazığ; Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: 2012.
71. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2006; 9(2):68-75.
72. Swartz K, Collins LG. Caregiver care. American Family Physician. 2019; 99(11), 699-706.
73. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaer R, Sanderman R, et al. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psycohometric qualities of the caregiver reactions assesment (CRA). Social Science, Medicine, 1999; 48: 1259-1269.
74. Applebaum AJ, Bevans M, Son T, Evans K, et al. A scoping review of caregiver burden during allogeneic HSCT: Lessons learned and future directions. Bone Marrow Transplantation. 2016; 51(11): 1416-1422.

75. Labbe EE, Lopez I, Murphy L, O'Brien C. Optimism and psychosocial functioning in caring for children with battens and other neurological disease. Psychological Reports. 2002; 90: 1129-1135.
76. Jacobi CE, Berg BVD, Boshuizen HC, Rupp I, et al. Dimension-specific burden of caregiving among partners of rheumatoid arthritis patients. Rheumatology. 2003; 42(10): 1226-1233.
77. Persson C, Larsen WA, Sundin K, Gustavsson P. Assessing informal caregivers' experiences: A qualitative and pschometric evaluation of the caregiver reaction assessment scale. European Journal of Cancer Care. 2008; 17: 189-199.
78. Bahar Z, Elçigil A, Beşer A, Küçükgüçlü Ö, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the caregiver reaction assessment scale. Studies on Ethno-Medicine. 2017; 11(4): 341-349.
79. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg S. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 1994; 44: 2308-14.
80. Akça Kalem S, Hanagası H, Cumming JL, Gürvit H. Validation study of the Turkish translation of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). In abstract book p.58, poster no 47. Presented at the 21 st international conference of Alzheimer's Disease international, İstanbul, Turkey, 2005, September 28-October 1.
81. Keskinoglu P, Ucku R, Yener G, Yaka, E., Kurt, P., & Tunca, Z. Reliability and validity of revised Turkish version of Mini Mental State Examination (rMMSE-T) in community-dwelling educated and uneducated elderly. International journal of geriatric psychiatry. 2009; 24(11), 1242-1250.
82. Shelkey M, Wallace M. Katz index of independence in activities of daily living. Journal of Gerontological Nursing. 1999; 25(3): 8-9.
83. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 2: 59-67.
84. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. Journal of chronic diseases. 1987; 40(5), 373-383.

85. Farré M, Kostov B, Haro JM, Cabrera E, Risco E, Alvira M ve ark. Costs and burden associated with loss of labor productivity in informal caregivers of people with dementia. Journal of occupational and environmental medicine. 2018; 60(5): 449-456.
86. Igarashia A, Fukudaa A, Tenghttps L, Mab F, Doreyb J, Onishi Y. Family caregiving in dementia and its impact on quality of life and economic burden in Japan-web based survey. Journal Of Market Access & Health Polıcy. 2020; 8:(1).
87. Schaller S, Mauskopf J, Kriza C, Wahlster P, Kolominsky-Rabas PL. The main cost drivers in dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2015; 30: 111–129.
88. Cobb SC, Etkins L, Nelson M, Egleston B ve ark. Caregiver reactions in oncology and other chronic ıllnesses. Oncol Nurs Forum, 2016;43(3): 321–327.
89. Liao X, Huang Y, Zhang Z, Zhong S, Xie G, Wang L ve ark. Factors associated with health-related quality of life amongfamily caregivers of people with Alzheimer's disease. Psychogerıatrıcs. 2020; 20: 398–405.
90. Petrinec A, Burant C, Douglas S. Caregiver reaction assessment: psychometric properties in caregivers of advanced cancer patients. Psycho-Oncology, 2017;26:862-865.
91. Park CH, Shin DW, Choi JY, Kang J ve ark. Determinants of the burden and positivity of family caregivers of terminally ill cancer patients in Korea. Psycho-Oncology, 2012; 21(3):282–290.
92. Lök N, Günbayı İ, Buldukoğlu K. Demansı olan birey ile yaşamak: Olgubilim çalışması. Journal of Psychiatric Nursing. 2015;6(2):91-99.
93. Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C. Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. Journal of the American Medical Directors Association. 2014; 15(2): 108-116.
94. Montgomery W, Goren A, Kahle-Wrobleski K, Nakamura T, Ueda K. Alzheimer's disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. BMC Geriatrics. 2018; 18:141.

95. De Fazio P, Ciambrone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile Pve ark. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: demographic variables and burden. Clinical Interventions in Aging. 2015; 10: 1085.
96. Madruga M, Gozalo M, Prieto J, Adsuar JC, Gusi N. Psychological symptomatology in informal caregivers of persons with dementia: Influences on health-related quality of life. International journal of environmental research and public health. 2020; 17(3), 1078.
97. Pillemer S, Davis J, Tremont G. Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. Aging & Mental Health. 2017; 22(9): 1162-1167.
98. Xiong C, Biscardi M, Astell A, Nalder E, Cameron JI, Mihailidis A ve ark. Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review. PloS one. 2020; 15(4), e0231848.
99. Tülek Z, Baykal D, Ertürk S, Bilgiç B, Hanagasi H, Gurvit IH. Caregiver burden, quality of life and related factors in family caregivers of dementia patients in Turkey. Issues in mental health nursing. 2020: 41(8), 741-749.
100. Zhu CW, Scarmeas N, Ornstein K, Albert M, Brandt J, Blacker D ve ark. Health-care use and cost in dementia caregivers: longitudinal results from the predictors caregiver study. Alzheimer's & Dementia. 2015; 11(4), 444-454.
101. Nguyen KH, Comans T. Making the ınvisible companion of people with dementia visible in economic studies: what can we learn from social science?. Healthcare. 2021: 9, 44.
102. Chen C, Thunell J, Zissimopoulos J. Changes in physical and mental health of Black, Hispanic, and White caregivers and non-caregivers associated with onset of spousal dementia. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions. 2020: 6(1), e12082.
103. Akyar AGİ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009; 16(3), 32-49.
104. Kaya Uygun Ü. Alzheimer hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler [yüksek lisans tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2019.

105. Hawkins S, McAiney C, Denton M, Ploeg J. The social experiences of spouses of persons with young-onset dementia (YOD): social change, support and resiliency. Alzheimers Dement. 2013; 9(4): P324.

106. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. J Adv Nurs. 2012; 68: 846–855.

107. Carvalho EB, Neri AL. Patterns of use of time by family caregivers of elderly persons with dementia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2019; 22(1): 1-13.

108. Onat Kaya H, Çelik Y. Hasta bakım yükü: Alzheimer hastalarına bakım verenler arasında bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018; 21(4): 625-640.

109. Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Turró-Garriga O, Vilalta-Franch J, López-Pousa S. Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: an exploratory comparative design. International journal of nursing studies. 2010; 47(10), 1262-1273.

110. Taylor Rigby MA, Robert T, Ashwill BA, David K, Johnson James E.. Differences in the experience of caregiving between spouse and adult child caregivers in dementia with lewy bodies. Innovation in Aging. 2019; 3(3): 1-15.

111. Sittironnarit G, Emprasertsuk W, Wannasewok K. Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. Asian Journal of Psychiatry. 2020; 48, 101913.

112. Brodaty H, Woordward M, Boundy K, Ames D, Balshaw R. Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia, Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22, 756–765.

113. Cheng ST. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. Curr Psychiatry Rep. 2017; 19:64.

114. Conde-Sala JL, Turró-Garriga O, Calvó-Perxas L, Vilatla-Franch J, Lopez-Pousa S, Garre-Olmo J. Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease, J Alzheimers Dis. 2014; 42, 623–633.

115. Feast A, Moniz-Cook E, Stoner C, Charlesworth G, Orrell M. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. Int Psychogeriatr. 2016; 28:1761-1774.

116. İlik F, Büyükgöl H, Kayhan F, Ertem DH, Ekiz T. Effects of inappropriate sexual behaviors neuropsychiatric symptoms of patients with alzheimer disease and caregivers' depression on caregiver burden. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2020; 33(5): 243-249.

117. Reed C, Belger M, Scott Andrews J, Tockhorn-Heidenrech A, Jones RW, Wimo A, Dodel R, Haro JM. Factors associated with long-term impact on informal caregivers during Alzheimer's disease dementia progression: 36 month results from GERAS, Int Psychogeriatr. 2019; 32, 267–277

8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu

BAKIM VERENE AİT BİLGİLER

Bakım verenin Adı Soyadı: .....

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Eğitim durumu: Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( )

İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

4. Medeni durumu: Bekar ( ) Evli ( )

5. Çalışma durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )

6. Aylık geliriniz: Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla ( )

7. Yakınlık derecesi: Kızı ( ) Oğlu ( ) Eşi ( ) Kardeşi ( )

Gelini ( ) Damadı ( ) Diğer.....

8. Bakmakla yükümlü olduğu başka birileri var mı? .....

9. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz? .....

10. Daha önce bir hastaya bakım verdiniz mi? .....

11. Bakım konusunda size yardımcı olan birisi var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız "Evet" ise size yardımcı olan kişi kim? .....

HASTAYA AİT BİLGİLER

Hastanın Adı Soyadı: .....

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Demansın Tipi: Alzheimer tipi demans ( ) Vasküler demans ( ) Frontotemporal demans ( ) Lewy cisimcikli demans ( ) Diğer.....

4. Demans evresi: Erken evre ( ) Orta evre ( ) İleri evre ( )

Ek 2. Bakım Verenin Tepkisini Değerlendirme Ölçeği

Maddeler	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1. (anne/ baba/ kardeş/çocuk…) baktığım için kendimi ayrıcalıklı hissediyorum.					
2. Herkes (anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakımını benim üzerime yıktı.					
3. Ekonomik durumum bakım vermek için gerekli olan masrafları ödemeye yeterlidir.					
4.Yaptığım tüm işler (anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakımı ile ilgilidir.					
5.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) baktığımdan beri kendimi hep yorgun hissediyorum.					
6.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakarken ailemden yardım almam çok zordur.					
7.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakıyor olmak benim gücüme gidiyor.					
8.İşimi yarıda bırakmak zorunda kalıyorum.					
9.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) gerçekten bakmak istiyorum.					
10.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakım verdiğimden beri sağlığım daha kötüye					

gidiyor.					
11.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) baktığımdan beri ailemi ve arkadaşlarımı daha az ziyarete gidiyorum.					
12.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) ne kadar baksam O'nun yaptıklarını ödeyemem.					
13.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) ailece bakıyoruz.					
14.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) baktığımdan beri kendi programımda vazgeçtiğim şeyler oluyor.					
15.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakmak için yeterince (fiziksel) gücüm var.					
16.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) baktığımdan beri ailemin beni yalnız bıraktığını (terk ettiğini) hissediyorum.					
17.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) baktığım için kendimi iyi hissediyorum.					
18.Sürekli bir şeyler için bölünmek dinlenmemi zorlaştırıyor.					
19.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakabilmek için sağlığım yerinde.					
20.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakmak benim için önemlidir.					
21.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakmak ailemi maddi olarak zorluyor.					
22.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakarken ailem (ağabeylerim, kız kardeşlerim ve çocuklarım) beni yalnız bıraktı.					
23.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) bakmak hoşuma gidiyor.					
24.(anne/ baba/ kardeş/çocuk…) sağlık gereksinimlerini ve masraflarını ödemek zor oluyor.					

EK 3. Nöropsikiyatrik Envanter

Nöropsikiyatrik özellikler	Uygun değil	Hayır	Sıklık				Şiddet			Sıklık ve Şiddet	Sıkıntı				
Hezeyanlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Hallüsinasyonlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Ajitasyon/Saldırganlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Depresyon/Disfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anksiyete	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Elasyon/Öfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Apati/Kayıtsızlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Disinhibisyon	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İrritabilite	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anormal motor davranış	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Uyku/Gece davranışları	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İştah ve yeme değişmeleri	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Toplam NPE Skoru															

Ek 4. Eğitimli ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test Mini Mental Durum Değerlendirme Testi

Ad Soyad: **Yaş:** **Eğitim: …….yıl**

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el **Toplam Puan: ……**

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz?

2. Hangi mevsimdeyiz?

3. Hangi aydayız?

4. Bu gün ayın kaçı?

5. Hangi gündeyiz?

6. Hangi ülkede yaşıyoruz?

7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

10. Şu an bu binada kaçıncı kattasınız?

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11.Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır)

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 10)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88, 85)

13. “Dünya” kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

14. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

LİSAN (Toplam puan 9)

Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

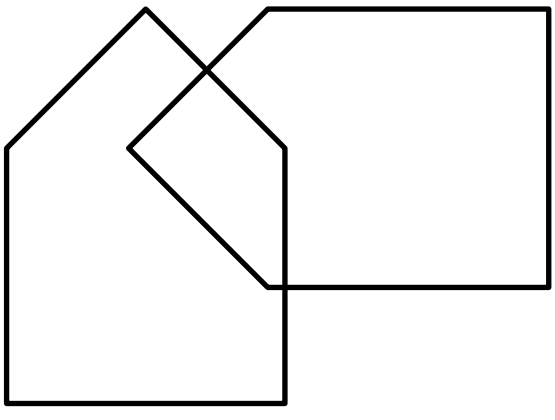
"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

17. Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"

18. Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle yazın. (1 puan)

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (eğitimsizlerde)

Ad Soyad: Yaş: Eğitim: 0. OYD 1. OY 2. ….. yıl

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan: ……..

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?

2. Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

3. Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?

4. Hangi aydayız?

5. Hangi mevsimdeyiz?

6. Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

10. Şu an bu binada kaçıncı kattasınız?

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır)

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan (Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

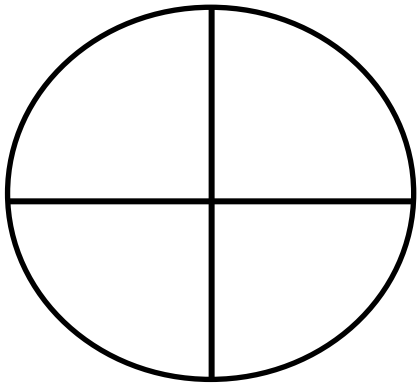
16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

17. Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın)

18. Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan)

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (eğitimlilerde-en az 5 yıl eğitim)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulur ve kaydedilir.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: “Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim” tümcesi ile başlanır.

İzin alınır.

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

SMMDT “size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi yanıtı vermeye çalışın” cümlesi ile başlar.

Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur.

Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman ve yer yönelimi olmak üzere iki bölümden oluşur Toplam 10 sorunun 5’i zaman 5’i yer yönelimine aittir.

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümden büyük bölüme doğru sorular sorulur.

Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

“Hangi yıldayız?”

Doğru yılı bilmelidir. 1 puan verilir. Her yeni yılın ilk haftası içinde test uygulanıyorsa, bir önceki yıl yanıtı da doğru kabul edilir.

"Hangi mevsimdeyiz?"

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

"Hangi aydayız?"

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul

edilir, 1 puan verilir.

"Bu gün ayın kaçı?"

Doğru günü bilmelidir. 1 puan verilir.

"Hangi gündeyiz?"

Haftanın günü doğru bilmelidir. 1 puan verilir.

"Hangi ülkede yaşıyoruz?"

Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

"Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?"

İlin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında "şehir" kelimesi yerine "il, vilayet" kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi "yaşadığınız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?" şeklinde tekrarlanır.

"Şu an bulunduğunuz semt neresidir?"

İlçe, semt, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında "semt" kelimesi yerine "ilçe, belediye" kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor

ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu ilçe/kaza neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz bina neresidir?”

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt ‘’ev’’ ise “kimin evidir?” şeklinde soru sorulur.

Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise “hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı” sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

“Şu an bu binada kaçıncı kattasınız/binanın hangi odasındasınız?”

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçıncı kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunulan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine‘’hastanenin hangi bölümündeyiz?” sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. “Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın” denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise) Kayıtlamanın tamamlanmasıiçin üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim 1 puan

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidilmesi ve dur deyinceye kadar devam edilmesi istenir. Beş kez çıkarma yaptıktan sonra işlem bitirilir. Yanlış söylenen sayı olunca yanlış söylenen sayı için puan verilmez, yanlış söylediği sayıdan üç çıkararak geriye gitmesinde doğru her basamak için puan verilir.

Her doğru işlem 1 puandır. (100, 97, 94, 91, 88,85)

“Dünya” kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru saymanızı isteyeceğim. Önce test uygulanan kişiye harfler düz şeklinde hecelettirilir (“d,ü,n,y,a”). Sonra işlemi yapması istenir. Yanlış harf söylenince puan verilmez. Yanlış harften sonraki gelen harften devam etmesi durumunda işlemin devamına puan verilir.

Her doğru harf 1 puan (a-y-n-ü-d)

Hesaplama her iki şekilde yapılır, hangisinden daha yüksek puan alırsa, o puan kaydedilir.

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LİSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

“Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum” denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği gibi basit bir soru ile dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanacağı iş tarif edilir. “Şimdi size bir kağıt vereceğim. İlk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant) elinize alınız, sonra kağıdı ikiye katlayınız ve yere bırakınız.” 3 puandır. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Yazılı emir uygulaması

Boş bir kağıtta yazalı bulunan “Gözlerinizi kapatın” yazısı gösterilir ve yazılı olan emrin yapılması istenir.

Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

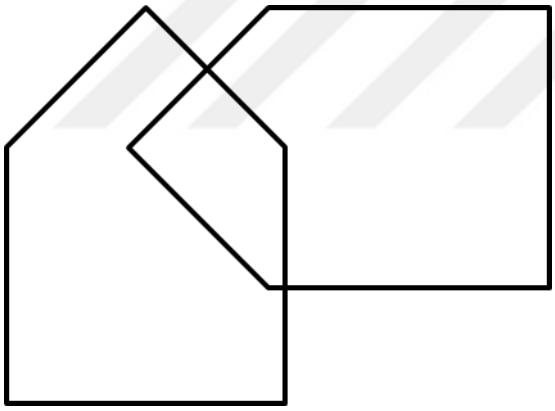
Boş bir kağıt verilerek test uygulanan kişinin kendi yaşantısı ile ilgili-evi, çocuğu vb.- mantıklı bir cümle yazması istenir.

Özne, nesne ve yüklemi olan anlamlı cümle doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Şekil kopyası

Aşağıdaki şekil gösterilerek bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir.

Köşe ve kenarları tam iç içe geçmiş iki beşgeni çizmesi durumunda 1 puan verilir.



SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (eğitimsizlerde)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulması, kaydedilmesi.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: “Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim” tümcesi ile başlanır.

İzin alınması:

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

SMMDT "size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi cevabı vermeye çalışın" tümcesi ile başlar.

Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur.

Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümünden büyük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. (Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır)

"Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?"

Testin uygulandığı zamana yakın zaman doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Belirtilen zaman dilimleri dışında bulunulan zamana uygun tanımlama kabul edilir. Örneğin; sabah saat

11:00'de yapılan testte kişi sabah ya da öğlen yanıtları yerine "öğlen vaktine yaklaşıyoruz" diye yanıtladığında doğru kabul edilir.

"Bu gün haftanın hangi günündeyiz?"

Haftanın hangi günü olduğunu bilmelidir. 1 puan verilir.

"Şu an ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?"

1–10= Ayın başı

11–20= Ayın ortası

21–30= Ayın sonu

Üç dilimin geçişlerinde bir gün öncesi ya da sonrası olan zaman dilimi doğru kabul edilir.

Örneğin; ayın 10.günü, ayın başı olması gerekirken, ayın ortası yanıtı da doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi aydayız?”

Bulunulan ayın adını ya da kaçıncı ay olduğunu bilmesi doğru kabul edilir.

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi mevsimdeyiz?”

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Ayrıca sonbahar ya da ilkbaharda test uygulanıyorsa “bahar” yanıtı doğru kabul edilmez “Hangi bahar” sorusu ile doğru zaman söylenmesi istenir. “Kışa girdiğimiz bahar, kıştan sonraki bahar ya da yaza girdiğimiz bahar” yanıtları doğru zaman diliminde ise kabul edilir.

“Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?”

Testin yapıldığı dönemde başbakan olan kişinin adını ya da soyadını bilmesi doğru kabul edilir.

“Şu an bulunduğumuz şehir neresidir?”

Şehrin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “şehir” kelimesi yerine “il, vilayet” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz semt neresidir?”

Semt ismini veya ilçe, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “semt” kelimesi yerine “ilçe, belediye” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur.

Test kırsal alanda yapılıyorsa “Şu an bulunduğunuz köy neresidir?” şeklinde soru sorulur.

“Bulunduğumuz bina neresidir?

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt ‘’ev’’ ise “kimin evidir?” şeklinde soru sorulur.

Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise “hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı” sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

“Şu an bu binada kaçıncı kattasınız?”

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçıncı kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunulan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine‘’hastanenin hangi bölümündeyiz?” sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. “Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın” denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise). Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim için 1 puan verilir.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söylemesi istenir. Önce bir örnek geriye sayma yapılır "Pazardan önce Cumartesi gelir, cumartesiden önce hangi gün gelir?" Her doğru gün için 1 puan verilir. Beş gün geriye sayınca işlem bitirilir. Yanlış söylenen gün olunca yanlış söylenen gün için puan verilmez, yanlış söylediği günden önceki günün hangi gün olduğu şeklinde devam edilir.

(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LİSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

"Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği sorularak dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanarak yapacağı tarif edilir. "Şimdi size bir kağıt vereceğim. İlkolarak kağıdı sağ/sol (nondominant olan el) elinize alınız, sonra kağıdı ortadan ikiye katlayınız ve kağıdı yere bırakınız." 3 puandır. Bu işlem için daha önceden katlanmamış, üzerinde yazı olmayan düz bir kağıt verilir. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Sözlü emir uygulaması

Söylenen işi yapması belirtilir. “Gözlerinizi kapatın” denir ve sözlü emrin yapılması istenir.

Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

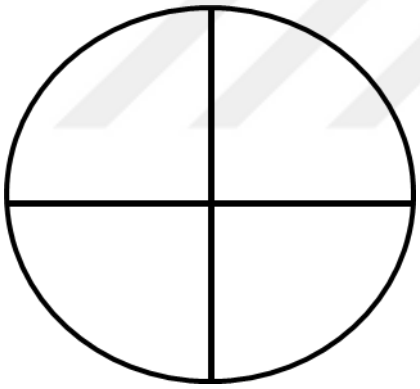
“Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız?” denir. Uygun soru tümcesi doğru kabul

edilir.

Şekil kopyası (1 puan)

Aşağıdaki şekil gösterilir ve şekle bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika

Beklenir.



Daire içine artı çizmişse doğru kabul edilir.

Ek 5. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1.Banyo yapabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

2. Giyinme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

3. Tuvalet durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

4. Hareket durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

5. Kontinans durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

6. Beslenme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

Ek 6. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi

1. Telefon edebilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

2. Alış-veriş yapma durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

3.Yemek hazırlayabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

4. Ev işlerini yapabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

5. Çamaşır yıkayabilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

6. Ulaşım araçlarına binebilme durumu

1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

7. Kendi ilacını içebilme durumu 1. Bağımsız

2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

8. Parasını idare edebilme durumu

1.Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

Ek 7. Charlson Komorbidite İndeks

MODİFİYE CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKSİ			
		Var	**Yok**
1	**Koroner Arter Hastalığı**	**1** ☐	**0** ☐
2	**Konjestif Kalp Yetmezliği**	**1** ☐	**0** ☐
3	**Periferik Vasküler Hastalık**	**1** ☐	**0** ☐
4	**Serebrovasküler Hastalık**	**1** ☐	**0** ☐
5	**Demans**	**1** ☐	**0** ☐
6	**Kronik Akciğer Hastalığı**	**1** ☐	**0** ☐
7	**Konnektif Doku Hastalığı**	**1** ☐	**0** ☐
8	**Peptik Ülser Hastalığı**	**1** ☐	**0** ☐
9	**Hafif Düzeyde Karaciğer Hastalığı**	**1** ☐	**0** ☐
10	**Diyabet**	**1** ☐	**0** ☐
11	**Hemipleji**	**2** ☐	**0** ☐
12	**Orta-Şiddetli Böbrek Hastalığı**	**2** ☐	**0** ☐
13	**Son Organ Hasarı Yapan Diyabet**	**2** ☐	**0** ☐
14	**Herhangi Tümör Varlığı**	**2** ☐	**0** ☐
15	**Lösemi**	**2** ☐	**0** ☐
16	**Lenfoma**	**2** ☐	**0** ☐
17	**Orta-Şiddetli Karaciğer Hastalığı**	**3** ☐	**0** ☐
18	**Metastatik Solid Tümör**	**6** ☐	**0** ☐

19	**AIDS**	**6** ☐	**0** ☐

***40 yaşından sonra her 10 yıl için ilave 1 puan eklenir.**

Yaş	**Skor**
50-59	**1**
60-69	**2**
70-79	**3**
80-89	**4**
90-99	**5**

Toplam Skor (Komorbidite+Yaş):

Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmıştır.

Demans hastalığı görülme oranı giderek artan, ilerleyici bir seyir izleyen, aile üyeleri için bakım sorunlarını da beraberinde getiren ve özellikle ilerleyen aşamalarında hastanın pek çok fonksiyonunu gerçekleştirebilmesi için bir bakım verene ihtiyaç ortaya çıkaran bir hastalıktır. Bakım veren aile üyeleri, bakım verme sürecinde olumlu ya da olumsuz birçok durum yaşayabilmektedir. Bu nedenle "Demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkisini etkileyen etmenlerin belirlenmesi" isimli araştırmamızın amacı demans hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkisini etkileyen etmenleri belirlemektir. Veriler bu amaçla geliştirilen form ile toplanacaktır. Formları doldurmanız yaklaşık olarak 15 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının, gelecekte demans hastasına bakım verenlere yönelik çalışmaların planlanmasında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. İstediğiniz zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için de size bir ödeme yapılmayacaktır. Masraflar size ya da bağlı bulunduğunuz SGK'ya ödetilmeyecektir. Katkılarınız için teşekkürler.

Ben, demans hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik tepkisini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış çalışma hakkında bilgilendirildim ve çalışmanın amacını ve üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı

bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı ve bana haber verilmeksizin çalışmadan çıkarılabileceğimi anladım. Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-

Soyadı: .....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):..... Tarih :...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırımacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:..... Tarih :...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:..... Tarih :...../...../.....

Ek 9. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Burcu Akpınar Söylemez

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN Adı	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İncirlalı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5140-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Demanslı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Sürecine Yönelik Tepkisini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/AD/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Burcu Akpınar Söylemez Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/02-24	Tarih:20.01.2020
	Doç.Dr.Burcu Akpınar Söylemez'in sorumlusu olduğu "**Demanslı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Sürecine Yönelik Tepkisini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi** " isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	
Prof.Dr. Semin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E☐	H☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E☐	H☒	Katılamadı
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	Katılamadı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E☐	H☒	Katılamadı
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E☐	H☒	Katılamadı
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E☐	H☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E☐	H☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E☐	H☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.Ü Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E☐	H☒	

Ek 10. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

E-İmzalıdır

Sayı : 72292585-00.99-E.90901
Konu : Ayşegül SÜRGİT Tez Çalışması Uygulama İzni

06/11/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 03.10.2019 tarih ve 2359 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşegül SÜRGİT'in "Demanslı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakımı Sürecine Yönelik Tepkisini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu çalışma Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ekler :
1- 05.11.2019 tarih ve 543 sayılı yazı.
2- 25.10.2019 tarih ve 19794137-00.99-86804 sayılı yazı.

Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: http://www.hastane.deu.edu.tr/

Bilgi İçin İrtibat:
Miray ÇOLDÜR
Dahili:
E-Posta: miray.coldur@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa gore Prof.Dr. Semih KUCUKGUCLU tarafından 06.11.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden E963FCB8X6 kodu ile dogrulayabilirsiniz.

Ek 11. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı İzni

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Nöroloji Anabilim Dalı

E-İmzalıdır

Sayı : 19794137-00.99-E.86804 25/10/2019
Konu : Ayşegül SÜRGİT Tez Çalışması
Uygulama İzni.

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 22.10.2019 tarih ve 72292585-00.99-85365 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşegül Sürgit'in "Demans Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakımı Sürecine Yönelik Tepkisinin Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının Anabilim Dalımız Demans Polikliniğinde uygulamanın yapılması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof. Dr. İbrahim ÖZTURA
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340
Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 26 36 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi İçin İrtibat:
Tülay EFE
Dahili:
E-Posta: tulay.efe@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. İbrahim ÖZTURA'nın [illegible] tarihinde [illegible] imzalanmıştır.
Evrağımızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden [illegible] kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Ek 12. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı İzni

SDP : 10.99 - 99 - Diğer
Evrak No : 32151665-10.99-163220
Evrak Tarihi : 05-11-2019

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

05.11.2019

Sayı : -543
Konu : Ayşegül SÜRGİT'in Tez Çalışması Uygunluğu Yazısı.

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 22.10.2019 tarih ve 72292585-00.99-E.85365 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşegül SÜRGİT'in **"Demanslı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakımı Sürecine Yönelik Tepkisini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi"** konulu çalışma için Geriatri Bilim Dalı'nda Yaşlanan Beyin ve Demans Polikliğinde araştırmanın yapılması uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Ahmet Turan IŞIK
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340
Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 26 36 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi İçin İrtibat:
Nihal TERZİ
Dahili:
E-Posta: nihal.terzi@deu.edu.tr
Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Semih KUCUKGUCLU tarafından 06.11.2019 tarihinde e-imzalanmıştır
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden E963FCB8X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Ek 13. Alzheimer Derneği İzmir Şubesi İzni

ALZHEIMER
İzmir Şubesi

Tarih: 19.11.2019
Sayı:09

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Ayşegül Sürgit'in tez çalışma izni hk.

Yüksek lisans öğrencisi Ayşegül Sürgit'in çalışma talebi ile ilgili yönetim kurulu kararı yazımız ekindedir.
Gereğinin karara göre yapılmasını rica ederiz.

EK: 1 karar fotokopisi

Alzheimer Derneği
İzmir Şubesi
Kütük No. 35.36/015

Belgin Karavaş
Şube Başkanı

KARAR DEFTERİ

Kararın		
No'su	Tarihi	Konusu
08	31.10.2019	Yön. Kurulu toplantısı.

Toplantıya Katılan Üyelerin Adı ve Soyadı		
Başkan	Belgin Karavaş	Dr. Bonu Apalı
Üyeler	Doç.Dr. Sevnaz Şahin	SHM, Sevr Dr
	Bil. Mevlüt Ülgen	Ü. Ülkü /
	Doç.Dr. Özge Yılmaz Küsbeci	
	Prof.Dr. Yaprak Seçil	
	Prof.Dr. Fisun Sonuzan Aykar	

Kararın Metni

Yön. Kurulu toplanarak; Aşağıdaki Kararları almıştır.

1) D.E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğünün 03.10.2019 Tarih 2360 sa ile Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hast. Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrenci Ayşegül Sürgit'in Derneğimizde Demanslı bireylere bakım verenler ile fez ç yapması görüşülü. Derneğimiz için en az 2 Sosyal Aktivite planlayarak ve Etik Kurul Onayı dahilinde yapması uygun görülmüştür.

2) 0553 760 67 69 No.lu Dernek Mobil Telefon Cihazının yetersiz olması ne Yeni telefon ile değiştirilmesi (2000 - 2500) civarında alınmasına.

3) 16. Kasım 2019 Tarihinde Villakent/Seyrek Muhtarlığında Alzheimer ve lığı ile ilgili sunum yapılmasına karar verilmiştir.

Belgin Karavaş
Bşk.

Mevlüt Ülgen

Ek 14. Özgeçmiş



AYŞEGÜL SÜRGİT

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2013 - 01 Haziran 2018 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mayıs 2020 - Şu Anda (1 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri