T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VERENLERİN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Burcu ELMAS

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR–2021

HAZİRAN-2021

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VERENLERİN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Burcu ELMAS

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

İZMİR – 2021

HAZİRAN-2021

TEZ KABUL ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Burcu ELMAS tarafından hazırlanan '' Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi '' başlıklı tez çalışması 14/06/2021 Günü, 12:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr.Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Tezi onaylıyorum
ORCID ID Numarası: 0000-0002-9643-0325
İMZA

Üye: Prof.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum

ORCID ID Numarası: 0000-0002-4771-1091

İMZA

Üye: Prof.Dr.Hatice MERT

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Tezi onaylıyorum

ORCID ID Numarası: 0000-0003-2449-2460
İMZA

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 Bireylere Bakım Veren Bireylerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi’’ başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verilere, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallara çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun sunduğumu, tezimde yararlandığım eserleri bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İMZA

Burcu ELMAS

25/06/2021

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanma aşamalarında bilgi ve deneyimlerini paylaşan, benden desteklerini esirgemeyen

Sayın Doç.Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ'e,

Veri toplama sürecinde desteklerini üzerimden esirgemeyen

Dokuz Eylül Üniversitesi Geriatri Servisi Hemşirelerine,

Araştırmaya gönüllü katılan değerli

Demansı olan birey ve bakım verenlerine,

Araştırmanın analizlerini yapmamda bana yardımcı olan

Kadriye EROĞLU KIRIK ve Hilmi KIRIK'a,

Lisanüstü eğitimime katkı sağlıyan ,

Değerli Tüm Hocalarıma

Destekleriyle her zaman yanımda olan çok sevgili

Annem Sevtap ELMAS'a, kız kardeşim Hasibe ELMAS'a ve Sevgili Umut Azat YILMAZ'a

TEŞEKKÜR EDERİM…

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**

SEMBOLLER / KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **xi**

1.GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Hipotezleri 6

1.3. Araştırmanın Amacı 6

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 6

2. GENEL BİLGİLER **7**

2.1. Demans 7

2.1.1. Demansın Tanımı 7

2.1.2. Demansta Demografik Değişimler 7

2.1.3. Dünyada ve Türkiye'de Demans Prevelansları 8

2.1.3. Demansın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 9

2.1.4. Demansın Nöropatofizyolojisi 14

2.1.5. Demansın Evrelerine Göre Belirti ve Bulguları 16

2.1.6. Demansın Tanı Kriterleri 18

2.1.7. Demansın Sınıflandırılması ve Alt Tipleri 18

2.1.8. Demansın Tedavisi 22

2.2. Bakım Veren Kavramı 25

2.3. Bakım Verme Deneyiminde Negatif Boyutlar 27

2.3.1. Bakım Verme Yükü 27

2.4. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Güçlükler 31

2.4.1 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Fiziksel Güçlükler.....31
2.4.2 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Emosyonel Güçlükler ..32
2.4.3 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Sosyal Güçlükler.....32
2.4.4 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Ekonomik Güçlükler....32
2.4.5 Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Uyku Kalitesinde Azalma 33
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....35
3.1. Araştırmanın Tipi.....35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....36
3.5. Araştırmanın Planı 36
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri 36
3.5.1. Demografik Veri Toplama Formu (EK-1) 37
3.5.2. Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (EK-2).....377
3.5.3. Nöropsikiyatrik Envanter (EK-3).....37
3.5.4. Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği (EK-4).....38
3.5.5. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) (EK-5).....38
3.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-6) 39
3.5.7. Algılanan Stres Ölçeği (EK-7) 39
3.5.8. Bakım Yükü Envanteri (EK-8) 40
3.5.9. Charlson Komorbite Envanteri (EK-9) 40
3.5.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-10) 41
3.6. Verilerin Analizi 41
3.7. Araştırma Etiği.....41
4. BULGULAR 43

5. TARTIŞMA 58

5.1. Demanslı Bireye Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi 58

5.2. Demanslı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Verenlerin Uyku Kalitelerine Etkisi 60

5.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi ... 61

5.4. Demanslı Bireylerin Klinik Özelliklerinin Bakım Verenlerin Uyku Kalitesine Etkisi 62

5.5. Bakım Verenlerin Klinik Özelliklerinin Uyku Kalitelerine Etkisi 63

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 67

7.KAYNAKÇA 68

8. EKLER 77

8.1. Demografik Veri Toplama Formu (EK-1) 77

8.2. Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (EK-2) 79

8.3. Nöropsikiyatrik Envanter (EK-3) 81

8.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri (EK-4) 82

8.5. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-5) 82

8.6. Beck Depresyon Ölçeği (EK-6) 83

8.7. Algılanan Stres Ölçeği (EK-7) 88

8.8. Bakım Veren Yükü Envanteri (EK-8) 89

8.9. Charlson Komorbitide Envanteri (EK-9) 91

8.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-10) 92

8.11. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı (EK-11) 96

8.12. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilimdalı Başkanlığı İzin Yazısı (EK-12) 97

8.13. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Geriatri Anabilimdalı Başkanlığı İzin Yazısı (EK-13) 98

8.14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-14) 100

8.15. Etik Kurul Onay Formu (EK-15) 101

8.16. Özgeçmiş (EK-16) 103

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Demanslı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....**43**

Tablo 2: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı **45**

Tablo 3: Demanslı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması **48**

Tablo 4: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması.....**51**

Tablo 5: Demanslı Bireylerin Standartize Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Bakım Verenin Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki.....**53**

Tablo 6: Bakım Verenlerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Bakım Veren Yükü Envanteri ve Charlson ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki **53**

Tablo 7: Standartize Mini Mental Teste Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **54**

Tablo 8: Nöropsikiyatrik Envantere Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **54**

Tablo 9: Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesine Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **54**

Tablo 10: Günlük Yaşam Aktivitesine Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **55**

Tablo 11: Algılanan Strese Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **55**

Tablo 12: Bakım Veren Yüküne Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **55**

Tablo 13: Depresyona Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **56**

Tablo 14: Charlson Komorbite Ölçeği Skoruna Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi **56**

Tablo 15: Hastaların Standartize Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi, Günlük Yaşam Aktivitesi; Bakım Verenlerin Algıladıkları Stres, Bakım Veren Yükü, Depresyon ve Charlson Komorbite Ölçeğine Göre Bakım Verenin Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi **57**

SEMBOLLER / KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

APP: Amyloid Prekursor Protein

APOE4: Apolipoprotein Geni E4 Alelleri

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BVY: Bakım Veren Yükü

CDR: Clinical Dementia Rating Scale (Klinik Demans Evrelendirme Ölçeği)

CKÖ: Charlson Komorbidite Ölçeği

CRP: C-Reaktif Protein

DEUTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGYA: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri

GBÖ: Global Bozulma Ölçeği

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Ig:: Immunglobülin

IL: İnterlökin

MMT: Mini Mental Test

NMDA: N- Metil D- Aspartat

NPE: Nöropsikiyatrik Envanter

NSAII: Non-Steroidal Anti-İnflamatuar İlaçlar

PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

PS: Presenilin

SMMT: Standartize Mini Mental Test

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

TNF: Tümör Nekrozis Faktör

VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Büyüme Faktörü)

DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VERENLERİN UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisan Tezi

Burcu ELMAS

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırma, demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitesi ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel, kestirimsel araştırma tasarımına uygun şekilde yapılmıştır.

Araştırma Şubat – Temmuz 2019 tarihleri arasında DEUTF Geriatri Bilim Dalı Yaşlanan Beyin Polikliniği ve Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniğine başvuran demans hastasına bakım veren 119 aile üyesiyle yürütülmüştür. Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmada veri toplama araçları olarak; Demografik veri toplama formu, MMT, NPE, GYA, EGYA, BDÖ, ASÖ, CKÖ, BVY ve PUKİ kullanılmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Bakım verenin uyku kalitesiyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. İlişkili faktörlerin uyku kalitesini ne kadar yordadığını anlamak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. G-power 3.1 programında, etki büyüklüğü d=0.15 (orta etki), anlamlılık düzeyi 0.05'den küçük, örneklem sayısı 119, regresyon analizinde 8 değişken baz alınarak araştırmanın gücü %85 olarak bulunmuştur.

Araştırmada demanslı bireye bakım verenlerin uyku kalitelerinin kötü olduğu (PUKİ puan ortalaması 10,70±3,663), bakım verenlerin uyku kalitesini demanslı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin etkilemediği (p>0,05), bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinden ise sadece yaş değişkeninin (p=0,043) uyku kalitesini etkilediği; demanslı bireylerin SMMT (p<0,001), GYA (p=0,010), EGYA (p=0,003) ve NPE (p=0,001) puanları ile bakıcıların BDÖ (p=0<001), ASÖ (p<0,001), CKÖ (p<0,001) ve BVY (p<0,001) puanlarının etkilediği sonuçlarına varılmıştır. Bu çalışmada yapılan regresyon analizi sonucuna göre; demanslı bireylerin SMMT, NPI,

IGYA, GYA; bakım verenlerin ASÖ, BVY, BDÖ ve CKÖ ile birlikte bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F= 17,020; p<0,001). Belirtilen sekiz değişken birlikte uyku kalitesindeki varyansın %55'ini açıklamaktadır.

Hemşireler, demanslı bireylerin zorlu bakım süreçlerinde onlara yardımcı olan bakım verenlerin de ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalıdır. Yapılan bu çalışma sonucunda bakım verenlerin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarının bakım verenlerin uyku kalitesine olan farkındalığı arttıracağına, bakım verenlerin uyku kalitesini iyileştirmeye yönelik planlanacak araştırmalara yol göstereceğine inanılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Demans, bakım veren, uyku.

EXAMİNATİON AND DETERMİNE THE AFFECTS OF SLEEP QUALİTY OF CAREGİVERS OF PEOPLE WİTH DEMENTİA

Master Thesis

Burcu ELMAS

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEALTH SECIENCE INSTITUTE

Department of Internal Medicine Nursing

ABSTRACT

This study was done in accordance with the design research predictive, cross-sectional, descriptive that was performed to examine affecting factors and sleep quality of caregivers of people with dementia.

The study was conducted with caregivers of dementia patients who applied to DEUTF Geriatrics Department Aging Brain Polyclinic and Neurology Department Dementia Outpatient Clinic between February and July 2019. As data collection tools in this study; Demographic data collection form, MMT, NPE, GYA, EGYA, BDI, ASÖ, CKÖ, BVY and PSQI were used. SPSS 25.0 program was used to evaluate the data in the study, and multiple regression analysis was performed to determine the factors affecting the sleep quality of the caregiver. In the G-power 3.0 program, the effect size was evaluated as d = 0.15 (medium effect), the significance level was less than 0.05, the sample number was 119, and the correlation power as r = 85% based on 8 variables in regression analysis.

In the study, it was found that the sleep quality of caregivers of individuals with dementia was poor (average PSQI score of 10.70 ± 3.663), that the introductory characteristics of dementia individuals and their caregivers did not affect the sleep quality of caregivers; It was concluded that the SMMT(p=0,000), GYA(p=0,010), EGYA(p=0,000) and NPE(p=0,001) scores of individuals with dementia and the BDÖ(p=0,000), ASÖ(p=0,000), CKÖ(p=0,000) and BVY(p=0,000) scores of the caregivers were affected. In addition, according to the results of the regression analysis conducted in the study; standardized mini mental test, neuropsychiatric inventory, instrumental daily life activity, daily life activity of individuals with

dementia; Caregivers' perceived stress, caregiver burden, depression, and Charlson comorbidity scale together are significant predictors of caregiver sleep quality ($F = 17.020$; $p = 0.000 < 0.05$). The eight listed variables together account for 55% of the variance in sleep quality.

Nurses should also consider the needs of caregivers who help them through the challenging care processes of people with dementia. As a result of this study, it was determined that the quality of sleep of caregivers was poor. It is believed that these research results will increase awareness of the quality of sleep of caregivers and lead to Planned research aimed at improving the quality of sleep of caregivers.

Key Words: Dementia, caregivers, sleep.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların azalması, erken tanı- tedavi seçeneklerinin artması, doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması ve sağlığı koruyup sürdürme konusundaki bilinçlenme; beklenen yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusun artışına sebep olmuştur (Cılız, 2017; Şencan ve ark., 2015).

Türkiye'de de tüm dünyada olduğu gibi yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır (T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Ülkemizde yaşlı nüfus, 1935 yılında 628 041 bin iken 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 1935 yılına göre 2,3 kat artarak 2019 yılında %9,1'e yükselmiştir. Yapılan nüfus tahminleri de yaşlı nüfusun, artış trendini devam ettireceğini öngörmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2019). Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olmuştur (İstatistiklerle Yaşlılar, 2018). Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmaların 2015 yılı rakamları ortaya incelendiğinde; Türkiye'de yaşlı nüfusun oranının toplam nüfus içindeki payının doğrusal şekilde yükselişte olduğu ve Türkiye'nin de yaşlanan bir ülke olduğu çıkarımını yapmak mümkündür (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artan ve bireylerde yeti yitimine neden olan nöropsikiyatrik hastalıklar arasında "demans" yaşlı sağlığını tehdit eden önemli bir kronik hastalık haline gelmiştir (Aslan, 2017; Cılız, 2017; Eğilli, 2016; Eğilli, Sunal ve arkadaşları, 2017). Dünya genelinde 50 milyon demanslı birey olduğu bildirilmektedirdir ve bu sayının 2030'da 82 milyon, 2050'de ise 152 milyon olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2020).

Demans, genellikle 65 yaş üstü bireylerde görülen hafıza, düşünce, davranış ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen nörodejeneratif bir sendromdur (Alkan, 2020). Demans hastalığı kronik ve genellikle progresif olarak; bellek ve entelektüel kapasitenin azalması, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ve iş ya da aile ortamında değişimlerle belirgin, normal yaşlılık sürecinin parçası olmayıp patolojik beyin süreçlerinin bir sonucu olarak gelişen sendromdur (Eğilli, 2016) .

Hastalığın ilerleme durumuna göre birçok demans sınıflandırılması bulunmaktadır. Bu sınıflandırma CDR sınıflamasına göre şu şekildedir (Erbay, 2017; Uyar, 2017; Aslan, 2017);

Çok Hafif Evre / Hafif Kognitif Bozukluk:
Bu aşama normal yaşlanma ile demans arasındaki geçiş sürecidir. Hafif kognitif bozukluk tanısı konan hastaların bilişsel süreçlerindeki bozulmada takip süresince gerileme olmadığı bilinmektedir. Bu aşamadaki kişilerin geçmiş öyküsünde depresyon, serebral infarkt, tıbbi ya da psikiyatrik etkenler olduğu saptanmıştır. Hafif kognitif bozukluk evresinde beyinde patolojik bir süreç vardır. Hastalarda mental ya da davranışsal semptomlar ve günlük aktivitelerde ve performansta bozulma olmasına rağmen nörofizyolojik testlerde bile bu belirtiler fark edilmeyebilir.

Hafif Evre:
Hasta tarafından gizlenebilen ya da yönetilebilen unutkanlık ya da dalgınlık Çevreye, olaylara karşı umursamazlık, sosyal aktivitelere katılmada azalma (sosyal topluluklar içinde hasta daha sakin ya da içine kapanık olarak nitelendirilebilir) Yeni bilgilerin öğrendirilmesinde, yeni durumlara uyum sağlamada güçlük yaşama Spontan aktivitelerde ve yargılama gücünde azalma, Kelime bulma güçlüğü yaşadığı için duraksayarak konuşma, Bencillik, kuşkuculuk, ayrıntılara karşı dikkatsizlik, emosyonel uygunsuzluk, duruma uygun olmayan şakalar yapma, hafıza sorunları yaşadığı için sürekli bilgileri kaydetme gereği hissetme, nadiren de olsa kişisel bakımlarını yerine getirmede bozulma meydana gelebilir.

Orta Evre:
İyi bildiği yerlerde bile kaybolma Eşyalarını kaybetme ya da biriktirip saklama eğilimi, Kolay sinirlenme ve öfkelenme, paranoid düşünme eğilimleri, Basit hesaplamaları yapmada ve basit uyarıları izlemede güçlük, Anlamsız dolaşma ya da tekrarlayıcı fiziksel hareketler, Afazide artış, uygunsuz kelimeler kullanma Uyku alışkanlığında değişiklikler ya da geceleri uykudan uyanıp dolaşma, Beslenme alışkanlığında değişiklikler ya da çok yiyip doyduğunun farkına varmama, Günlük yaşam aktivitelerini ya da bireysel hijyenini sağlamada yetersizlik, İdrar ve dışkı alışkanlığında değişiklikler, Sosyal ilişkilerde bozulmalar, sözlü ya da fiziki saldırganlıklar, halüsinasyonlar ya da hezeyanlar görme, Unutkanlıkta artma, yakın arkadaşlarının hatta aile üyelerinin adını anımsamada güçlük.

İleri Evre:
Sürekli birinden yardım isteme gereksinimi ve başka birine bağımlı hale gelme, Eş ya da çocuklarını emosyonel olarak tanıma ancak kimliklerini belirleyememe, İletişimde tamamen bozulma (birkaç kelime konuşabilme) ya da hiç konuşamama, Disfaji, yemek yeme güçlüğü ve buna bağlı hızlı-belirgin kilo kaybı, Üriner ve fekal inkontinans,

Emme ve yakalama gibi ilkel reflekslerin ortaya çıkması, Hiç hareket edememe ve yatağa bağımlılık, Ölüm nedeninin sıklıkla pulmoner emboli, pnomoni, ürosepsis, aspirasyon, beslenme bozuklukları gibi immobil olmaktan kaynaklanan komplikasyonlardan kaynaklanması

Demans; hastayı, ailesini ve toplumu etkilemektedir. Demanslı kişide hastalık hem yaşam kalitesi hem yaşam beklentisini düşürmekte; hastaya bakım veren kişilerin de hem psikososyal hem de ekonomik sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (Uyar, 2017). Türk Dil Kurumu'na göre "bakım" sözcüğü; bakma işi, bakım verilen şeyin iyi durumda kalması için verilen emek, gösterilen özen, birinin beslenme, giyim gibi ihtiyaçlarına karşılama anlamına gelmektedir (Eğilli, 2016; Erbay, 2017).

Bakım verme kavramı sözlük tanımından da anlaşıldığı üzere sadece tek bir yardım çeşidiyle sınırlı olmayıp; emosyonel destek, ekonomik destek, fiziksel destek, sağlık bakımını ya da bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç tedavisi, ilaç saatlerini düzenleme, tedavinin etkinliğini izleme), bireysel bakım (giyinme, beslenme, tuvalete gitme, yıkanma vb. ihtiyaçları karşılama), küçük ev işlerini yapma ve aynı evi paylaşma şelinde birçok bakım alt boyutunu kapsamaktadır (Eğilli, 2016; Erbay, 2017).

Aile üyelerinden herhangi birinin ani bir biçimde hastalıkla karşı karşıya kalması; aile sistemini ve aile içi ilişkileri etkileyen bir kriz ortamının yaşanmasına, ailedeki rollerin değişmesine, hasta olan bireyin kaybından korkulmasına, ekonomik zorluklarla birlikte bakım vermenin aileye getirdiği fiziksel ve duygusal deneyimlerin yaşanmasına sebep olmaktadır (Erbay, 2017).

Ailedeki bireyin tanısının öğrenilmesiyle birlikte hastaya kimin bakım vereceği sorusu ön plana çıkmaktadır. Bu bakım verecek olan kişi de genellikle hastanın eşi, çocukları ya da formal hasta bakıcı olmaktadır. Ülkemizde hasta bireye bakım veren kişilerin genellikle aile içerisinden seçildiği bilinmektedir (Erbay, 2017). Hasta olan bireye birincil olarak bakım veren kişi hastanın sosyal çevresiyle sürekli temas halindedir, sürekli hastalık hakkında hastanın çevresini bilgilendirmek zorundadır. Kronik hastalıklardan biri olan demans da doğası gereği bakım gerektirmektedir (Atak, 2018). Demans tanısı konmasının ardından hastalığın kabulü; tüm aile bireyleri için hastalığın hiç gerilememesi ve gittikçe artan şekilde hayatı zorlaştırması sebebiyle demans hastası bireyin bakım ihtiyacı giderek artmaktadır (Atak ve Özekes, 2019).

Kronik ve sürekli kötüye giden demans hastasının bakımı; bakım verenlere düşen görevleri arttırmaktadır (Atagün, Devrim Balaban ve ark., 2011).

Hastalara bakım verme sürecinin zor olması ve bakım verenler üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı araştırmacılar "yük" kavramını tanımlamışlardır. Bakım verme yükü; bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, kendisinin baskı altında hissetmesi, gerilmesi ve belli bir yük altına girmesi olarak da açıklanabilmektedir (Eğilli, 2016).

Demans ve hafif bilişsel bozukluk gibi nörodejeneratif süreçlere sıklıkla uyku bozuklukları eşlik etmektedir. Uyku bozukluklarının; nörodejeneratif hastalıkları olan yaşlı erişkinlerde uyanıklılığı, sirkadiyen ritmi ve uyku kontrolünü sağlayan beyin bölgelerinin hasarlanmasına veya hastalığın diğer semptomlarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Biçer Kanat ve ark., 2018). Yaşlılarda uyku bozuklukları bilişsel işlevlerin bozulmasına, işlevselliğin azalmasına, davranış bozukluklarının artmasına, mortalite riskinin yükselmesine, hastane yatış oranlarının artmasına ve bakım verici bireyin depresyona yakalanmasına sebep olabilmektedir (Biçer Kanat ve ark., 2018).

Alzheimer hastalarının %25-35'inde belirgin uyku bozukluklarından en az birinin bulunduğu, bu uyku bozukluklarının hastalarda; gece uyanma sıklığının artması, gece uyku süresinin kısalması, çok erken uyanma, uykuya dalmakta zorluk, uykunun kesintili olması, gündüz artan uykululuk hali, uyku apne sendromu ve günbatımı fenomeni olarak farklı şekillerde görülebileceği bilinmektedir (Çakır, 2020). Alzheimer hastalarında ilerleyici unutkanlığa bağlı gelişen sosyal sorunlara ek olarak izlenen uyku bozuklukları hasta ve hasta yakınları açısından ciddi sorunlar oluşturabilmektedir (Benbir, 2020).

Demans hastalarının geceleri uyanık olup, gezip, gündüzleri uyuduklarından dolayı uyku-uyanıklık ritimleri bozulduğundan; bakım verenler demans hastasını yatağa dönmeye ikna etmek için çabaladıklarında birçok kez uyandıkları için kendi uykularından feragat etmektedirler (Ehleringer ve Kim, 2013; Karaca, 2016). Demans hastası gece uyanıksa ve evde dolaşıyorsa bu davranış bakıcının uykusunu bölmekte, kötü uyku kalitesi olan bakıcılarda da depresyon ve anksiyete görülme sıklığı artmaktadır (Wang, Yip ve Chang, 2016). Ayrıca bakım verenler uykularını alamadığı için yaşam kaliteleri düşmekte, kortizol seviyeleri gibi sağlık göstergeleri olumsuz etkilenmekte, kardiyovasküler hastalık, obezite ve diyabet görülme riski de artmaktadır (Corey, McCurry, Sethares ve ark., 2018; Simpson ve Carter, 2013).

Literatürde bakım verenlerin yaşadığı bakım yükü, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinde azalma sıklıkla çalışılan konular arasında yer almaktadır. Demans hastalarına bakım veren bireylerin uykularını düzenlemeye yönelik girişimler planlanabilmesi için öncelikle bakım verenlerin uyku kalitelerinin ve uykuyu etkileyen etmenlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ancak bakım verenlerin uyku sorunlarına yönelik literatürde sınırlı sayıda araştırma makalelerine rastlanmıştır. Ülkemizde demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitesini gösteren ve uyku kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesine ait bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma, sonuçlarının, demanslı bireylerin bakımverenlerinin uyku kalitesini iyileştirmek üzere yapılacak girişimlere ışık tutacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Demanslı bireylerin sosyodemografik özellikleri bakım verenlerin uyku kalitesini etkiler.

H2. Bakım verenin sosyodemografik özellikleri bakım verenlerin uyku kalitesini etkiler.

H3. Demanslı bireylerin belirlenen bazı klinik özellikleri bakım verenlerin uyku kalitesini etkiler.

H4. Bakım verenlerin belirlenen bazı klinik özellikleri bakım verenlerin uyku kalitesini etkiler.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitesi ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bakım verenlerin uyku kaliteleriyle ilgili veriler özbildirim yoluyla toplanmıştır. Uyku kalitesi üzerine gelecek çalışmalarda objektif uyku değerlendirme methodlarıyla çalışmalar yapılması önerilmektedir. Çalışmada demans tipi belirlenmemiştir ancak demansın tipine göre bakım verenlerin uyku kaliteleri değişebilir o nedenle gelecek çalışmalarda bu özellikte değerlendirilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demans

2.1.1. Demansın Tanımı

Demans latince kökenli olan ve zihin anlamına gelen “mens” kelimesinden türeyen, sözlükte aklın yitirilmesi anlamına gelen “demans” başka bir tanımla, bireyin entelektüel kapasitesinin azalması sonucu bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerde de bozulmanın meydana geldiği bir hastalık tablosudur (Türten Kaymaz, 2016).

Demans, genellikle 65 yaş üstü bireylerde görülen, birden fazla kognitif alanda bozulma ile seyreden ve sonunda günlük yaşamı etkileyerek bağımsızlığın kaybı, bakıma ihtiyaç duyma ve ölümle sonuçlanan progresif seyirli bir geriatrik sendrom olarak tanımlanmaktadır (Alkan, 2020; Işık ve Soysal, 2018). Demans hastalığının ilerleyen evrelerinde kişilerin bilişsel ve entellektüel işlevlerinde bozulmaya ek olarak davranışlarında da bozulmalar meydana gelir (Eğilli, 2017). Hem kronik hem de ilerleyici özellikte olan bu bozukluklar; bireyin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ve mesleki yaşamını olumsuz şekilde etkilemekte, öz bakımını gerçekleştiremeyen, çalışamayan ve çevresiyle iletişime geçemeyen birey fiziksel ve psikolojik yıkıma uğramakta, başka bir bireyin bakımına bağımlı hale gelmektedir (Türten Kaymaz, 2016)

Demans hakkında yapılan tüm tanımlar aslında şu üç bulguyu içermektedir: bireyin yaşından ve sosyokültürel seviyesinden beklenmeyecek düzeyde progresif bir mental yıkım olmalı, bu mental yıkım tek bir nörolojik defisitten çok bireyin kognitif fonksiyonunun çoklu alanlarını (bellek, dil, dikkat vb.) ve kişiliği etkilemeli, deliryumun aksine bireyde bilinç bozukluğu olmamalıdır. Bu şekilde tanımı yapılan demans hastalığı, onu normal yaşlanma sürecinden, bilinç bozukluklarından ve statik ensefalopatilerden ayırmaktadır (Yavla ve Aydın Göngör, 2016).

2.1.2. Demansta Demografik Değişimler

Günümüzde teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların azalması, erken tanı- tedavi seçeneklerinin artması, doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması ve sağlığı koruyup sürdürme konusundaki bilinçlenme; beklenen yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfus profilinin değişimine sebep olmuştur (Cılız, 2017; Şencan, ve ark., 2015).

Türkiye'de de tüm dünyada olduğu gibi yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır (T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Ülkemizde yaşlı nüfus, 1935 yılında 628 041 bin iken 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 1935 yılına göre 2,3 kat artarak 2019 yılında %9,1'e yükselmiştir. Yapılan nüfus tahminleri de yaşlı nüfusun, artış trendini devam ettireceği öngörmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2019). Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür (İstatistiklerle Yaşlılar, 2018).

Ülkelerde yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfusun artışıyla; kronik hastalıkların sayısında da artış görülmektedir (Hamamcı, 2019). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik hastalığı olduğu tahmin edilmektedir (Şencan ve ark, 2015). DSÖ verilerine göre, günümüzde dünya sağlık harcamalarının büyük bir çoğunluğu kronik hastalıkların tedavisine harcanmakta ve ölümlerin yüzde 60'ı kronik hastalık kaynaklı olarak meydana gelmektedir (Şencan ve ark, 2015).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artan ve bireylerde yeti yitimine neden olan nöropsikiyatrik hastalıklar arasında "demans" yaşlı sağlığını tehdit eden önemli bir sorun haline gelmiştir (Aslan, 2017; Cılız., 2017; Eğilli, 2016; Eğilli ve Sunal, 2017). Demans hastalığı kronik ve genellikle progresif olarak; bellek ve entelektüel kapasitenin azalması, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ve iş ya da aile ortamında değişimlerle belirgin, normal yaşlılık sürecinin parçası olmayıp patolojik beyin süreçlerinin sonucu olan sendromdur (Alkan, 2020; Eğilli, 2016). Demans aylar ya da yıllar süren sinsi başlangıcı ve ilerleyici gidişi ile deliryumdan, günlük hayatı etkilemeyen ve ilerleyici olmayan yaşa bağlı unutkanlıklar, depresyon ve hafif bilişsel bozukluklardan ayırt edilmelidir(Akyar, 2011; Sarı ve Gıersbergen, 2017)

2.1.3. Dünyada ve Türkiye'de Demans Prevelansları

Demans yaşlılarda sık görülen bir sorundur. 65 yaş öncesi grupta demans görülme sıklığı %2-10 iken, 85 yas üstü yaşlılarda demans görülme sıklığının 65 yaş öncesine göre 14 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Uyar, 2017). Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla

başlayabileceğinden, yaşlılardaki unutkanlık normal bir durum olarak görülmemelidir. Dünya genelinde 2010 yılında demanslı hasta sayısının 35,6 milyon olduğu, bu sayının 2030 yılında 65,7 milyona, 2050 yılında ise 115,4 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (Şencan ve ark., 2015). WHO'a (2020) göre Dünya genelinde 50 milyon demanslı birey olduğu, bu sayının 2030'da 82 milyon, 2050'de ise 152 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Demans sıklığına 2010 yılı itibariyle bakıldığında; Asya'da toplam nüfusun yüzde 4,6'sının, Avrupa'da 6,2'sinin, Latin Amerika'da yüzde 6,1'inin, Kuzey Amerika'da yüzde 6,9'unun ve dünya genelinde nüfusun yaklaşık yüzde 4,7'sinin demanslı olduğu ifade edilmektedir (Şencan ve ark., 2015).

Demanslı hasta sayısı en fazla olan ülkeler sıralandığında da ilk sırayı 5,4 milyon demanslı hastaya sahip olan Çin almakta ve bu ülkeyi sırasıyla, 3,9 milyonla ABD, 3,7 milyonla Hindistan, 2,5 milyonla Japonya, 1,5 milyonla Almanya, 1,2 milyonla Rusya, 1,1 milyonla Fransa ve İtalya ve 1 milyon demanslı hastaya sahip olan Brezilya takip etmektedir (Şencan ve ark., 2015). Nüfusun 60 yaş üstü dikkate alındığı Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da demans prevelans ve insidansı yüksek seyretmekteyken, bunları Latin Amerika ve Şili ile Batı-Pasifik komşuları takip etmektedir. Demansın görülme sıklığındaki en yüksek artış orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmaların 2015 yılı rakamları ortaya koyulduğunda; Türkiye'de yaşlı nüfusun oranının toplam nüfus içindeki payının doğrusal şekilde yükselişte olduğunu gözlemlemek ve Türkiye'nin yaşlanan bir ülke olduğu çıkarımını yapmak mümkündür. Bu nedenle yaşlılık dönemine ait hastalıkların (65 yaş ve üstü) ileriki dönemlerde anlamlı bir artış göstereceği beklentisi yüksektir. 2008-2040 arasında Türkiye'de yaşlı nüfusta, % 201'lik bir artış beklenmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

2.1.3. Demansın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Yaşlı nüfusun Türkiye'de artışı yaşlılık döneminde görülen hastalıkların ve özellikle de Alzheimer demansın sıklığını da arttırır. Alzheimer riski, 60 yaş üzerinde artmakta, 80-90 yaşında en yüksek düzeyine ulaşmaktadır. Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, bazı genetik özellikler Alzheimer hastalığının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (Özbabalık ve Hussein., 2017; Emin Alıcılar ve Çalışkan, 2021).

Alzheimer hastalığı en sık görülen ve en çok bilinen demans türüdür. Alzheimer hastalığı dahil tüm demans tipleri için tek ve en önemli risk faktörü yaştır. 65-95 yaş aralığındaki

bireylerde Alzheimer tipi demansın görülme riski her geçen 5 yıl için ikiye katlanmaktadır (Çetinkaya, 2018; Çınar, 2012; Emin Alıcılar, ve Çalışkan, 2021).

Alzheimer ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre; birinci dereceden akraba, anne, baba ya da kardeşlerde alzheimer bulunması, demans gelişme riskini 3 katına çıkarır. Düşük eğitim seviyesindeki bireyler hem alzheimer tipi demans hem de vasküler demans için; en az sekiz yıl eğitim almış birine göre ve kafa travması öyküsü bulunanlar bulunmayanlara göre en az 2 kat fazla risk altındadırlar. Yapılan olgu kontrol çalışmalarında menopoz sonrası dönemde östrojen kullanımının Alzheimer gelişme riskini yarıya indirdiği saptanmıştır (Çetinkaya, 2008; Emin Alıcılar, ve Çalışkan, 2021).

Demansın etiyolosinde rol oynayan faktörler; demans konusunda yapılan çalışmalar ile daha çok bilindik hale gelmiştir. Demansın etiyolojisinde rol oynayan major ve minör faktörler aşağıda belirtilmiştir (Cılız, 2017):

MAJOR FAKTÖRLER	MİNÖR FAKTÖRLER
İleri yaş	Kafa travması
Genetik yatkınlık (aile öyküsü / APOE4 genotipi)	Düşük sosyoekonomik düzet ve düşük eğitim düzeyi
Kadın cinsiyet	Alkol / sigara kullanımu
Down sendromu	Menopoz
	B12 vitamini / folik asit eksikliği
	Alüminyum, demir gibi metallerin intoksikasyonu
	Parkinson hastalığı / inme öyküsü

Alzheimer gelişiminde yaş, en büyük risk faktörü olmasına rağmen; apolipoprotein gen E4 alelleri (APOE4) varlığı, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, aile öyküsü, orta ya da şiddetli kafa travmaları ve kardiyovasküler hastalıklar da Alzheimer hastalığı için major risk faktörleri sayılmaktadır (Yavla ve Aydın Göngör, 2016; Emin Alıcılar ve Çalışkan, 2021).

Demansın gelişiminde etkili risk faktörleri aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır (Uyar, 2017; Emin Alıcılar ve Çalışkan, 2021):

Yaş

Demansın tüm tiplerinde yaş en önemli risk faktörüdür. 65 yaşından sonra demans hastalığının hem insidansı hem de prevelansı her beş yılda bir 2 kat artarak katlanmaktadır (Çınar N, 2012). 65 yaş öncesi grupta demans görülme sıklığı %2-10 iken, 85 yas üstü yaşlılarda

demans görülme sıklığının 65 yaş öncesine göre 14 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Uyar, 2017). İleri yaşta demans sıklığının artması, "ileri yaş mı yoksa beynin daha hızlı yaşlanması mı demansa sebep olmaktadır" sorusunu akla getirmektedir ancak demansta görülen bilişsel kayıplar, kesinlikle yaşlılıkla ilişkilendirilmemelidir. (Emin Alıcılar ve Çalışkan., 2021).

Cinsiyet

Demans kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Alzheimer tipi demans hastalarının 2/3'ü kadındır, beyin damar hastalıkları ise erkeklerde daha fazla görüldüğü için vasküler tip demans erkeklerde daha sıktır (Uyar, 2017; Özbabalık ve Hussein, 2017). Kadınlarda demansın daha sık görülmesinin sebebi olarak; kadınların daha uzun yaşamasını, sosyoekonomik düzeylerinin ve eğitim düzeylerinin düşük olmasını, yaşlılık döneminde erkeklerin kardiyovasküler yönden daha sağlıklı olmasını ve APOE4 geninin kadınlarda daha güçlü olmasını ileri süren çalışmalar mevcuttur (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Uyar, 2017).

Genetik Faktörler

Erken başlangıçlı Alzheimer olduğunda akla ilk olarak genetik faktörler yani birinci derece akrabalarda Alzheimer öyküsü bulunması akla gelirken; geç başlangıçlı Alzheimer olduğunda hem genetik hem de çevresel faktörlerin birleşimi akla gelmektedir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Uyar, 2017). Birinci dereceden akraba, anne-baba ya da kardeşte Alzheimer varlığının demans gelişme riskini 3 kat arttırdığı, iki ya da daha fazla birinci derece akrabasında demans öyküsü olanlarda bu riskin 7,3 kat arttığı bildirilmiştir. Tek yumurta ikizlerinin birinde Alzheimer öyküsü varsa diğerinde Alzheimer gelişme olasılığı %40-60 olarak bildirilmiştir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002).

Alzheimer patofizyolojisinde; Amyloid Prekursor Protein (APP) ve PS genlerinde mutasyonların varlığının etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca Alzheimer'daki en sık görülen genetik anormallik 21. kromozomdadır. 21, 14 ve 1. kromozomlarda mutasyonlar ile sırasıyla APP, PS-1 ve PS-2 genleri oluşmaktadır. PS-1 geninin 14. kromozomun uzun kolunda, PS-2 geninin ise 1. kromozomun kısa kolunda yer aldığı bildirilmektedir. Ayrıca 19. kromozomda Apo-E geni için yatkınlık faktörü bulunmakta ve Apo-E4 geni demans gelişme riskini 8-12 kat arttırmaktadır. Özellikle erken başlangıçlı Alzheimer'in sık görüldüğü ailelerde genetik danışmanlık verilmesi çok önemlidir (Adalı, 2020; 2011Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Verghese PB ve ark.,).

Down Sendromu

APP proteininin ve Down sendromunda ki defektin 21.kromozomda bulunması ilginç bir birlikteliktir. Zaten Down sendromlu hastaların çoğu 40 yaşına geldiğinde Alzheimer hastalığının tüm klinik ve nöropatolojik bulgularına sahip olmaktadırlar. Bu sebeple Down sendromu olanlar demans açısından taranmalıdır (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002).

Kafa Travması

Kafa travması ile Alzheimer gelişme riski arasında bağlantı olduğunu savunan ve savunmayan çalışmalar mevcuttur. Ancak çalışmaların çoğunda kafa travması öyküsü bulunanlarda örneğin 2.Dünya Savaşı gazilerinde ve boksörlerde Alzheimer gelişme riskinin artmış olduğu gösterilmektedir. Ayrıca komaya sokacak kadar ciddi kafa travması ya da çoklu kafa travması geçirmiş olan bireylerde Alzheimer gelişme riski, kafa travması geçirmeyenlere göre göreceli olarak artmıştır (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002).

Düşük Eğitim Düzeyi

Düşük eğitim seviyesinin ileri yaşlarda hem Alzheimer hastalığı hem de vasküler demans gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Hiç eğitim almamış bir kişinin 75 yaşından sonra demansa yakalanma riski, en az 8 yıl eğitim almış bireylere göre iki kat daha fazladır.(Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Livingston, 2017). Ayrıca eğitim düzeyi fark etmeksizin fazla bilişsel aktivite gerektirmeyen işlerde çalışan, düşük bilişsel fonksiyonlu kişilerde Alzheimer gelişme açısından daha çok risk altındadırlar (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002).

Menapoz ve Östrojen Eksikliği

Epidemiyolojik olarak yapılan demans çalışmalarında kadınlarda demans gelişme riskinin erkeklerden fazla olduğu ve bunun nedeninin menopozdan sonra östrojen seviyelerinde meydana gelen düşüş olduğu bildirilmektedir (Çetinkay, 2008; Karşıdağ, 2012). Östrojen eksikliğinin serebral kan akımını, nöronların uyarımını, glia hücrelerinin gelişimini ve Apo-E gen dönüşümünü etkileyebileceği; bu sebeple de menapoz sonrası dönemde yüksek doz östrojen kullanımının Alzheimer riskini azaltabileceği gösterilmektedir (Xu W ve ark, 2015).

Nörotoksinler

Alüminyum, glutamat, organik solventler, endüstriyel boyalar ve demir-bakır-çinko gibi bazı metallere maruz kalmanın Alzheimer gelişimi açısından risk oluşturulduğu

gösterilmektedir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Güneş, 2017). Alzheimer hastalarının beyinlerinde alüminyum bulunması ve içme sularında alüminyum bulunan bölgelerde Alzheimer'in daha sık görülmesi alüminyum ve Alzheimer arasındaki ilişkiyi güçlendirmektedir. İskandinav ülkelerinde organik solventler ve endüstriyel boyalara kronik maruz kalanlarda, mesleksel olarak çözücü maddelerle, yapıştırıcı maddelerle, benzen gibi maddelerle temas halinde olan meslek dallarında çalışanlarda daha yüksek demans oranları görülse de nörotoksin olan bu maddelerle demans ilişkisi tam olarak açıklanamamaktadır (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002).

Depresyon ve Sosyal İzolasyon

Yaşlılıkta ortaya çıkan depresyon Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olmakla birlikte, Alzheimer hastalarının %10-25'inde major depresyon öyküsü olduğu bildirilmektedir (Arıoğul & Cankurtaran, 2002; Uyar, 2017). Depresyonun stres hormonlarını, nöronal büyüme faktörlerini ve hipokampal hacmi etkilemesi nedeniyle biyolojik olarak da demans riskini artırmasının mümkün olduğu iler sürülmektedir (Baumgart, 2015; Alexopoulos, 2003). Literatürde depresyonun Alzheimer için bir risk faktörü olmadığını savunan çalışmalar olsa da; genel kabul gören görüşe göre ailesinde depresyon öyküsü bulunanlarda Alzheimer riski daha fazladır ve yaşlı bireylerde depresyon saptandığında bu hastaların aynı zamanda ilerde Alzheimer oluşumu için takip edilmesi gereklidir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002). Sosyal izolasyon da aynı şekilde, demans için bir risk faktörü olabileceği gibi demansın bir semptomu da olabilir. Çalışmalar sosyal izolasyonun demans riskini artırdığı yönünde kanıtlar sunmaktadır (Kuiper ve ark., 2015; Yang ve ark., 2016).

Oksidatif Hasar ve Beslenme

Bilişsel fonksiyonların gelişimini destekleyen E vitamini, C vitamini, karoten, B12 vitamini, folik asit gibi maddelerin eksikliklerinin; demans için risk faktörleri olabileceği düşünülmektedir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002). Faklı bir çalışmada; diyabet, düşük fiziksel aktivite, artmış homosistein ve düşük omega-3 seviyeleri demans için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020; Wolf, 2012). Tip 2 diyabetin demans riskini artırdığı, obezitenin de demans için bir risk faktörü olduğu bilinmekle birlikte bazı çalışmalar düşük vücut kitle indeksinin de risk oluşturabileceğini göstermektedir (Baumgart, 2015; Karşıdağ, 2012). Araştırmalarla elde edilen epidemiyolojik çalışmalara göre Akdeniz tipi diyetin bileşenlerini oluşturan, antioksidan ve çoklu doymamış yağ asitleri (omega-3), vitaminler (D,

E ve B vitaminleri, karotenoidler) ve polifenol içerikli besin tüketimi (Baumgart, 2015; Karşıdağ S, 2012; Munoz Fernandez SS, 2018), hipertansiyon ve diyabetin olumsuz yönde etkilediğini, dolayısıyla kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve tansiyon, kolesterol ve kan şekeri seviyelerini düzenli tutmanın demans riskini azaltabileceklerini göstermektedir (Baumgart, 2015; WHO, 2020; Xu W, 2015)

Alzheimer hastalığının oluşumunda temel mekanizma olarak tüm beyindeki nörofibril yumakların yoğun bir oksidatif stresle karşılaşması, nöronların kaybı ve hasarı, serbest radikallerin birikimi bildirilirken; bireylerin antioksidan vitaminleri besinlerle almadaki eksikliğinin ve serbest oksijen radikali potansiyeli taşıyan metallerin vücuttaki fazlalığının demans oluşumu için risk faktörü oldukları bildirilmiştir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002).

İnflamasyon ve Anti-inflamatuvar İlaçlar

Alzheimer oluşumunda immunglobulin (Ig) M ve (Ig) A artışı, T hücre interferon gamma bağlanmasında azalma, aktif T hücrelerinde artma, tümor nekrozis faktör (TNF), IL (İnterlökin)-1, IL-6 artışı, C reaktif protein (CRP) artışı gibi immun değişiklikler sıklıkla görülür. Bu olayın tekrarlayan santral sinir sistemi enfeksiyonuna dönüşmesi Alzheimer için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (Arısoy A, 2012). Alzheimer hastalığı oluşumuna etki eden enfeksiyonlar; hepatit B, hpylori, HSV-1, pnömoni, prionlar ve fungal enfeksiyonlar olarak belirtilmektedir (Adalı, 2020). Ayrıca Alzheimer'in ilerlemesinde inflamasyon süreci önemli rol oynadığından; non-steroid anti-inflamatuar ilaç (NSAID) kullanımının Alzheimer riskini azaltıcı bir faktör olabileceği gösterilmektedir (Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Xu W ve ark., 2015).

Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara ve alkol kullanımı hem kardiyovasküler riskleriyle, hem de içerdiği nörotoksinlerle demans için risk oluşturmaktadır (Swan ve ark., 2007; Xu W ve ark., 2015). Sigara ve alkol kullanımının azaltılması hastalıktan korunma adına etkili olabileceği öngörülmektedir (Baumgart, 2015; WHO, 2020; Xu W, 2015).

2.1.4. Demansın Nöropatofizyolojisi

Demans merkezi sinir sistemini etkileyen bir hastalık olduğu için nöronların yapısını etkiler ve nöronların yapısındaki değişikliklerden dolayı demans hastası olan bireyde bilişsel ve davranışsal değişiklikler gelişir. Demans patofizyolojisi çok karmaşıktır. Bu patofizyolojik süreç intrensek moleküller, metobolik defektler ve beyin yapısındaki değişiklikleri (kitle lezyonları, serebrovasküler olaylar, bölgesel atrofiler) kapsar (Adalı, 2020; Cılız, 2017).

Demansın oluşumunda tiroid sorunları, hipofiz bozuklukları, B3 ve B12 vitamini eksiklikleri, myelinizasyon bozuklukları, kronik madde ve alkol kötüye kullanımı, kurşun, civa, alüminyum gibi metallere maruz kalma, karbonmonoksit zehirlenmesi, bakır taşıyan proteininin eksikliğine bağlı bakırın vücutta biriktiği Wilson hastalığı ve kolinerjik sistemin (asetilkolinle ilgili sistem) bozulması gibi durumlar etkili olmaktadır (Adalı, 2020; Cılız, 2017).

Bellek, algılama ve bireysel bakım yeteneğinin bozulmasına yol açan, kronik ve progresif bir hastalık olan "Alzheimer hastalığı"; yaşlılarda görülen demans olgularının %50-70'ini oluşturmaktadır (Alıcılar Emin ve Çalışkan, 2021). Alzheimer hastalığının fizyopatogenezi 1907 yılından beri tam olarak açıklanamamışsa da; Alzheimer histopatolojisinde senil amioid plaklar, nörofibriler yumak oluşumu, sinaps-nöron kaybı ve beyinde belirgin bir atrofi meydana geldiği kanıtlanmıştır (Adalı 2020; Özbayrak Karapınar, 2019).

Senil plakların oluşumu Alzheimer hastalığının en belirgin bulgusudur ve senil plaklar özellikle amigdala, hipokampus ve neokortekste görülür. Ancak Alzheimer kasin tanısı için bu senil plakların ve nörofibril yumakların olması yeterli olmaz çünkü normal yaşlanma sürecinde ve diğer nötodejeneratif hastalıklarda da bu plaklar görülebilir. Bu yüzden Alzheimer olduğu düşünülen hastalarda nörofibril yumakların neokortekste ve senil plakların ise limbik sistemde nöritik plaklar halinde bulunmasının Alzheimer'in ayırıcı tanısında kullanılabileceği belirtilmektedir (Adalı, 2020; Özbayrak Karapınar, 2019).

Nörofibril yumaklar ve senil plakların yanı sıra gliozis, inflamasyon, nöron ve sinaps kayıpları, kortikal kolinerjik innervasyon ve diğer nörotransmitterlerde kayıplar Alzheimer hastalığının nöropatolojisini oluşturmaktadır. Alzheimer'daki birinci temel patolojik değişiklik; nörofibril yumakların temel bileşeni hiperfosforilize olmuş "tau proteini"dir (Adalı, 2020; Olsson B, 2016; Öztürk ve Karan, 2009). Bu protein mikrotübüllerin stabilizasyonunu, hücre iskeletinin bütünlüğünü ve aksonal transportu sağlar. Alzheimer hastalığında hiperaktif kinazlar ya da hipoaktif fosfatazlar tau proteininin hiperfosforilizasyonuna yol açarak mikrotübüllerin bağlanma yeteneğini bozarlar ve bu anormal proteinler çoğalarak zaman içinde hücre iskeletinin bütünlüğünü ve nöronların iletim sisteminin bozarak hücre ölümüne neden olurlar ve hücre ölümüyle oluşan bu nörofibril yumaklara hayalet yumak adı verilmektedir. Hayalet yumakların artması, bireylerdeki bilişşel kötüleşmenin primer sebebi olarak gösterilmektedir (Özbayrak Karapınar, 2019).

Alzheimer'daki ikinci temel nöropatolojik değişiklik; farklı morfolojik yapılarda olup ana bileşeni amiloid beta proteini olan "amiloid plaklar"dır. Biriken amiloid ve tau proteinleri nöronların sağlıklı bir şekilde işlev görmesini ve iletişim kurmasını engeller. Nöronların arasındaki bu iletişim kesintileri sonucu nöronlar ölmeye ve beyin dokusu kaybolmaya başlar. Ayrıca Alzheimer'da meydana gelen nöron ve sinaps kaybı da demansın ağırlığıyla en çok korelasyon gösteren değişikliklerdir. Alzheimer'in oluşumunda etkili biyokimyasal değişiklik ise; hipokampusu serebral kortekse bağlayan "asetilkolin" kaybıdır. Asetilkolin sinir uyarılarının iletimini sağlarken, beyinde dikkat, hafıza ve motivasyon fonksiyonlarının sürdürülmesini sağlarken; Alzheimer'daki asetilkolinin kaybı amiloid plak oluşumuna katkıda bulunur (Adalı, 2020; Özbayrak Karapınar, 2019). AH'de meydana gelen kolinerjik kayıp, hastalardaki depresyon, ajitasyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklara neden olur (Adalı, 2020).

Alzheimer hastalığında glutaminerjik sistemin sürekli olarak uyarılması sonucunda intraselüler kalsiyum (Ca+2) konsantrasyonu artar; bu durum nöronal eksitotoksisiye, nöronal disfonksiyona ve hücre ölümüne neden olur. Beyinde Ca+2 artışı ile bu iyonla aktive edilen nötral proteinazların (kalpainler) aktivitesi artar, bu durum amiloid plak ve NFY oluşumuna neden olur. Ayrıca hastalıkta ortaya çıkan amiloid-β'nın da Ca+2 homeostazını bozduğu bilinmektedir (Adalı, 2020).

2.1.5. Demansın Evrelerine Göre Belirti ve Bulguları

Demans bellek, dil, konuşma, yargılama, algısal motor beceriler gibi işlevleri öncelikli olarak bozmakta ve bu bozukluk bireylerin mesleki ya da toplumsal işlevlerini de etkilemektedir (Çetinkaya, 2008). Demansın primer sebebi olarak gösterilen Alzheimer'da motor ve duyuşsal işlevler hastalığın geç dönemine kadar korunsa da bilişsel işlevler yavaş ve sinsi bir şekilde, hatta hasta yakınının bile zor fark edebileceği bir şekilde bozulmaya başlar (Çetinkaya, 2008). Alzheimer'da beynini yapısı ve kimyası giderek değişmekte, ancak bu değişimin belirtileri bireylerde erken ya da geç meydana çıkmakta, bazı evreler hiç gelişmemekte ya da evreler birbirleriyle çakışabilmektedir (Çetinkaya, 2008).

Demansın evrelendirilmesinde yaygın olarak Reisberg Global Bozulma Ölçeği (GBÖ) ve Klinik Demans Evrelendirme Ölçeği (CDR) kullanılmaktadır. GBÖ demansı 7 evrede sınıflandırmakta, birinci evrede hastada yakınma ve bellek bozukluğu bulunmazken, yedinci evrede hastada tüm sözel ve motor yetenekler bozulup hasta tamamen birine bağımlı hale gelmektedir. Daha çok kullanılan sınıflandırmayı yapan CDR ise demansı çok hafif, hafif, orta

ve şiddetli olarak 4 evreye ayırmıştır. CDR sınıflamasına göre demansın evrelerine göre belirti ve bulguları şu şekildedir (Erbay, 2017; Uyar, 2017).

Çok Hafif Evre / Hafif Kognitif Bozukluk:
Bu aşama normal yaşlanma ile demans arasındaki geçiş sürecidir. Hafif kognitif bozukluk tanısı konan hastaların bilişsel süreçlerindeki bozulmada takip süresince gerileme olmadığı bilinmektedir. Bu aşamadaki kişilerin geçmiş öyküsünde depresyon, serebral infarkt, tıbbi ya da psikiyatrik etkenler olduğu saptanmıştır. Hafif kognitif bozukluk evresinde beyinde patolojik bir süreç vardır. Hastalarda mental ya da davranışsal semptomlar ve günlük aktivitelerde ve performansta bozulma olmasına rağmen nörofizyolojik testlerde bile bu belirtiler fark edilmeyebilir.

Hafif Evre:
Hasta tarafından gizlenebilen ya da yönetilebilen unutkanlık ya da dalgınlık Çevreye, olaylara karşı umursamazlık, sosyal aktivitelere katılmada azalma (sosyal topluluklar içinde hasta daha sakin ya da içine kapanık olarak nitelendirilebilir) Yeni bilgilerin öğrendirilmesinde, yeni durumlara uyum sağlamada güçlük yaşama Spontan aktivitelerde ve yargılama gücünde azalma, Kelime bulma güçlüğü yaşadığı için duraksayarak konuşma, Bencillik, kuşkuculuk, ayrıntılara karşı dikkatsizlik, emosyonel uygunsuzluk, duruma uygun olmayan şakalar yapma, hafıza sorunları yaşadığı için sürekli bilgileri kaydetme gereği hissetme, nadiren de olsa kişisel bakımlarını yerine getirmede bozulma meydana gelebilir.

Orta Evre:
İyi bildiği yerlerde bile kaybolma Eşyalarını kaybetme ya da biriktirip saklama eğilimi, Kolay sinirlenme ve öfkelenme, paranoid düşünme eğilimleri, Basit hesaplamaları yapmada ve basit uyarıları izlemede güçlük, Anlamsız dolaşma ya da tekrarlayıcı fiziksel hareketler, Afazide artış, uygunsuz kelimeler kullanma Uyku alışkanlığında değişiklikler ya da geceleri uykudan uyanıp dolaşma, Beslenme alışkanlığında değişiklikler ya da çok yiyip doyduğunun farkına varmama, Günlük yaşam aktivitelerini ya da bireysel hijyenini sağlamada yetersizlik, İdrar ve dışkı alışkanlığında değişiklikler, Sosyal ilişkilerde bozulmalar, sözlü ya da fiziki saldırganlıklar, halüsinasyonlar ya da hezeyanlar görme, Unutkanlıkta artma, yakın arkadaşlarının hatta aile üyelerinin adını anımsamada güçlük.

İleri Evre:
Sürekli birinden yardım isteme gereksinimi ve başka birine bağımlı hale gelme, Eş ya da çocuklarını emosyonel olarak tanıma ancak kimliklerini belirleyememe, İletişimde tamamen bozulma (birkaç kelime konuşabilme) ya da hiç konuşamama, Disfaji, yemek yeme güçlüğü ve buna bağlı hızlı-belirgin kilo kaybı,

Üriner ve fekal inkontinans,
Emme ve yakalama gibi ilkel reflekslerin ortaya çıkması,
Hiç hareket edememe ve yatağa bağımlılık,
Ölüm nedeninin sıklıkla pulmoner emboli, pnomoni, ürosepsis, aspirasyon, beslenme bozuklukları gibi immobil olmaktan kaynaklanan komplikasyonlardan kaynaklanması

2.1.6. Demansın Tanı Kriterleri

Demans semptomları bilişsel, davranışsal ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalarla karakterize olmakla birlikte demans hastasından alınan öykülerdeki şikâyetler unutkanlık, konuşma bozuklukları, yer ve zaman oryantasyonun bozulması, kişilik değişikleri vb. şeklinde sıralanır. Bu şikâyetlerin akut ya da subakut olmaları, hızlı ya da yavaş ilerleyici olmaları gibi özellikler de demans tanılamasında çok önemlidir (Cılız, 2017).

*Demans için günümüzde geçerli olan DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) şu şekildedir **(Cılız, 2017)**:

A.Aşağıdaki kognitif alanlardan en az birinde önemli derecede bozukluğa işaret eden bulgular (bu sorunlar hasta, hasta yakını ya da klinisyenin gözlemine dayalı olmalı ve nöropsikolojik test ya da klinik muayene ile bilişsel performansta ciddi bozulma saptanmalıdır):
Öğrenme ve bellek
Dil
Yönetsel işlev
Kompleks dikkat
Algısal motor fonksiyonu
Sosyal biliş

B. Bilişsel bozukluk bireyin günlük aktivitelerinin en az birini etkileyecek kadar ciddi olmalıdır.

C. Deliryum sırasında ortaya çıkmış olmamalıdır.

D. Non-organik bir mental hastalık (depresyon, şizofreni vb.) dışlanmalıdır.

2.1.7. Demansın Sınıflandırılması ve Alt Tipleri

Demans serebral nöronların iletim bozukluklarından kaynaklanır ve özel yerleşimli kayıplar ile kombine nöronların kaybı söz konusudur. Bazı araştırmacılar demansı kortikal (Alzheimer vb.) ya da subkortikal (Huntington hastalığı vb.) olarak ikiye ayırmaktadır. Kortikal demanslarda primer olarak hafıza kaybı, konuşma bozuklukları söz konusu iken; subkortikal demanslarda dikkat, muhakeme, uyanıklık ve davranış bozuklukları ön plandadır (Uyar, 2017).

Demans ikinci bir sınıflama olarak da primer ya da sekonder demans sınıflaması mevcuttur. Primer demans grubuna Alzheimer hastalığı, frontotemporal demans, Lewy

cisimcikli demans, Parkinson hastalığı demansı gibi beyin hastalıkları girerken; sekonder demans grubuna enfeksiyon, ilaç toksisiteleri, sifiliz, vitamin eksiklikleri, AIDS ya da kafa travması gibi durumlardan kaynaklanan bilişsel bozukluklar girmektedir (Türten Kaymaz, 2016; Uyar, 2017). Demansın primer ve sekonder demans olarak sınıflandırılması aşağıdaki tablodaki şekilde olmaktadır (Cılız, 2017; Türten Kaymaz, 2016).

PRİMER DEMANSLAR	SEKONDER DEMANSLAR
Alzheimer hastalığı	Vasküler demans
Lewy cisimcikli demans	Normal basınçlı hidrosefali
Fronto-temporal demans	Kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar (Subdural hematom, neoplastik hastalıklar)
Hareket bozukluğuyla birlikte olan demans (Huntington hastalığı, Wilson hastalığı, multisistem atrofiler vb.)	Toksik-metabolik demanslar (B12 vitamini eksikliği, Wernicke-Korsakoff hastalığı, hipotiroidi, ilaçlar ya da organik çözücülere maruz kalma, kronik karaciğer hastalığı)
Çeşitli pediyatrik demanslar (Kufs hastalığı, Niemann-Pick hastalığı vb.)	Otoimmun- inflamatuvar hastalıklar (Multiple skleroz, Behçet hastalığı, granülamatöz anjitis, primer sinir sistemi vasküliti vb.)
Prion hastalıkları	
Diğer ender demanslar (Limbik demans vb.)	

Demansların en büyük bölümünü merkezi sinir sisteminin nörodejeneratif hastalıklarını içeren "primer demanslar" oluşturmaktadır. Demans hastalarının %50-60'ında Alzheimer hastalığı, %10-20'sinde Lewy cisimcikli demans, %15'inde fronto-temporal demans görülmektedir. Sekonder demansların ise %15-30'unda vasküler demans bulunmaktadır (Türten Kaymaz, 2016).

2.1.7.1. Vasküler Demans

Vasküler demans genellikle ani başlangıçlı, serebrovasküler ya da kardiyovasküler sorunlardan kaynaklanan iskemik, hipoksik veya hemorajik beyin lezyonlarına bağlı serebral kan akımında azalma sonucu bilişsel fonksiyonların bozulmasıyla seyreder. Vasküler demans demansın Alzheimer'dan sonra ikinci en sık görülen tipidir. Vasküler demans tanısı alan hastaların çoğunun geçmiş öyküsünde inme mevcuttur ve bu hastalar tanı aldıktan sonra ortalama 4 yıl daha yaşarlar. Alzheimer tipi demanstan farklı olarak vasküler demans vakalarında dikkat, konsantrasyon ve yürütücü işlev bozuklukları daha çok ön plandadır (Uyar, 2017).

Vasküler demans risk faktörleri sırasıyla; sigara, hipertansiyon, hiperlipidemi, sedanter yaşam, diyabet varlığı, kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, ileri yaş, erkek cinsiyet, obezite, koroner arter hastalıkları, ateroskleroz, homosistein yüksekliği olarak sayılabilir (Cılız, 2017; Türten Kaymaz, 2016).

2.1.7.2. Lewy Cisimcikli Demans

Lewy cisimcikli demans, kortikal nöronlarda Lewy cisimlerinin yaygın olarak görüldüğü motor ve psikiyatrik belirtilerle giden, genellikle 50-83 yaşları arasında görülen, son yıllarda daha çok tanınan bir bunama sendromudur (Cılız, 2017; Türten Kaymaz, 2016). Hastalığa özgü olan Lewy cisimcikleri paralimbik ve kortikal alanda bulunan eozinofilik nöronal oluşumlardır. Lewy cisimcikli demans tanısı alan hastalarda bilinç dalgalanmaları, görsel halüsinasyonlar ve spontan parkinsona benzer motor hareket bulgularından en az ikisi bulunmalıdır (Cılız, 2017). Bu demans türünün klinik özellikleri; ilerleyici bilişsel bozukluk, uyku ve dikkat bozuklukları, hafif halüsinasyonlar, hafif spontan motor parkinsonizm, senkop, ani bellek yitimidir (Cılız, 2017).

2.1.7.3. Fronto-temporal Demans

Fronto-temporal demans tüm demansların %10'unu ve presenil yani erken başlangıçlı dejeneratif demansların %25'ini oluşturur. Bu demans türü hakkında çok az şey bilinmesine rağmen; sıklıkla asimetrik anterior frontal ve temporal loblar, bazal gangliyonlar ve motor nöronlarda dejenerasyonla ilerleyen klinik sendromlar fronto-temporal demansta çok yaygındır (Çetinkaya, 2008). Ayrıca fronto-temporal demasta tau proteinlerini içeren pick cisimciklerinin aşırı birikimi beynin frontal ve temporal bölgelerinde nöron kaybı yer almaktadır (Türten Kaymaz, 2016).

Hastlık genellikle 50-60 yaşlarında başlamakta, ilk belirtileri sıklıkla kişilik, davranış, lisans ve yürütücü fonksiyonlarda bozuklukla başlamaktadır. Hastalığın diğer belirtileri ise verbal akıcılıkta azalma, soyutlama ve yargılama bozukluğu, sosyopati, sosyal uygunsuz davranış, garip ve ilgisiz affekt, zayıflamış tepki inhibisyonudur (Çetinkaya, 2008).

2.1.7.4. Alzheimer Tipi Demans

Alman psikiyatrist Alois Alzheimer, kliniğinde takip ettiği paranoya ve bellek kaybını takiben afazi gelişen 50 yaşlarındaki hastasının ölümü sonrasında yaptığı beyin otopsisinde

amiloid plaklar ve nörofibril yumak olarak adlandırılacak değişiklikleri ve beyin atrofisi meydana geldiğini görmüştür. 1910 yılında Alzheimer'in klinik şefi Dr. Emil Krapelin, hastalığı ilk kez "Alzheimer Hastalığı" olarak tanımlamış ve otopside incelenen vakanın klinik belirtileri erken yaşta başlasa da tarihte ilk kez Alzheimer hastalığının klinik belirtileri açıklanmıştır (Özbayrak Karapınar, 2019).

Alzheimer hastalığında semptomatik belirtiler ortaya çıkmadan önce serebral dokuda amiloid beta protein birikimi ve tau proteinlerinin hiperfosforilasyonu gerçekleşmesine rağmen bu mikroskopik değişiklikler sadece otopsi ile saptanabildiği için; Alzheimer hastalığını erken dönemde teşhis edebilmek çok önemlidir (Özbayrak Karapınar, 2019).

Alzheimer en yaygın görülen demans türüdür ve demans hastalarının %60-80'inde Alzheimer tipi demans varlığı tespit edilmiştir (Cılız, 2017). Alzheimer hastalığında beyin total ağırlığında azalma, beyin ventriküllerinde genişleme, frontal, temporal ve pariyetal bölgelerde atrofi ve nöron kaybı sonucu bilişsel fonksiyonlarda bozulma meydana gelmektedir (Türten Kaymaz, 2016).

Alzheimer hastalığı olası risk faktörleri; ileri yaş (65 yaş ve üstü), genetik yatkınlık, apolipoprotein E4 alleli, Down sendromu, kadın cinsiyet, kafa travması, sigara ve alkol kullanımı, nörotoksinlere maruz kalma, serebrovasküler hastalıklar, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik durum, infeksiyonlar, hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes meliitus, B12 ve folik asit eksikliği, serum demir ve ferritin yüksekliği, C-reaktif protein yüksekliği, hipotiroidi, depresyondur (Cılız, 2017). Alzheimer'in uyarıcı belirtileri; günlük yaşamı aksatacak derecede unutkanlık, günlük işlerde zorlanma, yer ve zamanı şaşırma, konuşma ve yazmada kelime problemleri yaşama, bir konuda karar vermede zorlanma, kişilik ve mizaç değişiklikleri, sosyal aktivitelerden ve çevredeki kişilerden uzaklaşarak içine kapanmadır (Yavla ve Aydın Göngör, 2016).

DSM-IV'e göre Alzheimer hastalığı tanı kriterleri şu şekildedir (**(Cılız, 2017)**):

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de varlığı ya da kognitif gerileme

1. Bellek bozukluğu
2. Afazi, apraksi ve agnozi bozukluklarından en az birisinin varlığı

B. A-1 ve A-2 tanı ölçütlerindeki bilişsel bozuklukların her biri bireyin mesleki ve sosyal becerilerini olumsuz etkiler.

C. Yavaş ve sürekli olarak bilişsel gerileme mevcuttur.

D. A-1 ve A-2 tanı ölçütlerindeki bilişsel bozukluklar; merkezi sinir sistemini ilgilendiren serebrovasküler hastalıklar, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural

hematom, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörleri, hipotiroidi, B12 ve B3 vitamini eksikliği, hiperkalsemi, sifiliz, HIV enfeksiyonu ve madde kötüye kullanımına bağlı değişimlere bağlı olmamalıdır.

E. Bu problemler yalnızca deliryum tablosunda ortaya çıkmamalıdır.

F. Bu problemler major depresif bozukluk, şizofreni gibi başka bir eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanmamalıdır.

2.1.8. Demansın Tedavisi

Demans hastalığının tedavisine yönelik etkin ve kesin bir tedavi yoktur (Aslan, 2017; Uyar, 2017). Demans tedavisinde koruyucu, semptomatik ve modifice edici tedaviler kullanılmaktadır. Demans tedavisinin başarısı bireydeki semptomların şiddeti ve bakım veren yükü ya da tükenmişliği ile ölçülmektedir (Aslan, 2017). Demansın tedavisindeki amaçlar şunlardır (Aslan, 2017; Türten Kaymaz, 2016; Uyar, 2017).

- Bilişsel ve fonksiyonel bozulmayı yavaşlatmak ya da durdurmak,
- Davranışsal ve psikiyatrik belirtileri tedavi etmek,
- Demans hastasının günlük yaşam aktivitelerini düzeltmek,
- Demans hastasına bakım veren bireyin bakım yükünü azaltmak,
- Demans hastası bireyin bakımevine ya da hastaneye yatışını geciktirmektir.

2.1.8.1. Demansın Farmakolojik Tedavisi

Demansta kullanılan tedaviler; kolinesteraz inhibitörleri, memantin, antioksidan tedavisi, nöroprotektif tedavi ve davranışsal ya da psikiyatrik bozukluklara yönelik kullanılan farmakolojik ajanlardır (Cılız, 2017; Uyar, 2017).

Kolinesteraz inhibitörleri

Alzheimer ve diğer nörodejeneratif demansların semptomatik tedavisinde, azalmış olan kolinerjik aktivitenin farmakolojik olarak arttırılması üzerine odaklanılır. Çünkü asetilkolin Alzheimer hastalığında azalan nörotransmitterdir ve ileri düzeydeki Alzheimer'da asetilkolinin aşırı düşüşü ve kolinesteraz aktivitesi artışı söz konusudur. Bu sebeple demans hastalarına kolinesteraz ihibitör tedavisi verilerek; kolinesteraz aktivitesinin dengelenmesi ve bilişsel fonksiyonların düzenlenmesi hedeflenmektedir (Cılız, 2017; Uyar, 2017).

Asetilkolin kolinesteraz inhinibitörleri; asetilkolin yıkımını azaltarak kolinomimetik aktivite gösterir ve 3-6 aylık kullanımları sonrası demans hastasının bilişsel aktivitelerini iyileştirirler. Bu ilaçların demans hastasındaki işlevsel ve davranışsal belirtileri düzeltme

yeteneği daha güçlüdür. Yaygın olarak kullanılan asetilkolin kolinesteraz inhibitörleri; donepezil, galantamin ve rivastigmindir. Bu ilaçların istenmeyen etkileri; yarılanma ömürlerinin kısa olması, zayıf ve geçici etkili olmaları, terapötik pencerelerinin dar olması, klinik kullanımlarında sık ve güçlü yan etki oluşturmalarıdır (Uyar, 2017). Ayrıca bu ilaçların kullanımı hastalarda bulantı, kusma, diyare, kas krampları, baş dönmesi, yorgunluk, uykusuzluk, bradikardi ve iştahsızlık gibi yan etkilere sebep olabilir (Türten Kaymaz, 2016; Uyar, 2017).

Memantin (N-metil D-aspartat (NMDA) reseptör antagonisti):

Memantin, glutamat toksisitesini ortadan kaldıran ve böylece nöron kaybını azaltan bir NMDA reseptör antagonistidir. Memantin orta ve ileri evre Alzheimer hastasının bilişsel becerilerinde, günlük yaşam aktivitelerinde ve davranışsal belirtilerinde anlamlı iyileşme sağlayıp, hastanın başka birine bağımlı hale gelme sürecini yavaşlatmaktadır (Cılız, 2017; Türten Kaymaz, 2016; Uyar, 2017). Ayrıca memantin, demansa eşlik eden ajitasyon ve agresyon gibi nöropsikiyatrik durumların tedavisinde de olumlu etkiler göstermektedir. Memantin tedavisinin de yan etkileri asetilkolin kolinesteraz inhibitörlerine benzer şekilde yorgunluk, baş dönmesi, baş ağrısı, uykusuzluk ve halüsinasyon gibi belirtilerdir (Uyar, 2017).

Antioksidan tedavisi

Demans hastalarında serebral dokuda serbest radikallerin sebep olduğu hücre hasarını önlemek amacıyla antioksidan tedavisi kullanılmaktadır. Literatürde hastalara E ve C vitamini desteği verilmesinin demansın başlangıcını geciktirdiğine ve B6, B12 ve B9 (folik asit) kullanımının demans tedavisine destek verdiğine dair kanıtlar mevcuttur (Cılız, 2017).

Nöroprotektif tedavi

Alzheimer hastalarının beyinlerinde ana bileşeni amiloid beta proteini olan “amiloid plaklar” meydana gelir. Biriken bu amiloid ve tau proteinleri nöronların işlevlerini gerçekleştirmesini ve nöronlar arası iletişimi bozar (Özbayrak Karapınar, 2019; Öztürk ve Karan, 2009). Bu iletişim bozukluğu da beyinde oksidatif hasar gelişimine ve nöron ölümüne sebep olur (Cılız, 2017). Alzheimer hastalığındaki bu patolojik süreci değiştirmek ve hastalık ilerleyişini durdurmak için anti-amiloid antikorlar kullanılır. Etkinlikleri tam olarak kanıtlanmasa da nöoprotektif tedavide kullanılan ilaçlar; anti-amiloid ajanlar, antioksidanlar,

anti-inflamatuvar ve anti-apopitotik etkenler, glutamaterjik N-metil-D-aspartat reseptör antagonistleri ve nöronal büyüme faktörleridir (Cılız, 2017).

Davranışsal ve psikiyatrik bozukluklara yönelik kullanılan farmakolojik ajanlar

Demans ilerledikçe yani orta ve ileri evrelere doğru gelindikçe hastalarda; psikiyatrik ve davranışsal sorunların görülme sıklığı artmaktadır. Bu sorunların demans hastalarında görülme sıklığı %92'lerdedir. Demans hastalarında bu sorunlar erken evrede depresif belirtiler olarak, ileri evrede ajitasyon ve psikotik belirtiler olarak kendini belli etmektedir (Uyar, 2017).

Demans hastasında ilk kez ajitasyon gibi davranışsal sorunlar ortaya çıktığında deliryum, sıvı elektrolit dengesizlikleri, dehidratasyon, ağrı, hipoksi, tıbbi etkileşimler gibi durumlar düşünülmelidir. Ancak hastada bu belirtiler geçmiyorsa ve sürekli olarak gözlenip kontrol altına alınamıyorsa; antidepresanlar, antipsikotikler, antikonvülzanlar, benzodiazepinler, anksiyolitikler ve sedatifler demans hastalarının tedavisine eklenebilmektedir (Türten Kaymaz, 2016; Uyar, 2017).

2.1.8.2. Demansın Farmakolojik Olmayan Tedavisi

Demans hastasının psikiyatrik ve davranışsal belirtilerin tedavisinde öncellikle farmakolojik olmayan yöntemler denenmektedir. Hasta merkezli bakım anlayışı doğrultusunda her demanslı bireyin kendine özgü gereksinimleri olduğunun ve hasta için öncelikli durumun göz önünde bulundurulmasının gerekliliği unutulmamalı ve hastaya uygun farmakolojik olmayan yöntem seçilmelidir (Türten Kaymaz, 2016). Demans hastasına yönelik uğraşılar planlanırken hastanın kapasitesini zorlamayan ve ona zevk verebilecek uğraşıların (egzersiz, kelime oyunları, bahçe işleri, müzik dineleme, yemek pişirme, el işi ya da maket yapma, bilmece-bulmaca çözme, iskambil oynama gibi) denenmesi çok önemlidir (Uyar, 2017)

Demanstaki farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri; bilişsel, psikososyal, hareket ve duyuşsal uygulamalar olarak dört başlık altında toplanmaktadır (Türten Kaymaz, 2016).

Bilişsel uygulamalar; bilişsel eğitim, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel uyarım verme, gerçeğe oryantasyon terapisi, psikososyal uygulamalar; anımsama (geçmişteki önemli yaşantıların açığa çıkarılıp paylaşımının desteklenmesi), geçerlileştirme ve onaylama terapisi, fiziksel uygulamalar; dış ortam aktiviteleri ve egzersiz, duyusal uygulamalar; aromaterapi, masaj, terapötik dokunma, akupuntur, parlak ışık, hayvan terapisi, sanat terapisi, snoezelen

(çoklu duyuşsal uyaran) terapilerini içermektedir (Cılız, 2017; Türten Kaymaz, 2016). Demans hastasına farmakolojik olmayan bu tedavi yöntemlerinin uygulanması için öncelikli girişim; bakım verici olan kişilerin eğitilmesidir (Uyar, 2017).Demans hastasına bakım veren kişinin ya da ailenin eğitimi ve desteklenmesi, sağlık personellerinin eğitimi, çevre düzenlemeleri de farmakolojik olmayan yöntemler arasında gösterilebilir (Türten Kaymaz, 2016).

2.2. Bakım Veren Kavramı

"Bakım" bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar, "bakım veren" ise hastalığı, sakatlığı ya da yaşlılığı sebebiyle kendine bakamayan kişilere yardım eden kişi" olarak tanımlanmaktadır (Eğilli, 2016).

Bakım sözcüğü; bakma işi, bakım verilen şeyin iyi durumda kalması için verilen emek, gösterilen özen, birinin beslenme, giyim gibi ihtiyaçlarına karşılama anlamına gelmektedir (Eğilli, 2016; Erbay, 2017).

Bakım verme kavramı sözlük tanımından da anlaşıldığı üzere sadece tek bir yardım çeşidiyle sınırlı olmayıp; emosyonel destek, ekonomik destek, fiziksel destek, sağlık bakımını ya da bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç tedavisi, ilaç saatlerini düzenleme, tedavinin etkinliğini izleme), bireysel bakım (giyinme, beslenme, tuvalete gitme, yıkanma vb. ihtiyaçları karşılama), küçük ev işlerini yapma ve aynı ev paylaşma şelinde birçok bakım alt boyutunu kapsamaktadır (Eğilli, 2016; Erbay, 2017).

Bakım verme kavramı literatürde "formal" ve "informal" bakım olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır. Formal bakım evde ya da kurumda kişisel bakım ya da sağlık bakım hizmetlerini sunan daha çok hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanları, terapistler, evde bakım yardımcıları tarafından gerçekleştirilirken; informal bakım ise ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri ya da arkadaşları tarafından uzmanlık gerektirmeyecek şekilde gerçekleştirilmektedir (Eğilli, 2016).

Stone ve arkadaşları ise hastanın bakımından 1. derecede sorumlu olan kişiyi "primer bakum veren" olarak adlandırmış ve primer bakım vericileri birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü tip bakım verenler olarak 4 grupta incelemiştir (Eğilli, 2016). Bu incelemede birinci tip bakım veren tüm bakımdan, takipten ve izlemden sorumlu olan kişi; ikinci tip bakım veren bakımdan primer sorumlu kişiler olup informal destek alan kişi; üçüncü tip bakım veren hem formal hem

de informal kaynaklardan destek alan kişi, dördüncü tip bakım veren kişi ise bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişidir (Eğilli, 2016).

Aile üyelerinden herhangi birinin ani bir biçimde hastalıkla karşı karşıya kalması; aile sistemini ve aile içi ilişkileri etkileyen bir kriz ortamının yaşanmasına, ailedeki rollerin değişmesine, hasta olan bireyin kaybından korkulmasına, ekonomik zorluklarla birlikte bakım vermenin aileye getirdiği fiziksel ve duygusal deneyimlerin yaşanmasına sebep olmaktadır (Erbay, 2017). Ailedeki bireyin tanısının öğrenilmesiyle birlikte hastaya kimin bakım vereceği sorusu ön plana çıkmaktadır. Bu bakım verecek olan kişi de genellikle hastanın eşi, çocukları ya da hasta bakıcı olmaktadır. Ülkemizde hasta bireye bakım veren kişilerin genellikle aile içerisinden seçildiği bilinmektedir (Erbay, 2017; Simpson ve Carter, 2015). Altun ve arkadaşları yaptıkları araştırmada Türkiye'de bakım vericilerin %78'inin kadın, %34'ünün de eşler olduğunu; kadınların bakım vermeyi eski sorumlulukların devamı olarak gördüğünü ancak erkeklerin bakım sorumluluğuna yabancı olduklarını bulmuşlardır (Atagün, Devrim Balaban, Atagün, Elagöz ve ark., 2011).

Hastaya primer bakım veren kişinin belirlenmesinden sonra ise; bakım verenlerin yaşantılarını hem fiziksel hem de duygusal yönden zorlayan bir süreç başlamaktadır. Bu süreç bazı bakım verenler tarafından" talihsizlik", bazı bakım verenler tarafından ise "heyecan verici" ya da doyurucu" bir aktivite olarak tanımlanmaktadır. Özellikle bakım veren kişinin eş olması normal bakımın bir parçası olarak tanımlanmakta, bakım veren kişinin çocuk olması ise ebeveyn ile çocuk arasındaki bağın güçlenmesine sebep olmaktadır (Erbay, 2017).

Toplumların yaşlanmasıyla birlikte bakım veren kişiye olan ihtiyaç tüm dünyada artış göstermektedir. Tıptaki teknolojik gelişmeler, yeni tedavi yöntemlerin bulunması gibi gelişmeler neticesinde ortaya çıkan yaşam süresinin uzaması olumlu bir sonuç iken; 21.yüzyılda aile biriminin küçülmesi, ailede çalışan fert sayısının artması ve dolayısıyla bakım ihtiyacı olan bireye bakım verebilecek kişi sayısının azalması bakım alacak kişi için olumsuz bir sonuç olmuştur (Atagün, Devrim Balaban, Atagün, Elagöz ve ark., 2011; Dağdeviren, Demir, Adahan, Dağdeviren ve ark., 2020). Ayrıca bakım veren bireylerin bakım faaliyetlerini yürütürken diğer aile üyelerinden yardım alamamaları, psikolojik, ekonomik ve aile içi ilişkilerde güçlük yaşamaları, ekonomik durumlarının ve kendi günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesi de bakım verici için olumsuz bir sonuç ortaya çıkarmaktadır (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015).

Bakım alması gereken hasta sayısının giderek artması, bu bireylerin bakımıyla ilgili takip, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin mümkün olduğunca adapte olduğu kendi ev ortamında yararlanmasının daha uygun olduğunun belirlenmesi, evde sağlık hizmetleri kavramını açığa çıkarmıştır. Ancak hastaya evde bakım verecek aile bireylerinin çoğu bakım hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip değillerdir ve kendilerini güvensiz ya da yetersiz hissedebilmektedir. Hastalara bakım verilmesi nüfus yaşlandıkça büyümeye devam eden önemli bir toplumsal yüktür ve bu bakımı sağlayan bireyler genellikle kendi sağlıklarını ve iyiliklerini bakım uğruna feda etmektedir (Brummett ve ark., 2006). Bu sebeple hastaya bakım veren kişilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda sağlık ekibinden alacakları eğitimle bakım verici rolünü üstlenmeleri bireylerin bakın yükünü hafifletmeye yardımcı olacaktır (Dağdeviren, Demir, Adahan, Dağdeviren ve ark., 2020).

2.3. Bakım Verme Deneyiminde Negatif Boyutlar

2.3.1. Bakım Verme Yükü

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Hastalarına bu kronik hastalık sürecinde bakın verenlerin semptomları izleme, hastanın öz bakımını ve rahatlığını sağlama, hastanın güvenliği ve günlük yaşam aktivitelerini rahatça yapabilmeleri için ortamı düzenleme, hasta için gerek olabilecek araç ve gereçlerin donanımını sağlama gibi zorlu görevleri vardır (Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017).

Yukarıda da kısaca tanımlanan bu zorlu bakım verme sürecinin bakım verenler üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı araştırmacılar “yük” kavramını tanımlamışlardır. Bakım verme yükü; bir başkasının bakımına gereksinim duyan bireye bakım veren kişilerin yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak tanımlanmaktadır (Eğilli, 2016) . Başka bir tanımla bakım verme yükü ise bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, kendisinin baskı altında hissetmesi, gerilmesi ve belli bir yük altına girmesi olarak da açıklanabilmektedir (Eğilli, 2016) .

Bakım verme yükü kavramı dört alt boyutta açıklanmaktadır. Bu boyutlar; direkt bakımla ilgili olan işler (her hastanın ihtiyacı kendi bireysel yapısına, hastalık süreci ve evresine göre değişebilir), direkt bakımla ilgili olmayan işler (hasta olan bireyin hastalık öncesi dönemde yaptığı işlerin bir başkası tarafından devralınması süreci), hastanın duygusal ihtiyaçlarıyla uğraşmak (hasta yakınlarını hastalarının üzüntülerini, hastalık sürecindeki olumsuz

deneyimlerini paylaşmak zorunda kalırlar) ve diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları (bakım veren kişilerin bakımdaki sorumlulukları sebebiyle kendi yaşantılarını ertelemeleri)dır (Eğilli, 2016).

Bakım vermenin yoğunluğu ve sürekli bir hal alması bakım verenlerin hem iş hem aile hem de sosyal hayatını etkilemekte ve bireyin sorumluluklarının sadece bakım verdiği hasta üzerinde olmadığı düşünülürse bakım vericinin bakım yükünün gitgide ağırlaştığı açıkça görülmektedir (Erbay, 2017). Bakım veren kişinin fiziksel enerjisinin ve zamanın kendisine yetmediğini düşünmesi, bakım verme kapsamındaki etkinlikleri yerine getirmesinde güçlük yaşaması, bakım alan kişinin gelecekteki sağlığıyla ilgili endişe duymaya başlaması, kendisini sağlığında bir sıkıntı olduğu durumunda bakım alan kişiye ne olacağını düşünüp depresif ya da öfkeli duygu duruma girmesi; onun bakım veren rolünde zorlandığını göstermektedir (Erbay, 2017).

Bakım veren kişilerin çoğu hastaya bakım verirken güçlük yaşamadığını bir kısmı da farklı düzeylerde güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin yaşadığı güçlükleri yani bakım verme yükünü etkileyen faktörler ise şu şekilde sıralanmaktadır (Eğilli, 2016).

- Bakım veren kişinin özellikleri (yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, dini inancı, etnik kökeni, kendi sağlığına ilişkin inançları, sosyoekonomik durumu, kültürel düzeyi, bakım vermeye yönelik bakış açısı vb.)
- Bakım verecek olduğu kişiyle hastalık öncesi ve hastalık dönemindeki ilişkileri
- Hastaya bakım verme süresi
- Hastayla aynı evi paylaşma durumu
- Ambivalans (bir kişi, bir nesne veya bir durumla ilgili olarak zıt duyguların, fikirlerin ve isteklerin aynı anda oluşması) duygular yaşanması
- Hastanın bakımına karar verirken kendi fikrinin alınma durumu
- Bakım veren kişinin hasta dışında sorumluluklarının olması
- Bakım veren kişinin yaşının ileri ya da sağlık durumunun bozulmuş olması
- Bakım verdiği kişiye sadece tek bir alanda değil çok alanda bakım vermeye çalışması (duyusal, ekonomik, fiziksel, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yardım almaya götürme gibi birçok alanda hastaya bakım vermesi)
- Hasta olan bireyin bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması
- Bellek bozukluğu olan ya da birine sürekli bağımlı olan bireye bakım verme

- Düşük ve orta gelir düzeyine sahip bakım verenlerde yalnızca hastaya ayırabilecekleri bir ortamın olmaması
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kesimden gelen yaşlılarda aile içi uyumsuzluklar olması
- Yaşlı bireyin kendisini çevresinden soyutlaması
- Yaşlının çocuksu davranışlar göstermesi
- Bakım veren bireyin birden fazla bağımlı aile üyesine bakıyor olması (bebek, engelli çocuk gibi)
- Yaşlının sürekli olarak bakım veren kişiye kendisini ihmal ettiğini ve umursamadığını belirten şikayetlerde bulunması

Kronik hastalıklardan biri olan demans da doğası gereği bakım gerektirmektedir (Atak, 2018). Türkiye'de demans sıklığı %5 ve demanslı hastalara bakım verenlerin çoğunun aile üyeleri (sıklıkla eş ya da çocuk) olduğu bilinmektedir. Demansta özellikle aile üyelerinden kadınlar ve kız çocukları hasta bakımında doğal bakıcılar olarak kabul görmektedirler (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015). Demans tanısı konmasının ardından hastalığın kabulü; tüm aile bireyleri için hastalığın hiç gerilememesi ve gittikçe artan şekilde hayatı zorlaştırması sebebiyle demans hastası bireyin bakım ihtiyacı giderek artmaktadır (Atak ve Özekes, 2019). Demanslı hastanın ilk evrelerinde bakım verenler, hastanın ev dışında yürüttüğü aktiviteleri, tedavisini ve ekonomik işlerini yürütürken; hastaların erişkinlikten adeta bebekliğe geri döndüğü -ileri evrede- bakım verenlerin hastanın öz bakım aktivitelerini de üstlendiği bilinmektedir (Lök, Günbayı, & Buldukoğlu, 2015). Kronik ve sürekli kötüye giden demans hastasının bakımı; bakım verenlere düşen görevleri arttırmaktadır (Atagün, Devrim Balaban ve ark., 2011).

Bakım verenlerin çoğu demans hastasına bakabilmek için dinlenme, sosyalleşme, sağlık taraması gibi bireysel ihtiyaçlarını ya da ailevi ihtiyaçlarını karşılayamamakta, kronik hastalıklara yakalanma riskleri artmakta, ilgilendiği bireyin ilerleyici olan hastalıktan dolayı giderek kötüleştiğini fark etmekte, bireyde hastalıktan kaynaklanan huysuzluk, anksiyete gibi davranış bozukluklarıyla baş etmek zorunda kalmaktadır (Ersoy Quadır, Birinci, Nalçakar, Daşçı ve ark., 2019). Akyar ve Akdemir yaptıkları çalışmada; bakım verenlerin %90'ının günlük yaşamının etkilendiğinin; bu etkilenme alanlarının %34,7'inin sosyal yaşam, %13,'unun iş yaşantısı, %12,5'inin kendine zaman ayırma, %6,9'unun tatile gitme ve alışveriş yapma ve %4,1'inin aile üyelerine zaman ayırma olduğunu bulmuşlardır (Aslan, 2017).

Demansta bakım vermeye bağlı yükselen hastalık riski ve ortaya çıkan yeni belirtiler ile sonucunda demans hastalarına bakım verenler "gizli hastalar" olarak tanımlanmışlardır (Erbay, 2017).

Aile üyeleri her ne kadar bakım vermek için önemli roller üstlenmiş olsalar da; yeni ve gelişen dünyada kültürel ve ekonomik şartların değişmesi bakım verenin rolünü zorlaştırmıştır. Ayrıca bakım verenler sadece bakım fonksiyonlarında değil; aynı zamanda bakım süreci zorlu ve devamlılık gerektiren bir süreç olduğundan kişilik değişiklikleri, uyku bozuklukları, yorgunluk gibi problemler yaşadıkları için kendi yaşamlarında da zorlanabilmektedir (Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017).

2.3.1.1. Objektif Bakım Verme Yükü (Nesnel Yük)

Bakıma ihtiyacı olan bireyin hastalığının, aktivite kısıtlıklarının, hastaya yardım ve bakım görevlerinde harcanan zamanın, çabanın ve sarf edilen maddi kaynakların sebep olduğu aksaklıkları içermektedir (Uyar, 2017). Bakım verme görevinin bakım veren kişide oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleriyle arasında bir çatışma meydana getirmekte; bu çatışmalar aile rutinleri, aile ilişkileri, eğlence etkinleri, çalışma yaşamı ve sosyal ilişkilere kadar uzanmaktadır (Atagün, Devrim Balaban, Atagün, Elagöz ve ark., 2011). Nesnel yük bakım verici kişinin ve hasta olan bireyin ailesinin yaşamının değişimi ya da engellenmesi, bakım vericinin fiziksel hastalıkları, bakım verirken yaşadığı zorluklar, aile rutinlerinin engellenmesi şeklindeki objektif bakım sonuçlarıdır (Uyar, 2017). Nesnel yükün boyutları aşağıda açıklanmaktadır (Atagün, Devrim Balaban, Atagün, Elagöz ve ark., 2011).

- Aile rutinlerinin bozulması
- Bakım alan bireyin davranışlarını yönetmeye çalışma
- Hastalığın ekonomik etkileri
- Hastanın başka birine ekonomik bağımlılığı
- Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının ihmali
- Sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi
- İş dünyası ile etkileşimin durması
- Uygun bir bakım ortamı bulamama

Bakım veren kişinin sağlığı genellikle akranlarından daha düşüktür, depresyona daha kolay yakalanabilirler, kendilerine daha az zaman ayırabilirler ve toplumdan soyutlanıp

rollerinde değişim yaşamaları yaşam kalitelerini düşürür (Çetinkaya, 2008). Bakım veren kişinin tükenmişliğini arttıran etmenler ise; genç olmak, kadın cinsiyette olmak, düşük gelirli olmak, yeterli psikolojik ve toplumsal desteği alamamak ve hastaya tek başına bakmaya çalışmaktır (Çetinkaya, 2008).

2.3.1.2. Subjektif Bakım Verme Yükü (Öznel Yük)

Öznel yük bakım veren bireyin nesnel yüklerle uğraşırken yaşadığı gerginlik ya da sıkıntının miktarıyla ilgilidir. Öznel yük diğer bir tanımla da bakım vericinin içinde bulunduğu durum dolayısıyla yaşadığı duygu değişiklikleri (keder, sıkıntı, utanma, suçluluk, depresyon gibi), benimsediği tutumlar ve gösterdiği duygusal yanıtlar özetle bireyin bakıma yönelik kişisel yaklaşımıdır (Uyar, 2017).

Bakım verme, ilişkide baskın unsur hale geldiğinde veya engelli bir bireyin bakımında olduğu gibi tek taraflı ve dengesiz olduğunda, bakım veren kişide artan strese sebep olmaktadır (Peng, Lorenz, ve Chang, 2018). Çeşitli hastalık gruplarına bakım veren bireylerle yapılan çalışmalarda; bakım verici rolündeki bireyin çoğunlukla tükenmişlik duygusu yaşadıkları ve bakımı üzerilerindeki bir yük olarak bildirdikleri görülmektedir (Erbay, 2017). Ayrıca yapılan çalışmalarda hastalığın şiddeti arttıkça (örneğin 4. evre kanser hastalarına bakan kişilerin 1. ya da 2. evre kanser hastalarına bakanlara kıyasla) daha fazla bakım yükü bildirdikleri görülmüştür (Erbay, 2017). Ayrıca bakım verme deneyimde ortaya çıkabilecek küçük zorlayıcı deneyimlerin birikmesi ya da üst üste gelmesi bakım vericide kronik bir strese ve bakım vermede zorlanmaya sebebiyet verebilmektedir (Erbay, 2017).

2.4. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Güçlükler

2.4.1 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Fiziksel Güçlükler

İnformal bakım verenlerde; bakım verme sırasında hazımsızlık, iştah ve kilo değişiklikleri, baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, uyku bozuklukları, nevralji, adaptasyon bozukluğu, giyim kuşama önem vermemesi sonucu dağınıklık hali, kendine zaman ayıramaması sonucu sağlığında bozulmalar ve sık sık rahatsızlanma meydana gelmektedir (Eğilli, 2016).

2.4.2 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Emosyonel Güçlükler

Demansı olan bireye bakım verenlerde uykusuzluk, düşük benlik saygısı, huzursuzluk, depresyon, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artış, stres ve anksiyete düzeyinde artış, kendi yaşamlarındaki kontrollerini kaybettikleri düşüncesiyle güçsüzlük, bakım verdikleri bireyin beklentilerini karşılayamama düşüncesinden dolayı suçluluk, kızgınlık, hayal kırıklığı, umutsuzluk, suçluluk duyguları görülebilmektedir (Chiu ve ark., 2014; Eğilli, 2016).

Demanslı bireye bakım veren aile üyelerinde bakım yükü, bakım verirken zorlanma, anksiyete, duygusal stres, depresyon, tükenmişlik, düşük yaşam kalitesi, iş kayıpları ve ekonomik güçlükler gibi birçok sağlık sorunu yaşamaktadır (Aslan, 2017; Peng ve Chang, 2013). Ayrıca bakım verenler emosyonel olarak sıkıntıya girdiklerinden çalışma yaşamları etkilenmekte, depresyon ya da anksiyete için ilaç kullanmak zorunda kalabilmektedirler (Eğilli, 2016).

2.4.3 Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Sosyal Güçlükler

Bakım verme süreci hem sosyal hem de kişilerarası problemlere sebep olmakta, bakım verenlerin yaşamlarını demanslı bireyin gereksinimleri doğrultusunda düzenlemeye itmektedir (Eğilli, 2016). Bakım verenler zorlu bakım sürecinde depresyon ve anksiyete duygularını hissetmekte, eğlendirici, dinlendirici zaman aktivitelerinin kısıtlanması sebebiyle sosyal desteklerinin azaldığını ve bu sebeple de yalnız bırakılmış bir halde herkesten izole yaşama durumuyla karşı karşıya kalmaktadırlar (Eğilli, 2016).

Hasta yakını demans hastasına bakarken sorunlara karşı geliştirdiği çözüm yollarının zamanla işe yaramaması ve yeni çözüm yolları aramaktan vazgeçmesi sonucu depresyona sürüklenmekte, manevi olarak hastalıkla baş etmesi güçleşmekte, hastasının kötüleşerek yataktan çıkamayacak hale gelmesi onu toplumdan iyice izole ederek tükenmişliğini arttırmaktadır (Onat Kaya ve Çelik, 2018).

2.4.4. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştığı Ekonomik Güçlükler

Demans hastaların evde bakımı aileye çok büyük yük getirmektedir. Sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması ve bakım vericilerin işte çalışma saatlerini azaltmaları ya da işten ayrılmaları ekonomik sorunların içinde en sık yaşanan sorunlardandır (Eğilli, 2016). Bakım verici olan bireyler işlerinden ayrıldıkları için; kişisel

kazançlarından ve doyumlarından feragat etmek, iş yaşamının ya da emekliliğin avantajlarından vazgeçmek zorunda kalmışlar ve maddi sıkıntıya düşme ihtimaliyle karşılaşmışlardır (Eğilli, 2016).

2.4.5. Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Uyku Kalitesinde Azalma

Uyku fiziksel ve ruhsal sağlığın, yüksek yaşam kalitesinin ve yaşamın devamı için çok önemli bir role sahiptir. Uykunun başlatılması ve sürdürülmesi kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesinin aktif çalışmasıyla sürdürülür (İlhan Algın, Akdağ ve Osman Erdinç, 2016). Uyku gereksiniminin karşılanması ve kaliteli bir uyku sürecinin yaşanması; yaşlı bireyin hafıza, bilişsel beceri, dikkat, duygulanım, motor beceriler gibi fonksiyonların ve iyilik halinin korunması için çok önemlidir (Kazoğlu, 2019). Uyku örüntüsündeki değişiklikler ve uyku bozuklukları yaşlılarda sık görülmekte ve hatta ileri yaşta uyku bozukluklarının sıklığı artmaktadır (Biçer Kanat ve ark., 2018). Ayrıca yaş ile birlikte uyku kalitesi düşmekte, toplam uyku süresi kısalmakta, gece uyanmaları artmakta, REM ve yavaş dalga uykusu azalmaktadır (Biçer Kanat ve ark., 2018).

Uyku bozuklukları sıklıkla demans ve hafif bilişsel bozukluk gibi nörodejeneratif süreçlere eşlik etmektedir. Uyku bozukluklarının; nörodejeneratif hastalıkları olan yaşlı erişkinlerde uyanıklılığı, sirkadiyen ritmi ve uyku kontrolünü sağlayan beyin bölgelerinin hasarlanmasına veya hastalığın diğer semptomlarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Biçer Kanat ve ark., 2018). Yaşlılarda uyku bozuklukları bilişsel işlevlerin bozulmasına, işlevselliğin azalmasına, davranış bozukluklarının artmasına, mortalite riskinin yükselmesine, hastane yatış oranlarının artmasına ve bakım verici bireyin depresyona yakalanmasına sebep olabilmektedir (Biçer Kanat ve ark., 2018).

Alzheimer hastalarının %25-35'inde belirgin uyku bozukluklarının en az birinin bulunduğu, bu uyku bozukluklarının hastalarda; gece uyanma sıklığının artması, gece uyku süresinin kısalması, çok erken uyanma, uykuya dalmakta zorluk, uykunun kesintili olması, gündüz artan uykululuk hali, uyku apne sendromu ve günbatımı fenomeni olarak farklı şekillerde görülebileceği bilinmektedir (Çakır, 2020). Demans hastalarında uyku bozukluğunun nedenleri çeşitli olmakla birlikte; Alzheimer hastalarında ilerleyici unutkanlığa bağlı gelişen sosyal sorunlara ek olarak izlenen uyku bozuklukları hasta ve hasta yakınları açısından ciddi sorunlar oluşturabilmektedir (Benbir, 2020; Livingston ve ark, 2015).

Hastaya bakım verme, bakım veren birey için zaman ve enerji tüketen, fiziksel ve psikolojik anlamda bireyi yıpratan bir görev olarak tanımlanmaktadır (Hamamcı, Hacimusalar, Karaaslan ve İnan, 2019). Demans hastasına bakım vermek yarı zamanlı bir işte çalışmak gibidir ve aile üyeleri demans hastalarına bakmak için haftada ortalama 21,9 saat harcamaktadırlar (Goa, Chapagain ve Scullin, 2019). Bakım hem duygusal hem de bilişsel olarak zahmetlidir ve bakım vericilerin sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir (Goa, Chapagain ve Scullin, 2019).

Demans hastasına bakım verenlerin çoğunda ciddi uyku problemleri ve yorgunluk halinin yaşandığı bilinmektedir (Eğilli, 2016; Taylor ve ark., 2015; Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017). Uyku düzenindeki en küçük aksamalar da bakıcı olan kişinin genel sağlığını ve günlük yaşam aktivitelerini doğrudan etkilemektedir. Bakım verenlerin demografik özellikleri, yaşam şekilleri, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörler, tedaviyle ilişkili faktörler uyku bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Liu ve ark., 2017; Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017).

Demanslı hastalarına bakım verenlerin %70'i sevdiklerini evden uzaklaştırıp huzurevine yerleştirmelerindeki temel faktörün uykusuzluk olduğunu belirtmektedirler (Ehleringe ve ark., 2013; Rowe ve ark., 2009).Demans hastalarının geceleri uyanık olup, gezip, gündüzleri uyuduklarından yani uyku- uyanıklık ritimleri bozulduğundan; bakım verenler demans hastasını yatağa dönmeye ikna etmek için çabaladıklarında birçok kez uyanmak zorunda kalıp kendi uykularından feragat etmektedirler (Ehleringer ve Kim, 2013). Demans hastası gece uyanıksa ve evde dolaşıyorsa bu davranış bakıcının uykusunu bölmekte, kötü uyku kalitesi olan bakıcılarda da depresyon ve anksiyete görüme sıklığı artmaktadır (Wang, Yip ve Chang, 2016). Ayrıca bakım verenler uykularını alamadığı için yaşam kaliteleri düşmekte, kortizol seviyeleri gibi sağlık göstergeleri olumsuz etkilenmekte, kardiyovasküler hastalık, obezite ve diyabet görülme riskini artmaktadır (Brummett ve ark., 2006; Corey, McCurry, Sethares, Bourbonniere ve ark., 2018; Peng, Lorenz, ve Chang, 2018).

Bakım verenlerin demans hastasına ayırdığı zaman dolayısıyla sosyal etkileşim için kendilerine ayırdıkları zaman da azalmaktadır. Başkalarıyla harcanılan zamanın azlığı ve sevilen birinin giderek artan kaybı birleştiğinde bakıcı bireyde sosyal destek algısı da kötüleşmektedir. Bakıcı bireyin diğer aile üyelerinden destek alamaması da uyku kalitesini

kötüleştirmekte, hasta bireyle tek başına ilgilenmek zorunda kalmaktadır (Brummett ve ark., 2006).

Demanslı hastalara daha önceden bakım vermiş bireylerle yapılan bir çalışmada; bakım verenler demanslı bireye bakım verdikleri süre içinde uykusuzluk yaşadıklarını, kâbuslar gördüklerini, bakımdan sonraki on yıl boyunca bakım öncesi uyku kalitelerine bir türlü ulaşamadıklarını ifade etmişlerdir (Corey ve ark., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tasarlanmış tanımlayıcı, kesitsel ve kestirimsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat – Temmuz 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Yaşlanan Beyin Polikliniği ve Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniğine başvuran demans hastasına bakım veren 119 aile üyesiyle yürütülmüştür.

Dahil Edilme Kriterleri:

- Çalışmaya DSM-IV tanı kriterlerine göre demans tanısı almış olan hastalara bakım veren bireyler,
- Demanslı bireyin bakımından birinci derecede sorumlu aile üyesi olmak (günlük gereksinimlerini karşılamak, tedavisini ve hastane kontrollerini yöneten bakım verenler), birden fazla bakım veren olması halinde bakım veren random seçilmesine karar verilmiştir.
- Demans hastasına en az altı aydır bakım veriyor olmak,
- Demanslı birey ile birlikte yaşıyor olmak,
- İletişim kurulabiliyor olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak.
- Antidepresan kullanımı varsa en az 6 haftadır kullanıyor olmak

Dışlama Kriteri:

- Bakım verenin çalışmaya katılmak istememesi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Şubat – Temmuz 2019 tarihleri arası polikliniğe gelen, örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bakım verenler oluşturmaktadır. Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Literatürde Regresyon analizinde her değişkene 5 veya 10 örneklem önerilmektedir. Bu bilgi ile örneklemde 90 ve 180 arasında katılımcıya ulaşılması beklenmektedir. Araştırmamızda veri toplama sürecinde 119 örnekleme ulaşılmıştır. 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 119, regresyon analizinde 8 değişken baz alınarak araştırmanın gücü %85 olarak bulunmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

- ***Bağımlı Değişken:*** Demanslı hastaya bakım verenlerin uyku kalitesi puan ortalamaları
- ***Bağımsız Değişken:*** Bakım veren için olanlar: yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu, komorbitide puanı, depresyonu, stresi, bakım veren yükü, yakınlık derecesi, ne kadar süredir bakım verdiği, kullandığı ilaçlar, aynı evde yaşayan bakımından sorumlu olduğu kişi sayısı, Hasta için olanlar:NPE, GYA/EGYA, MMT puanları, komorbitide puanı ve demansın evresi.

3.5. Araştırma Planı

- Literatür tarama, tez önerisi hazırlama (Eylül 2018- Aralık 2018)
- Veri toplanacak kurumlardan izin (Aralık 2018- Ocak 2019)
- Etik kurul izni (Şubat 2020)
- Veri toplama (Şubat 2019- Temmuz 2019)
- Veri analizi ve rapor yazımı (Temmuz 2019- Mayıs 2021)
- Tez bitirme sınavı (Haziran 2021)

3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikler

Bu çalışmada veri toplama araçları olarak; Demografik veri toplama formu, Mini Mental Durum Değerlendirme Testi, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri/Enstrümental Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Bakım Veren Yükü Ölçeği, Charlson Komorbitide Envanteri, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Demografik Veri Toplama Formu (EK-1)

Demans hastaların bakım verenlerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veri toplama amacı ile araştırmacılar tarafından düzenlenen bilgi formudur. Form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm bakım verenin; yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, antidepresan kullanımı, kronik ve akut hastalıkları, aynı evde yaşayan yaşlı birey sayısı, bakım veren ile demans hastasının yakınlığı, bakım veren ile hastanın birlikte yaşam süreleri hakkında soruları içermektedir. İkinci bölüm ise demans hastasının; yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, kronik ve akut hastalıkları, GYA/EGYA, MMT, NPE, demansın evresi, ne kadar süredir demans hastası olduğu hakkında soruları içermektedir.

3.5.2. Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (EK-2)

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanan Mini Mental Test, demans hastalarının bilişsel performansını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Keskinoğlu ve ark (2009) tarafından yeniden düzenlenen test ‘eğitimli ve eğitimsizler için düzenlenmiş standartize mini mental test’ olarak adlandırılmıştır (kappa değeri= 1.000). MMT on bir madden oluşmaktadır. Toplam puan en az sıfır ve en fazla 30 olarak alınabilmektedir. Eğitimli bireyler için 22 puan ve altı iken eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı bilişsel bozukluğu göstermektedir (Keskinoğlu, ve diğerleri, 2009).Gürgen ve ark (2002) tarafından geçerliliği ve güvenirliliği kanıtlanmıştır (kappa değeri= 0.92).

3.5.3. Nöropsikiyatrik Envanter (EK-3)

Nöropsikiyatrik envanter, demans hastalarındaki psikopatolojiyi değerlendirmek için Cummings ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. NPE Cronbach alfa değer 0.88, NPE’da yer alan davranışsal alanların sıklık ve şiddetinin Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla 0.88 ve 0.87 olarak belirtilmiştir (Cummings, ve diğerleri, 1994). NPE on iki davranışsal alan; delüzyon, halüsinasyon, anksiyete, disfori, apati, elasyon, disinhibisyon, anormal motor davranışlar, uyku/gece davranışları, yemek yeme anormalliklerini içermektedir. Envanter bu on iki nöropsikiyatrik özelliğin sıklığı, şiddeti ve bakım verende yarattığı sıkıntı olmak üzere toplam üç bölümden oluşmaktadır (Cummings ve diğerleri, 1994).

NPE ölçeğinin uygulanmasında ilk adım olarak daha önce belirtilen on iki alanın hastada bulunup bulunmamasını değerlendirir. Bulunmuyorsa diğer alana geçilir bulunuyorsa eğer o alana ait alt başlıkta yer alan sorulara cevap verilir. Sonrasında bulunan semptomların sıklığı (1 nadiren, 2 bazen, 3 sık, 4 çok sık) ve şiddeti (1 hafif, 2 orta, 3 ağır) için verilen sayısal verilerin çarpılması ile o alanın skoru oluşturulur. Tüm ölçekten en az sıfır, en fazla 144 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen puanın artması hastanın davranışsal bozukluğunun arttığı anlamına gelmektedir (Cummings, ve diğerleri, 1994). Akça Kalem ve arkadaşları tarafından (2005) NPE'ın Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmada envanterin Cronbach alpha değeri .79 bulunmuştur. Sıklık ve şiddet içinde belirtilen özel maddeler için ise Cronbach Alpha değerleri sırasıyla .76 ve .79 arasında değişmektedir. (Akça Kalem, Hanagasi, Cummings ve ark., 2005).

3.5.4. Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği (EK-4)

Katz ve ark (1970) fonksiyonel yetersizlikler ve bağımlılık için basit günlük yaşam aktivitelerini (GYA) değerlendirmek için geliştirmiştir (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970). Tel, Güler ve Tel (2011) yaptığı çalışmada envanterinin güvenirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. GYA kişinin her gün yapması gereken öz bakım davranışlarını içermektedir. Katz'ın günlük yaşam aktiviteleri indeksi; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, inkontinans, beslenme durumu ile ilgili altı alt alanı içermektedir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA envanterinden en az sıfır en fazla 18 puan alınabilmektedir. GYA envanterinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Katz, Downs, Cash ve Grotz, 1970).

3.5.5. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) (EK-5)

Lawton, Brody ve ark (1970) kişinin toplumda bağımsız yaşaması gereken aktiviteleri değerlendirmek için EGYA'ni geliştirmiştir (Lawton ve Brody, 1969). Tel, Güler ve Telin (2011) yaptığı çalışmada EGYA güvenirlik katsayısını 0.73 olarak bulmuştur. EGYA envanteri; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçlarını kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. Birey aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme

yapılmaktadır. EGYA envanterinde en az sıfır en fazla 24 puan alınabilmektedir. EGYA envanterine göre 0-8 arası puan bağımlı, 9-16 arası puan yarı bağımlı, 17-24 arası puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Lawton ve Brody, 1969).

3.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-6)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve ark. (1961) tarafından adölesan ve erişkinlerde depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenirlilik çalışması puanı 0.78 olarak ve Cronbach Alpha değeri 0.80 olarak bulunmuştur (Hisli, 1988; Teğin, 1980). Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Hastalarda bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumların en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. BDÖ yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun hafif formundan şiddetli formuna göre sıralanmıştır. BDÖ envanterinde en az sıfır en fazla 63 puan alınabilmektedir ve yüksek puan depresyon şiddetinin fazlalığına işaret etmektedir. BDÖ envanterine göre 0-9 arası puan minimal, 10-16 arası puan Hafif, 17-29 arası puan Orta, 30-63 arası puan şiddetli olarak değerlendirilmektedir (Hisli, 1988).

3.5.7. Algılanan Stres Ölçeği (EK-7)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir (Cohen, Kamarck ve Mermelstein, 1983). Eskin ve ark. (2013) tarafından ölçeğin güvenirlilik katsayısı 0.87 ve cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ilâ “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. ASÖ envanterinde en az sıfır en fazla 56 puan alınabilmektedir ve yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir (Cohen, Kamarck ve Mermelstein, 1983).

3.5.8. Bakım Yükü Envanteri (EK-8)

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Caregiver Burden Inventory), 1989 yılında Kanada’da, Novak ve Guest tarafından, bakım vermenin bakım veren hasta yakınlarının üzerine

etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır (Novak ve Guest, 1989). Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirliği Küçükgüçlü ve arkadaşları (2009) tarafından çalışılmıştır ve envanterin Cronbach alpha değeri ise .92 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin yükü envanterinde, yük beş alt boyutta incelenmektedir (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal yük). Bütün boyutlar beş maddeden, ancak üçüncü boyut olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Envanterin 1-5 arası maddeleri zaman-bağımlılık yükü, 6-10 arası maddeler gelişimsel yük, 11-14 maddeler arası fiziksel yük, 15-19 arası maddeler sosyal yük, 20-24 arası maddeler ise duygusal yük ile ilişkilidir (Novak ve Guest, 1989).

Envanter, 24 maddelik likert tipi (0-4) bir ölçektir. Puanlama, hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1) puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan şeklindedir. Her boyut 0 ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı (0-4) 1.25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu boyuttan da toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir bireyin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir (Küçükgüçlü, Esen ve Yener, 2009).

3.5.9. Charlson Komorbite Envanteri (EK-9)

Charlson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ağırlıklı komorbidite indeksine göre skorlanmıştır (Charlson, Pompei, Ales ve MacKenzie, 1987). Komorbidite ilgilenilen esas hastalık ile birlikte bulunan hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bir hastanın birden çok hastalığa sahip olması (komorbidite) ve bu hastaların sahip oldukları hastalıkların risk açısından bir skora (puana) dönüştürülmesi ile ilgili çalışmalar, ilk defa Mary E. Charlson ve arkadaşları tarafından 1987 yılında yapılmıştır. Birden çok hastalığa sahip olma ile ilgili puanlama işlemi sonucunda elde edilen skora, Charlson Skoru (Charlson Comorbidity Score) denilmektedir (Charlson, Pompei, Ales ve MacKenzie, 1987).

Charlson (1987) hastalıkları şiddetine göre gruplandırmış ve bu hastalıklara bir ile altı arasında bir ağırlık puanı vermiştir. Örneğin bir hasta hem ağırlık puanı bir olan hastalığa ve hem de ağırlık puanı iki olan bir hastalığa sahip olabilir. Bu hasta için Charlson skoru üç olacaktır. Ağırlıklandırılmış Charlson Comorbidity Indeksinin yapılan çalışmalarla geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmıştır (Charlson, Pompei, Ales ve MacKenzie, 1987). Ülkemizdeki çalışmalarda bu envanterin kullanımı yaygındır.

3.5.10. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-10)

Buysse ve ark (1989) tarafından, uyku kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Buysse, Reynolds, Monk, Berman ve ark., 1989). Ölçek toplam 24 soru içermektedir. Bu soruların 19'u kendini değerlendirme sorusudur. 19. soru skorlamada dikkate alınmamaktadır. Kendini değerlendirme soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik etkenleri içermektedir. Bunlar uyku süresini, uyku latensive uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamaktadır. Puanlanan 18 madde 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmaktadır, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde edilmektedir. Her madde 0-3 puan arasında puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten en az sıfır en fazla 21 puan alınabilmektedir. PUKİ toplam puanının 5 puan ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir (Buysse, Reynolds, Monk, Berman ve ark., 1989). Ülkemizde ise Ağargün ve ark (1996) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (cronbach alfa= 0.80).

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzde dağılımları kullanılarak incelenmiştir. Çalışmamızda, öncelikle ilişkili faktörler korelasyon analizi ile incelenmiştir. ilişkili faktörlerin uyku kalitesine olan etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. 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. Tüm istatistiksel analizlerde 0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Başhekimliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Yaşlanan Beyin Polikliniği, Nöroloji Anabilim Dalı Demans polikliniklerden ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK-11, EK-12, EK-13, EK-15). Araştırmanın Etik Kurul Onay Tarihi: 08.05.2019; Karar No: 2019/12-17, Protokol No: 4766-GOA dir. Ayrıca

araştırmaya katılan bakım verenlere araştırmanın amacı ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak sözel ve yazılı izinleri alınmıştır (EK-14).

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan demanslı bireylerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Elde edilen verilere göre demanslı bireylerin %10,9'u (n=13) 65 – 69 yaş, %18,5'i (n=22) 70 – 74 yaş, %24,4'ü (n=29) 75 – 79 yaş ve %46,2'si (n=55) 80 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Demanslı bireylerin %65,5'ini (n=78) kadınlar, %50,4'ünü ise (n=60) boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlar oluşturmaktadır. Ayrıca demanslı bireylerin %26,1'i (n=31) ilkokul mezunu, %22,7'si (n=27) ise lise mezunudur.

Araştırmadaki demanslı bireylerin %49,6'sında (n=59) en az bir akut ya da kronik hastalık bulunmaktadır. Buna ek olarak hastaların %30,3'ü (n=36) 1 yıldan az, %42,9'u (n=51) 1 – 5 yıl ve %26,9'u (n=32) 6 yıl ve üzeri bir süredir demans hastasıdır. Çalışmada yer alan katılımcılar %40,3'ü (n=48) 1. evresi, %29,4'ü (n=35) 2. evresi ve %30,3'ü (n=36) 3. Evresi demanslı bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 1. Demanslı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
65 – 69	13	10,9
70 – 74	22	18,5
75 – 79	29	24,4
80 ve üzeri	55	46,2
Cinsiyet		
Kadın	78	65,5
Erkek	41	34,5
Eğitim Durumu		
Okur - Yazar Değil	10	8,4
Okur – Yazar	13	10,9
İlkokul	31	26,1
Ortaokul	14	11,8
Lise	27	22,7
Üniversite	24	20,2
Medeni Durum		
Evli	58	48,7
Boşanmış/Dul/Ayrı Yaşıyor	60	50,4
Akut / Kronik Hastalık		
Var	59	49,6
Yok	60	50,4
Demans Evresi		

1. Evre	48	40,3	
2. Evre	35	29,4	
3. Evre	36	30,3	
Ne Kadar Süredir Demans Hastası			
1 yıldan az	36	30,3	
1 - 5 yıl	51	42,9	
6 yıl ve üzeri	32	26,9	
Total	**119**	**100**	
	X ± SS	**Min**	**Max**
Standartize Mini Mental Test	16,65 ± 6,681	0	28
Nöropsikiyatrik Envanter	50,20 ± 28,196	10	130
Günlük Yaşam Aktiviteleri	12,74 ± 6,454	3	24
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	8,96 ± 4,620	1	18

Demanslı bireylerin standartize mini mental test, nöropsikiyatrik envanter, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri test sonuçlar Tablo 1'de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre demanslı bireylerin standartize mini mental test ortalama puanı 16,65 ± 6,681 (0 – 28), nöropsikiyatrik envanter ortalama puanı 50,20 ± 28,196 (10 – 130), Günlük yaşam aktiviteleri ortalama puanı 12,74 ± 6454 (3 – 24) ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ortalama puanı ise 8,96 ± 4,620 (1 - 18) olarak bulunmuştur.

Araştırmada yer alan bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları Tablo 2'de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre bakım verenlerin %76,6'sını (n=91) kadınlar, %71,4'ünü (n=85) 50 ve üzeri yaş grubu ve %66,4'ünü (n=79) ise evliler oluşturmaktadır. Bunlara ek olarak bakım verenlerin %52,1'i (n=62) üniversite mezunudur.

Bakım verenlerin hastalık ve antidepresan kullanımlarına bakıldığında ise, belirgin bir şekilde %74,8'inin (n=89) en az bir akut ya da kronik hastalığı bulunduğu ve %83,2'sinin (n=99) ise antidepresan kullanmadığı görülmektedir.

Tablo 2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
30 - 39	12	10,1
40 - 49	22	18,5
50 ve Üzeri	85	71,4
Cinsiyet		
Kadın	91	76,5
Erkek	28	23,5
Eğitim Durumu		
Okur - Yazar	8	6,7
İlkokul	10	8,4
Ortaokul	14	11,8
Lise	25	21,0
Üniversite	62	52,1
Medeni Durum		
Hiç Evlenmemiş	21	17,6
Evli	79	66,4
Boşanmış/Dul/Ayrı Yaşıyor	19	16,0
Antidepresan Kullanımı		
Kullanıyor	20	16,8
Kullanmıyor	99	83,2
Akut / Kronik Hastalık		
Var	89	74,8
Yok	30	25,2
Yakınlık Derecesi		
Kızı	48	40,3
Oğlu	17	14,3
Eşi	28	23,5
Kardeşi	26	21,8
Hasta ile Birlikte Yaşam Süresi		
Doğduğundan Beri	11	9,2
1 - 10 Yıl	72	60,5
11 - 20 Yıl	9	7,6
21 - 30 Yıl	13	10,9
31 Yıl ve Üzeri	14	11,8
Aynı Evde Bakım Verilen Yaşlı Sayısı		
Tek Yaşlı Hastaya Bakım Veriliyor	105	88,2
Birden Fazla Yaşlı Hastaya Bakım Veriliyor	14	11,8
Yaşlı Hastanın Yanında Yaşayan Yaşlı Birey Sayısı		
0	105	88,2
1	10	8,4

2	3	2,5
4	1	,8
Total	**119**	**100**

	X ± SS	**Min**	**Max**
Beck Depresyon Ölçeği	33,33 ± 7,857	4	47
Algılanan Stres Ölçeği	44,02 ± 15,405	3	74
Bakım Veren Yükü Envanteri	25,72 ± 11,938	0	45
Charlson Komorbitide Envanteri	1,84 ± 0,850	0	3
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	10,70 ± 3,663	1	17

Araştırmada bulunan bakım verenlerin bakım verdiği bireyle olan yakınlık derecesi incelenmiş olup elde edilen sonuçlara göre, bakım verenlerin %40,3'ü (n=48) demanslı bireylerin kızı, %14,3'ü (n=17) oğlu, %23,5'i (n=28) eşi ve %21,8'i (n=26) ise kardeşidir. Ayrıca bakım verenlerin %60,5'i (n=72) ilgilendiği yaşlı birey ile birlikte 1–10 yıllık bir süredir yaşamaktadır. Bakım verenlerin %88,2'i (n=105) aynı evde tek bir demanslı bireye bakım verirken, %11,8'i (n=14) birden fazla yaşlı hastaya bakım vermektedir.

Bakım verenlerin Beck depresyon ölçeği, algılanan stres ölçeği, bakım veren yükü envanteri, Charlson komorbitide envanteri ve Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği puanlarının dağılımları hesaplanmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir. Bu sonuçlara göre bakım verenlerin Beck depresyon ölçeği ortalama puanı 33,33 ± 7,87 (4 - 47), algılanan stres ölçeği ortalama puanı 44,02 ± 15,405 (3 - 74), bakım veren yükü envanteri ortalama puanı 25,72 ± 11,938 (0 - 45), Charlson komorbitide envanteri ortalama puanı 1,84 ± 0,850 (0 - 3) ve Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği ortalama puanı ise 10,70 ± 3,663 (1 - 17) olarak tespit edilmiştir.

Demanslı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım verenlerin uyku kaliteleri karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir. Bu sonuçlara göre baktığı demanslı bireylerin yaşı 65 – 69 arasında olanların uyku kalitesi ortalama puanı 8,15 ± 3,436; 70 - 74 arasında olanların, uyku kalitesi ortalama puanı 10,32 ± 3,835; 75 - 79 arasında olanların uyku kalitesi ortalama puanı 11,28 ± 3,595 ve 80 ve üzeri yaşlarda ise uyku kalitesi ortalama puanı 11,15 ± 3,504'tür. Bakım verenlerin uyku kaliteleri açısından baktıkları demanslı bireylerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (X^2= 7,894; p=0,048<0,05). Sonuç olarak bakım verilen demanslı bireylerin yaşı arttıkça, bakım verenlerin uyku kalitesi düşmektedir.

Bakım verenlerin uyku kalitesi puanı; bakım verilen kadın demanslı bireylerin için 10,60 ± 3,903 ve erkek demanslı bireyler için 10,88 ± 3,195 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin uyku kalitesi açısından bakım verilen demanslı bireylerin cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Z=-0,104; p= 0,917>0,05). Hiç evlenmemiş olan demanslı bireylerin bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 13,00, evli olan demanslı bireylerin bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 11,10 ± 3,626 ve boşanmış, dul ya da ayrı yaşayan demanslı bireylerin bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 10,27 ± 3,700 olarak bulunmuştur. Hastaların medeni durumları arasında bakım verenlerin uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (X^2= 1,933; p= 0,380>0,05). Hastaların eğitim durumlarına göre bakım verenlerin uyku kalitesi puanları; okur - yazar olan demanslı bireyler için bakım verenlerin ortalama uyku kalitesi puanı 10,08 ± 5,251, ilkokul mezunu demanslı bireyler için bakım verenlerin ortalama uyku kalitesi puanı 11,23 ± 3,212, ortaokul mezunu demanslı bireyler için bakım verenlerin ortalama uyku kalitesi puanı 9,36 ± 3,500, lise mezunu demanslı bireyler için bakım verenlerin ortalama uyku kalitesi puanı 10,78 ± 3,651 ve üniversite mezunu demanslı bireyler için bakım verenlerin ortalama uyku kalitesi puanı 11,08 ± 2,842 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin uyku kaliteleri açısından yaşlıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (X^2= 2,829; p= 0,729>0,05).

Tablo 3. Demanslı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Demanslı Bireylerin Özellikleri	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği			Z / X^2	p
	X ± SS	Min	Max		
Yaş					
65 - 69	8,15±3,436	2	15	7,894[b]	0,048
70 - 74	10,32±3,835	4	16		
75 - 79	11,28±3,595	3	16		
80 ve Üzeri	11,15±3,504	1	17		
Cinsiyet					
Kadın	10,60±3,903	1	17	-0,104[a]	0,917
Erkek	10,88±3,195	4	16		
Eğitim Durumu					
Okur – Yazar Değil	10,60±4,812	2	17	2,829 [b]	0,729
Okur - Yazar	10,08±5,251	1	16		
İlkokul	11,23±3,212	3	16		
Ortaokul	9,36±3,500	4	15		
Lise	10,78±3,651	4	16		
Üniversite	11,08±2,842	5	16		
Medeni Durum					
Hiç Evlenmemiş	13,00	13	13	1,933 [b]	0,380
Evli	11,10±3,626	2	17		
Boşanmış / Dul / Ayrı Yaşıyor	10,27±3,700	1	16		
Akut / Kronik Hastalık					
Var	11,08±3,607	3	17	-1,070[a]	0,285
Yok	10,32±3,707	1	16		
Demans Evresi					
Evre 1	8,96±3,476	2	16	19,862 [b]	0,000
Evre 2	11,97±3,577	1	16		
Evre 3	11,78±3,099	4	17		
Demanslı Yıl Süresi					
1 Yıldan Az	9,03±3,722	2	17	12,807[a]	0,002
1 - 5 Yıl	11,67±3,502	1	16		
6 Yıl ve Üzeri	11,03±3,277	3	15		

[a]Mann-Whitney U Testi [b] Ki-Kare Testi

Demanslı bireylerin akut yada kronik hastalık varlıklarına göre bakım verenlerin uyku kalitesi puanları; akut veya kronik hastalığı olan demanslı bireylerin bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 11,08 ± 3,607, akut veya kronik hastalığı olmayan demanslı bireylerin bakım verenlerin ise uyku kalitesi puanı 10,32 ± 3,707 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin uyku

kaliteleri açısından demanslı bireylerin akut ya da kronik hastalık bulunup bulunmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (Z=-1,070; p= 0,285>0,05).

Demanslı bireylerin demans evreleri arasında bakım verenlerin uyku kaliteleri açısında farklılık incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; demansın 1. evresinde olan demanslı bireylerin bakım verenlerindeki uyku kalitesi puanı 8,96 ± 3,476, 2. evresinde olan demanslı bireylerin bakım verenlerindeki uyku kalitesi puanı 11,97 ± 3,577 ve 3. evresinde olan demanslı bireylerin bakım verenlerindeki uyku kalitesi puanı 11,78 ± 3,099 olarak bulunmuştur. Ayrıca demanslı bireylerin demanslı yıl sürelerine göre; 1 yıldan az zamandır demansı bulunan demanslı bireylerin bakım verenlerindeki uyku kalitesi puanı 9,03 ± 3,722, 1 – 5 yıldır demansı bulunan demanslı bireylerin bakım verenlerindeki uyku kalitesi puanı 11,67 ± 3,502 ve 5 yıldan fazla zamandır demansı bulunan demanslı bireylerin ise bakım verenlerindeki uyku kalitesi puanı 11,03 ± 3,277 olarak tespit edilmiştir. Bakım verenlerin uyku kaliteleri açısından demanslı bireylerin demans evreleri ve demanslı yıl süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (X^2= 19,862; X^2= 12,807; p= 0,000<0,05; p= 0,002<0,05).

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre, uyku kaliteleri karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 4'te verilmiştir. Bu sonuçlara göre; bakım verenlerin yaşı 30 - 39 arasında olanların uyku kalitesi puanı 10,17 ± 3,538, yaşı 40 - 49 arasında olanların uyku kalitesi puanı 8,91 ± 4,128 ve 50 yaş üzerinde olanların ise uyku kalitesi puanı 11,24 ± 3,432 olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin uyku kaliteleri açısından yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (X^2= 6,292; p= 0,043<0,05). Kadın olarak bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 11,51 ± 3,796, erkeklerin ise uyku kalitesi puanı 11,32 ± 3,175 olarak bulunmuş; uyku kalitesi açısından kadın ve erkek bakım verenler arasında istatistiksel farklılık tespit edilmemiştir (Z= -0,934; p= 0,350>0,05). Bakım verenlerin medeni durumlarına göre uyku kalitelerine bakıldığında ise hiç evlenmemişler için uyku kalitesi puanı 10,52 ± 3,789, evli olanlar için uyku kalitesi puanı 10,95 ± 3,728 ve boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlar için uyku kalitesi puanı 9,84 ± 3,270 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre uyku kalite puanları; okur – yazar olmayanlar için 14,00, okur – yazarlar için 11,43 ± 4,860, ilkokul mezunları için 11,40 ± 4,115, ortaokul mezunları için 10,07 ± 3,339, lise mezunları için 10,36 ± 3,946 ve üniversite mezunları için 10,73 ± 3,488 olarak bulunmuştur. Uyku kalitesi açısından

bakım verenlerin medeni durumları ve eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (X^2= 1,833; X^2= 2,746; p= 0,400>0,05; p= 0,739>0,05).

Tablo 4. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması

Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği			Z / X^2	p
	X ± SS	Min	Max		
Yaş					
30 - 39	10,17±3,538	5	15	6,292[b]	**0,043**
40 - 49	8,91±4,128	1	15		
50 ve Üzeri	11,24±3,432	3	17		
Cinsiyet					
Kadın	10,51±3,796	1	17	-0,934[a]	0,350
Erkek	11,32±3,175	3	15		
Eğitim Durumu					
Okur – Yazar Değil	14	14	14	2,746[b]	0,739
Okur - Yazar	11,43±4,860	3	17		
İlkokul	11,40±4,115	2	16		
Ortaokul	10,07±3,339	4	15		
Lise	10,36±3,946	1	16		
Üniversite	10,73±3,488	3	16		
Medeni Durum					
Hiç Evlenmemiş	10,52±3,789	3	16	1,833[b]	0,400
Evli	10,95±3,728	1	17		
Boşanmış / Dul / Ayrı Yaşıyor	9,84±3,270	2	14		
Akut / Kronik Hastalık					
Var	10,54±3,368	2	17	-1,275[a]	0,202
Yok	11,17±4,457	1	16		
Antidepresan					
Kullanıyor	12,15±3,453	5	17	-1,852[a]	0,064
Kullanmıyor	10,40±3,650	1	16		
Yaşlı ile Yakınlık Derecesi					
Kızı	10,90±4,080	1	17	3,609[b]	0,307
Oğlu	11,94±2,561	8	15		
Eşi	10,43±3,437	3	16		
Kardeşi	9,81±3,611	3	15		
Yaşlı ile Yaşama Süresi					
Doğduğundan Beri	9,64±4,822	3	16	1,308[b]	0,860
1 - 10 Yıl	10,85±3,539	1	16		
11 - 20 Yıl	10,00±4,301	2	16		
21 - 30 Yıl	11,62±2,755	7	16		
31 Yıl ve Üzeri	10,36±3,835	3	17		
Aynı Evde Baktığı Yaşlı Sayısı					
Tek Yaşlıya Bakıyor	10,50±3,667	1	17	-1,615[a]	0,106

Birden Fazla Yaşlıya Bakıyor	12,14±3,416	5	16		
Birlikte Yaşayan Yaşlı Sayısı					
0	10,50±3,667	1	17	4,618[b]	0,202
1	12,10±3,725	5	16		
2	11,00±2,000	9	13		
4	16,00	16	16		

[a]Mann-Whitney U Testi [b]Ki-Kare Testi

Bakım verenlerin akut veya kronik hastalık var olma durumlarına göre uyku kaliteleri puanları Tablo 4'te verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre akut veya kronik hastalığı olan bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 10,54 ± 3,368, olmayanların ise 11,17 ± 4,457 olarak bulunmuş, ancak uyku kaliteleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Z=-1,275; p= 0,202>0,05). Ayrıca antidepresan kullanan bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 12,15 ± 3,453; kullanmayanların ise uyku kalitesi puanı 10,40 ± 3,650 olarak tespit edilmiştir. Uyku kaliteleri açısından antidepresan kullananlar ile kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Z=-1,852; p= 0,064>0,05).

Araştırmada yer alan bakım verenlerin bakımından sorumlu birey ile yakınlık ilişkilerine göre uyku kaliteleri incelendiğinde; yakınlık derecesi açısından kızı olanların uyku kalitesi puanı 10,90 ± 4,080, oğlu olanların uyku kalitesi puanı 11,94 ± 2,561, eşi olanların uyku kalitesi puanı 10,43 ± 3,437 ve kardeşi olanların uyku kalitesi puanı 9,81 ± 3,611 olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin uyku kaliteleri açısından yakınlık dereceleri arasında istatistiksel olarak tespit edilen farklılık anlamlı değildir (X^2= 3,609; p=0,307>0,05). Bakım verenlerin demanslı bireyler ile yaşadığı sürelere göre; doğduğundan beri ilgilenen bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 9,64 ± 4,822, 1 – 10 yıllık süredir ilgilenenlerin uyku kalitesi puanı 10,85 ± 3,539, 11 – 20 yıllık süredir ilgilenenlerin uyku kalitesi puanı 10,00 ± 4,301, 21 - 30 yıllık süredir ilgilenenlerin uyku kalitesi puan 11,62 ± 2,755 ve 30 yıldan fazladır ilgilenenlerin uyku kalitesi puanı 10,36 ± 3,85-35 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin uyku kaliteleri açısından yaşlı ile yaşadığı sürelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (X^2= 1,308; p= 0,860>0,05). Araştırmada yer alan bakım verenlerden tek yaşlıya bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 10,50 ± 3,667 iken birden fazla yaşlıya bakım verenlerin uyku kalitesi puanı 12,14 ± 3,416 olarak bulunmuş olup bu iki grup arasında uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Z=-1,615; p=0,106>0,05).

Tablo 5. Demanslı Bireylerin Standartize Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Bakım Verenin Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Ölçek ve Envanterler	Pittsburgh Uyku Kalitesi	
	r	p
Standartize Mini Mental Test	-0,333	0,000
Nöropsikiyatrik Envanter	0,302	0,001
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	0,269	0,003
Günlük Yaşam Aktiviteleri	0,234	0,010

Demanslı bireylerin standartize mini mental test ile bakım verenlerin uyku kalitesi arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0,333; p=0,000<0,05). Demanslı bireylerin nöropsikiyatrik envanter, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin bakım verenlerin uyku kalitesi arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir (r=0,302; r= 0,234; r=0,269; p=0,001<0,05; p=0,010<0,05; p=0,003<0,05).

Tablo 6. Bakım Verenlerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Bakım Veren Yükü Envanteri ve Charlson ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Ölçek ve Envanterler	Pittsburgh Uyku Kalitesi	
	r	p
Algılanan Stres Ölçeği	0,430	0,000
Beck Depresyon Ölçeği	0,498	0,000
Bakım Veren Yükü Envanteri	0,397	0,000
Charlson Komorbitide Envanteri	0,436	0,000

Bakım verenlerin algılanan stres, depresyon ve Charlson komorbitide envanteri ile Uyku kalitesi arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir (r=0,430; r=0,498; r=0,436; p=0,000<0,05). Bakım veren yükü envanteri ile uyku kalitesi arasında ise pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır (r=0,397; p=0,000<0,05).

Tablo 7. Standartize Mini Mental Teste Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Standartize Mini Mental Test	0,292	0,085	10,912	0,001	-0,160	-3,303	0,001

Demanslı bireylerin standartize mini mental testine göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 7'de verilmiştir. Standartize mini mental test puanı, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=10,912; p=0,001<0,05). Standartize mini mental test puanı bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,160 birim azalmaktadır.

Tablo 8. Nöropsikiyatrik Envantere Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Nöropsikiyatrik Envanter	0,247	0,061	7,598	0,007	0,032	2,756	0,007

Demanslı bireylerin nöropsikiyatrik envanter puanına göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 8'de verilmiştir. Nöropsikiyatrik envanter puanı, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=7,598; p=0,007<0,05). Nöropsikiyatrik envanter puanı bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,032 birim artmaktadır.

Tablo 9. Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesine Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi	0,232	0,054	6,666	0,011	0,132	2,582	0,011

Demanslı bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitesine göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 9'da verilmiştir. Enstrümenatal günlük yaşam aktivitesi puanı, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=6,666; p=0,011<0,05). Enstrümental günlük yaşam aktivitesi puanı bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,132 birim artmaktadır.

Tablo 10. Günlük Yaşam Aktivitesine Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Günlük Yaşam Aktivitesi	0,216	0,047	5,730	0,018	0,171	2,394	0,018

Demanslı bireylerin günlük yaşam aktivitesine göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 10'da verilmiştir. Günlük yaşam aktivitesi puanı, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=5,730; p=0,018<0,05). Günlük yaşam aktivitesi puanı bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,171 birim artmaktadır.

Tablo 11. Algılanan Strese Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Algılanan Stres Ölçeği Skoru	0,562	0,315	53,876	0,000	0,262	7,340	0,000

Bakım verenlerin algıladıkları strese göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 11'de verilmiştir. Algılanan stres puanı, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=53,876; p=0,000<0,05). Algılanan stres puanı bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,262 birim artmaktadır.

Tablo 12. Bakım Veren Yüküne Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Bakım Veren Yükü	0,358	0,128	17,204	0,000	0,085	4,148	0,000

Bakım veren yüküne göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir. Bakım veren yükü, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=17,204; p=0,000<0,05). Bakım veren yükü bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,085 birim artmaktadır.

Tablo 13. Depresyona Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Beck Depresyon Ölçeği Puanı	0,554	0,307	51,781	0,000	0,170	7,196	0,000

Bakım verenin depresyonuna göre uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir. Depresyon, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=51,781; p=0,000<0,05). Depresyon bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 0,170 birim artmaktadır.

Tablo 14. Charlson Komorbite Ölçeği Skoruna Göre Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	R	R^2	F	p	B	t	p
Charlson Komorbite Ölçeği Skoru	0,567	0,321	55,311	0,000	8,252	7,437	0,000

Charlson komorbite skoruna göre uyku kalitesini yordamak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 14'te verilmiştir. Charlson komorbite skoru, bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır (F=55,311; p=0,000<0,05). Charlson komorbite skoru bir birim arttığında bakım veren uyku kalitesi 8,252 birim artmaktadır.

Tablo 15. Demanslı Bireylerin Standartize Mini Mental Test, Nöropsikiyatrik Envanter, Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi, Günlük Yaşam Aktivitesi; Bakım Verenlerin Algıladıkları Stres, Bakım Veren Yükü, Depresyon ve Charlson Komorbite Ölçeğine Göre Bakım Verenin Uyku Kalitesini Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	B	Sh.	β	t	p	R	R^2	F	p
Standartize Mini Mental Test	-0,156	0,066	-0,284	-2,343	0,021	0,744	0,553	17,020	0,000
Nöropsikiyatrik Envanter	-0,031	0,020	-0,239	-1,548	0,125				
Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi	0,029	0,165	0,052	0,178	0,859				
Günlük Yaşam Aktivitesi	-0,063	0,200	-0,080	-0,316	0,753				
Algılanan Stres Ölçeği Skoru	0,091	0,038	0,196	2,371	0,019				
Bakım Veren Yükü	0,026	0,019	0,108	1,340	0,183				
Beck Depresyon Ölçeği Puanı	0,090	0,027	0,292	3,346	0,001				
Charlson Komorbite Ölçeği Skoru	5,765	1,026	0,396	5,617	0,000				

Hastaların standartize mini mental test, nöropsikiyatrik envanter, enstrümental günlük yaşam aktivitesi, günlük yaşam aktivitesi; bakım verenlerin algıladıkları stres, bakım veren yükü, depresyon ve Charlson komorbite ölçeğine göre bakım verenin uyku kalitesini yordamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 15'te verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; hastaların standartize mini mental test, nöropsikiyatrik envanter, enstrümental günlük yaşam aktivitesi, günlük yaşam aktivitesi; bakım verenlerin algıladıkları stres, bakım veren yükü, depresyon ve Charlson komorbite ölçeği birlikte bakım verenin uyku kalitesinin anlamlı bir yordayıcısıdır ($F= 17,020$; $p=0,000<0,05$). Sekiz değişken birlikte uyku kalitesindeki varyansın %55'ini açıklamaktadır. Değişkenlerin bakım veren uyku kalitesi üzerindeki yordayıcılık önem sırası Charlson komorbite ölçeği ($\beta=-0,396$), depresyon ($\beta=0,292$), standartize mini mental test skoru ($\beta=-0,284$), nöropsikiyatrik envanter puanı ($\beta=-0,239$), algılanan stres ($\beta=0,196$), bakım veren yükü ($\beta=0,108$), günlük yaşam aktivitesi ($\beta=-0,080$) ve enstrümental günlük yaşam aktivitesi ($\beta=0,052$) biçimindedir

5. TARTIŞMA

Demanslı bireye bakım verenlerin uyku kalitesi ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bu bölümünde araştırmamızın bulguları;

- Demanslı bireye bakım verenlerin uyku kalitesi,
- Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin uyku kalitelerine etkisi,
- Demanslı bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin bakım verenlerin uyku kalitelerine etkisi
- Demanslı bireylerin klinik özelliklerinin bakım veren uykusu kalitesine etkisi,
- Bakım verenlerin klinik özelliklerinin uyku kalitesine etkisi olmak üzere beş başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Demanslı Bireye Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi

Araştırmamıza dâhil edilen demanslı bireye bakım veren 119 kişinin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanı 10,70 ± 3,663 (1 - 17) olarak tespit edilmiştir. PUKİ toplam puanının 5 puan ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu araştırmadaki demanslı bireye bakım verenlerin uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştı. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir(Brummett ve ark., 2006; Corey ve ark., 2018; Goa, Chapagain ve Scullin, 2019; Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015; McCurry ve ark., 2006; Peng, Lorenz ve Chang, 2018; Taylor ve ark., 2015; Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017; Wang, Yip ve Chang, 2016).

Goa ve ark. (2019) demanslı bireylere bakım verenlerin uyku süresi ve uyku kalitelerini inceledikleri ve 35 çalışma ile 3268 bakıcıyı dâhil ettikleri meta analiz araştırmalarında; demans hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesinin bakım vermeyenlere kıyasla önemli ölçüde daha düşük ve uyku müdahalesi denemeleri yapılan bakıcıların, uyku müdahalesi yapılmayan bakıcılara göre daha iyi uyku kalitesine sahip olduğunu belirtmiştir (Goa, Chapagain ve Scullin, 2019).

Corey ve ark. (2018) demans hastalarının bakıcılarında psikolojik sıkıntı ve uyku kalitesinin belirleyicilerini inceledikleri çalışmalarında bakım verenlerin PUKİ puanını 8,1 ± 4,6 olarak bulmuş ve bizim çalışmamıza benzer şekilde uyku kalitelerinin kötü olduğu değerlendirmesinde bulunmuştur (Corey ve ark., 2018).

Peng ve ark. (2018) demanslı bireylerin bakım verenlerinde uykuyla ilişkili faktörleri inceledikleri araştırmalarında 43 bakıcının %91,7'sinde uyku kalitesinin düşük ve PUKİ

puanlarının 10.42 ± 3.96 (uyku kalitelerinin kötü) olduğunu ifade etmişlerdir (Peng, Lorenz ve Chang, 2018).

Uzelli Yılmaz ve Sarı (2017) çalışmalarında kronik hastalığı olan yakınlarına bakım veren hasta yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerini arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; bakım verenlerin PUKİ toplam puan ortalamasını 6,68 ± 2,39 ve hasta yakınlarının %82'sinin PUKİ toplam puanının 5 puan üzerinde çıktığını uyku kalitesinin kötü olduğunu bulmuşlardır (Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017). Ayrıca hastanın tanısı (Alzheimer, diyabetik ayak, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, kanser, morbid obezite) ile PUKİ ve Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Alzheimer ve kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve yorgunluk puanlarındaki artışın nedenini, bakıcıların hastalar palyatif bakım sürecine girmeden önce de uzun süreli bakım verilmesine bağlanmıştır (Uzelli Yılmaz ve Sarı, 2017).

Wang ve ark. (2016) Tayvan'daki demans hastasına bakımverenlerin depresyon ile bağlantılı algılanan stres ve hafıza / davranış sorunlarının aracıları olarak öz yeterlilik ve uyku kalitesini araştırmışlar, PUKİ puan ortalamalarını 8.06 ± 2.644 olarak bulmuşlardır (Wang, Yip ve Chang, 2016).

Lök ve ark. (2015) demanslı bireylere bakım verenlerin, bakım verici konumunda olma ile ilgili yaşadığı güçlükler ve bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı nitel çalışmasında; bakım verenlere "bakım verme" kelimesinden ne anladıklarını sormuş ve katılımcıların tamamı bakım vermeyi "hastanın her şeyinden sorumlu olma", 7/10'u kendini unutma, 6/10'u önce hastayı düşünme, 4/10'u mutluluk, 2/10'u ise bir işi zevkle yapma, uykusuzluk ve hastayı anlamak olarak tanımlamıştır (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015).

Taylor ve ark. (2015) demans hastalarının bakıcılarının evinde polisomnografi kullanarak bakıcının başa çıkma stili ile uyku bozukluğu arasındaki ilişkileri değerlendirdiği çalışmasında; bakıcıların PUKİ puanını 6.25 ± 3.22 olarak saptamış ve uyku kalitelerini kötü olarak ifade etmişlerdir (Taylor ve ark., 2015).

Brummett ve ark. (2006) bakım veren ve bakıcı olmayanlarda sosyal destek, olumsuz duygu ve uyku kalitesi algılamaları arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarında; bakım verenlerin PUKİ puanını 7,3 ± 3,8 ve bakım vermeyenlerin PUKİ puanını 5,5 ± 3,4 olarak bulmuştur. Bakım verenlerde uyku kalitesinin daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Brummett ve ark., 2006).

McCurry ve ark. (2006) demanslı kişiye bakım verenlerin uyku bozukluğuyla ilişkili faktöreri inceledikleri çalışmalarında bakıcıların PUKİ puanını 8.6 ± 3.6 (uyku kalitelerinin kötü) olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışma bakıcı raporları ile objektif uyku değerlendirmelerinin sıklıkla uyuşmayabileceğini öne sürmektedir (McCurry ve ark., 2006).

Ulusal ve uluslararası literatürde benzer sonuçlar elde edilmesinin demans bakım süreci ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aynı ev içerisinde demans hastasına sahip olmak hiç kuşkusuz ki gece gündüz bakım gerektirmektedir. Bakım verenler hastaları için sürekli tetikte olduklarından uykularında da sürekli bölünmeler yaşadıkları düşünülmektedir. Ayrıca bakım vermenin zorlukları literatürde iyi bilinen bir konudur. Bakımın getirdiği zorlukların, psikolojik çıktıların bakım verenlerin uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.2. Demanslı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Verenlerin Uyku Kalitelerine Etkisi

Araştırmamızda demanslı bireylerin incelenen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, akut/kronik hastalık varlığı parametreleri ile PUKİ toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken, demans evresi ve demanslı yıl süresi ile PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırma bulgularımızda H1 hipotezi reddedilmiştir

Simpson ve Carter (2015) demans hastasının yaşı ve demans şiddeti ile PUKİ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulmamışlardır (Simpson ve Carter, 2015).

Chiu ve ark. (2014) demans hastalarına bakım verenlerin en yaygın uyku bozukluğu sorunlarının uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu (% 99.4), bakım vericilerin uyku bozukluğunun demanslı bireylerin yaşı, cinsiyeti, demans tipi, demans şiddeti ve genel bilişsel işlev ile önemli ölçüde ilişkili olmadığını göstermektedir. Spesifik olarak bakıcıların uyku bozukluğu; hastaların sanrıları, halüsinasyonları ve duygu ile ilgili davranışsal semptomlarla (irritasyon/ saldırganlık, depresyon ve kaygı) ilişkilendirilmiştir. Genel olarak, demanslı hastalara bakım verenlerin uyku bozukluğu, hastaların nöropsikiyatrik semptomlarına yönelik sıkıntılarıyla güçlü bir şekilde pozitif korelasyon göstermektedir (Chiu ve ark., 2014).

Demanslı bireylerde yıllar geçtikçe hastalık evresi ilerlediği için hastaların tek başına günlük yaşamlarını idame ettirmeleri zorlaşmakta, bilişsel fonksiyonları ve hafızaları kötüleşmekte, kişilik yapıları ve davranışlarında kalıcı değişiklikler meydana gelmesiyle

bireyin nöropsikiyatrik durumu değişmekte ve bu sebeplerden dolayı bakıcıların bakım yükü artıp uyku kaliteleri kötüleşmektedir. Demanslı bireyin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi tanımlayıcı özelliklerinden ziyade; demans evresi ve demanslı yıl süresi değişkenleri bakıcıların uykusunu etkilemesi, bu bağlamda beklendik bir sonuç olarak yorumlanmaktadır.

5.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Araştırmamıza dâhil edilen demanslı bireylere bakım veren 119 kişinin PUKİ puanları açısından; çalışmamızda incelediğimiz cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, akut/kronik hastalık varlığı, antidepresan kullanımı, bakım verdiği yaşlıyla yakınlık derecesi, yaşlıyla yaşama süresi, aynı evde baktığı yaşlı sayısı ve birlikte yaşayan yaşlı sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Araştırma bulgularımızda H2 hipotezi reddedilmiştir. Çalışmamızda sadece bakım verenlerin yaşlarına göre uyku kalitesi puanları farklılık göstermiştir. Literatürde demanslı bireylere bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin bakım verenlerin uyku kalitelerine etkisini inceleyen çalışmalar çok sınırlıdır (Simpson ve Carter, 2013; Simpson ve Carter, 2015).

Simpson ve Carter (2015) Amerika Birleşik Devletleri'nde Alzheimer hastalığı veya ilişkili demansı olan kişilerle yaşayan 59 bakımveren ve bakım verdiği kişiden ayrı yaşayan 21 bakıcının uyku kalitesini ve sağlığını karşılaştırmışlar, yaş, cinsiyet ve demans şiddetini kontrol ederek uyku kalitesi ve sağlık üzerine yaşam düzenlemelerinin açıkladığı varyansı incelemek için çoklu regresyon modelleri oluşturmuşlardır. Araştırmanın sonucunda bakım verdikleri kişiyle aynı evde yaşayanların PUKİ toplam puanını 7.41 ± 3,35, ayrı yerde yaşayanların puanını ise 7,81 ± 4.46 olarak bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırmacılar tarafından bu bulgu bakım verdikleri kişiyle aynı ya da farklı evde yaşayanların hastaları için sahip oldukları benzer endişelerden dolayı aynı düzeyde uyku sorunlarına sahip olabileceği şeklinde tartışılmıştır (Simpson ve Carter, 2015). Aynı çalışmada Simpson ve Carter bu çalışmayla benzer şekilde, bakım verenin yaşı, cinsiyeti, bakım verdiği bireyle yakınlık derecesi, bakım verilen süre ile PUKİ toplam puanı arasında bizim çalışmamıza benzer bir şekilde anlamlı ilişki bulmamışlardır (Simpson ve Carter, 2015).

Simpson ve Carter (2013) sekiz hafta boyunca uyku kalitesi ve algılanan stresteki değişimi ve bunların bakıcı depresyonu ile kişinin bildirdiği sağlıkla nasıl ilişkili olduğunu inceleyerek bakım verme deneyiminin dinamik doğasını araştırmıştır. Başlangıçta, 4. hafta ve 8. haftada bakım verenlerde yaptıkları incelemelerde; bakıcı ustalığının arttığını, uyku

kalitesinin iyileştiğini, algılanan stresin azaldığını, bakıcılarının genel sağlık düzeylerinin çok iyiden iyiye doğru aşındığını, bakıcı depresyonunun ve kişinin hayatının önemli ölçüde etkileyen güçler üzerinde sahip olduğu kontrol duygusunu tanımlayan -küresel ustalığın- 8 hafta boyunca sabit kaldığını bulmuşlardır (Simpson ve Carter, 2013). Bakıcıların başlangıçtaki PUKİ puanları 7.45 ± 3.65, 4 hafta sonundaki puanları 6.16 ± 3.44 ve 8 hafta sonundaki puanları 6 ± 3.53 olarak bulunmuştur ve bu 3 grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Simpson ve Carter, 2013).

Bir bağlam olarak stres süreci modelini kullanan bu çalışma, bakıcının deneyiminin dinamik bir süreç olduğunu ve bu sebeple de bakım verme sürecindeki dalgalanmalarının anlaşılması gerektiğini vurgulamakta; demanslı bireye bakım verme sürecinin sağlık çalışanları için sık değerlendirme ve müdahale gerektiren bir deneyim olduğunu açıkça göstermektedir

5.4. Demanslı Bireylerin Klinik Özelliklerinin Bakım Verenlerin Uyku Kalitesine Etkisi

Araştırmamızda demanslı bireylerin standartize mini mental test (SMMT) puanı ile bakım verenlerin uyku kalitesi arasında negatif yönlü zayıf ilişki; nöropsikiyatrik envanter, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden aldıkları puanlar ile bakım verenlerin uyku kalitesi arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir, Araştırma bulgularımızda H3 hipotezi kabul edilmiştir

Karaca ve ark. (2016) ailesindeki Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren kadınların bakım sürecinden nasıl etkilendiklerini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirdiği nitel çalışmasında 10 kadın bakıcı ile yarı yapılandırılmış soru formu ile görüşmeler yapmışlar ve bu görüşmelerde bakıcılar, Alzheimer hastalığının ilerleyen sürecinde hastanın gece uyuyamama ve sürekli gezinme sorunları başladığı için tedirginlikten uyuyamadıklarını ve uykusuzluğun ruhsal durumlarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Gece sürekli uyanmak durumunda kalmaya alışsalar dahi uykusuzluğun üretkenliklerini ve duygu durumlarını olumsuz etkilediğini belirtmişler ve bunu bakıcılardan biri "Gece tamamen uykusuzum bende uyku olayı yok. Bünye de ona alıştı artık. O uyusa da ben uyuyamıyorum. Çünkü her an ne yapacak diye tetikte oluyorsun." diyerek, bir diğeri de "Geceleri uykun bölünüyor, 2-3 defa kalkıyorsun, onu ikna ediyorsun tekrardan yatıyorsun." Şeklinde yaşadığı uyku sorunlarını ifade etmiştir (Karaca, Yazıcı ve Korkmaz, 2016).

Peng ve ark. (2018) demanslı bireylerin bakım verenlerinde uykuyla ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada bakıcıların uykusunun; kronik hastalık durumu, depresyon, bakım yükü, uyku hijyeni davranışları ve bakım alanların uykusundan etkilendiği sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca daha fazla kronik hastalığı bulunan ve kötü uyku hijyeni olan bakıcıların daha kötü uyku kalitesi bildirdiklerini ve bakıcıların kötü uyku kalitesine sahip olmalarının onların gündüz işlevselliklerini bozup uyku ilacı kullanmalarına neden olduğunu ifade etmişlerdir (Peng, Lorenz ve Chang, 2018).

Literatürde demanslı bireyin uyku düzeninin sağlanmasında; nöropsikiyatrik belirtilerinin varlığının (halüsinasyonları ve illüzyonları) değerlendirilmesi, hastada güven duygusunun desteklenmesi, düşme riski açısından hastanın yaşadığı ortamın gece ışıklandırmasının uygun hale getirilmesi, doktor tarafından reçete edilen ilaçların düzenli kullanılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Uçkaç ve Bahar, 2020). Demansta ajitasyon, anormal motor davranışlar, agresyon, anksiyete, depresyon, apati, disinhibisyon gibi nöropsikiyatrik belirtiler hastalık evresi ilerledikçe daha sık / şiddetli görülmeye başladığı ve bakım veren bireylerin bakım sürecini olumsuz etkilediği için; demans hastalarında değerlendirilmesi gereken önemli bulgulardandır (Atkan ve Özkan, 2017). Özdemir ve ark.'nın çalışmasında Alzheimer hastası bireyde uykusuzluk, sinirlilik, bağırıp çağırma, küfür etme, şüphecilik şikayetlerinin kontrol edilemez durumda olduğu, hayal gördüğü ve eşine yönelik perseküsyon sanrıları nedeniyle uyuyamadığı şeklindeki bulgularıyla literatürü desteklemektedir (Özdemir ve Özdemir, 2013).

MMT puanı düşen, davranışsal semptomları artan, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen demanslı bireylerin daha fazla bakıma ihtiyacı olan kişiler olduğu kaçınılmazdır. Bakım verenler kötüleşen bilişsel, fonksiyonel ve davranışsal durum karşısında daha fazla zorlanmış olabilecekleri için uyku kalitelerinin daha kötü çıktığı sonucuna varılmıştır.

5.5. Bakım Verenlerin Klinik Özelliklerinin Uyku Kalitelerine Etkisi

Araştırmamızda bakım verenlerin Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ile PUKİ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Wang ve ark. (2016) bakım verenlerin PUKİ toplam puan ortalaması ile Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları puan

arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ve bu ilişkiyi istatistiksel açıdan anlamlı bulmuşlardır (Wang, Yip ve Chang, 2016). Araştırma bulgularımızda H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Dağdeviren ve ark. (2020) evde bakım hizmeti alan hastaların bakım yükü ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında; hastaların demans durumuyla bakım verenlerin uyku kalitesi ve uyku ilacı kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Bakım yükü arttıkça ve hastaların demans durumu ilerledikçe bakım verenlerin uyku kalitesinin bozulduğu ve uyku ilacı kullanma ihtiyacında da artış olduğunu ifade etmişler, bakım verenlerin bakım yükü, depresif belirtiler ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesinin demans hastası ile ailesine erken müdahale etme şansı yaratıp bilinçsiz uyku/depresyon ilacı kullanımının önüne geçebileceğini vurgulamışlardır (Dağdeviren ve ark., 2020).

Simon ve ark. (2019) bağımlı kişilerin aile bakıcılarında bakıcı yükü ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında bakım verme yükünü yüksek düzeyde algılayan aile bakıcıları grubunun PUKİ toplam puanı kontrol grubu ve bakım yükünü düşük düzey algılayan aile bakıcıları grubundan daha yüksek bulunmuştur ve bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları bakıcı yükünün uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu, dolayısıyla daha fazla algılanan yüke sahip bakıcıların daha kötü bir uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir (Simon ve ark., 2019).

Hamamcı ve ark. (2019) orta ve ileri evre Alzheimer tanısı alan 29 hastanın bakım vereni ile bakım verme öyküsü olmayan 30 sağlıklı gönüllüyü dâhil ettikleri çalışmalarında; bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri PUKİ puanlarıyla ilişkili olduğunu ayrıca PUKİ toplam puanlarına göre Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %51,7'sinde (n=15), sağlıklı kontrol grubunun %23,7'sinde (n=12) uyku kalitesi kötü ve bu iki grup arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (Hamamcı ve ark., 2019).

Araştırmamızda bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden aldıkları puan ile uyku kalitesi arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Hamamcı ve ark. (2019) demanslı hastaya bakım verenlerin uyku kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anskiyete ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemişler; bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puan ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit etmişlerdir (Hamamcı ve ark., 2019). Toker ve ark. (2019) evde bakım birimince takip edilen hastaların bakım

verenlerinde depresyon durumunu incelemişler; bakım verenlerin BDÖ puan ortalamasını 28,01 ± 15,45 ve 140 bakım verenin 101'inde (%72.1) depresyon olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca bakım verenlerin "BDÖ puanları" ile bakım verenin cinsiyeti (kadın olanlarda BDÖ puanı daha yüksek), hastanın yatağa bağımlılık durumu (yataya kısmen ya da tamamen bağımlı olanlarda BDÖ puanı daha yüksek), bakım veren kişilerin yakınlık durumu (ücretli bakıcılarda eş ya da akrabaya göre BDÖ puanı daha düşük) hastalara bakım verme sıklığı (sürekli bakıcılarda BDÖ puanı daha yüksek), hastaya bakım verme süresi (hastaya 30 günden daha uzun süredir bakanlarda BDÖ puanı daha yüksek) ve hastanın idrar veya gaita kaçırma durumu (idrar ya da gaita inkontinansı olan hastaya bakanlarda BDÖ puanı daha yüksek) parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğunu ifade etmişler ve çalışma sonuçları doğrultusunda bakım verenlerin hastalarını gereksinim duydukça ve/veya sürekli bırakabilecekleri kurumlar açılmasının, bakım verenlere yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır (Toker, Ayraler ve Özgür, 2019).

Araştırmamızda Bakım Yükü Envanteri ile uyku kalitesi arasında ise pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. Peng ve ark. (2018) demanslı bireylerin bakıcılarında uykuyla ilişkili faktörleri incelemişler, bakım verenlerin Bakım Yükü Envanteri'nden aldıkları puan ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğunu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu bulmuşlardır (Peng, Lorenz ve Chang, 2018). Kalınkara ve Kalaycı (2017) yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeyini incelemiş; bakım verenlerin Bakım Yükü Envanteri'nden aldıkları toplam puanını 34,53 ± 1,377 yani oldukça yüksek ve bakım verenlerde kronik rahatsızlık, yaşlıya bakım vermekten memnun olmama bakım vermede yetersiz kaldığını hissetme, bakım nedeniyle aile yaşamı ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi durumunda Bakım Yükü Envanteri'nden alınan puanın yani birey üzerindeki bakım yükünün arttığını bulmuşlardır (Kalınkara ve Kalaycı, 2017).

Araştırmamızda bakım verenlerin Charlson Komorbitide Envanteri'nden aldıkları puan ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Literatürde Charlson Komorbidite Envanteri ile PUKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Demansın günümüzde kesin tedavisi olmamakla birlikte komorbid hastalıkların tedavisi ve risk faktörlerinin kontrolü demans sürecinin yönetiminde önemlidir. Ancak demans hastalarını komorbid hastalıklar açısından

değerlendirirken; komorbid hastalıkların tanısındaki yetersizliklerin hastalık bildiriminin hasta veya hasta yakını beyanı ile kayıt edilmesinden kaynaklandığı, Charlson Komorbitide Envanteri'nde geriatrik popülasyonda görülen katarakt ve hipertansiyon gibi hastalıkların tümünün bulunmamasından dolayı komorbid hastalıklarının tanısında yetersizlikler olabileceği göz önüne alınmalıdır (Koç Okudur ve ark., 2018). Bakımverenlerin uyku kalitesi kendi başka hastalalıkarından da tedavilerinden de etkileniyor olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenin depresyonunu, stresini ve bakım veren yükünü azaltmaya yönelik girişimler bakım verenin uyku kalitesini arttırabilir. Ayrıca demanslı bireylerin davranışsal ve bilişsel fonksiyonlarının iyileştirilmesine yönelik girişimlerinde bakım verenlerin uyku kalitelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada demanslı bireye bakım verenlerin uyku kalitesi ve etkileyen etmenler incelenmiştir. Demanslı bireye bakım verenlerin uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna varılmıştır. "Bakım verenlerin uyku kalitesini" demanslı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin etkilemediği, bakım verenlerin yalnızca yaşının etkilediği; demanslı bireylerin SMMT, GYA, EGYA ve NPE puanları ile bakıcıların BDÖ, ASÖ, CKÖ ve BVY puanlarının etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

İnsan ömrünün uzamış olması beraberinde önümüzdeki birkaç yüzyılda fazlaca kişinin "bakım veren rolü"ne girme zorunluluğunu doğuracağı için sağlık profesyonellerinin yalnızca hastanın değil bakım veren bireylerinde ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaları, demanslı bireyin zorlu tıbbi tedavi sürecinde bakım verici bireyi bir bileşen olarak görüp onların uyku problemlerine daha fazla ilgi göstermeleri önerilmektedir.

Bakım verenlerin, bakım veren yükü, stresi, depresyonu değerlendirilmeli ayrıca bilişsel bozukluğu artan ve fonksiyonelliği azalan davranışsal belirtileri fazla olan demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitelerinin daha kötü olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamız sonucunda belirlediğimiz bu faktörlerin iyileştirilmesine yönelik girişimler bakım verenlerin uyku kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir.

7.KAYNAKÇA

Cılız Ö. Demans Hastalarında Nutrisyonel Durumun Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul; Haliç Üniversitesi; 2017.

Şencan İ, Keskinkılıç B, Ekinci B, Yardım N, Barut B, Tamkoç Gürbüztürk ve ark. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti; 2015.

Türkiye Cumhuriyeti Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (İnternet). 2020 (Erişim Tarihi 3 Mayıs 2021). Erişim adresi: https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatisliklerle Yaşlılar (İnternet). 2019 (Erişim Tarihi 16 Haziran 2020): Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712

İstatistiklerle Yaşlılar (İnternet). 2018 (Erişim Tarihi 27 Ekim 2020). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronikhastaliklarengellidb/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf.

Özbabalık D, Hussein S. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Demans Bakım Modeli Raporu (İnternet). 2017 (Erişim Tarihi 25 Ekim 2020). Erişim adresi: https://ailevecalisma.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf

Aslan S. Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bakım Yüküne ve Depresyon Düzeyine Etkisi (Doktora Tezi). Malatya; İnönü Üniversitesi; 2017.

Eğilli C. S. (2016). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2016.

Eğilli C. S ve Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Journal of Academic Research in Nursing 2017; 3(2): 83-91.

World Health Organization. Dementia. 2020 [Erişim Tarihi: 09 Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia.

Alkan Burçin Ş, Rakıcıoğlu N. Demans ve Polifenoller. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2020; s;3.

Erbay M. Demans Hastalarına Bakım Verenlerin Yas Süreçlerinin Olumlu ve Olumsuz Sağlık Değişkenleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi (Yüksek Lisan Tezi). İstanbul; İstanbul Üniversitesi; 2017.

Uyar F. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Bakım Verici Yüküne, Hasta ve Bakım Vericinin Nöropsikiyatrik Semptomları ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisan Tezi). Manisa; Celal Bayar Üniversitesi; 2017.

Atagün M. İ, Devrim Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M ve Yılmaz Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi. 2011; 3(3), 513-552.

Atak T. Demanslı Hastalarla İlgilenen Aile Üyelerinin Bakım Veren Yükünün İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir; Ege Üniversitesi; 2018.

Atak T ve Özekes M. Demanslı Hastalarla İlgilenen Aile Üyelerinin Bakım Veren Yükünün İncelenmesi. Ege Eğitim Dergisi. 2019; 20(1), 145-161.

Biçer Kanat B, Kızılpınar S. Ç, Çolak B, Er O, Kokurcan A, Altunöz U ve ark. Alzheimer Hastalarında Uyku Kalitesi ve Uykululuk Halinin Değerlendirilmesi. 2018 (Erişim Tarihi 15 Ekim 2020). Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/619464.

Çakır S. Alzheimer Hastalığında Uyku Bozukluğu. Türkiye Alzheimer Derneği. 2020 (Erişim Tarihi 20 Ekim 2020). Erişim adresi: https://www.alzheimerdernegi.org.tr/2020/08/11/alzheimer-hastaliginda-uyku-bozuklugu/.

Benbir G. Alzheimer Demansı ve Uyku. Türkiye Alzheimer Derneği. 2020 (Erişim Tarihi 15 Ağustos 2020). Erişim adresi: https://www.alzheimerdernegi.org.tr/2020/08/11/alzheimer-demansi-ve-uyku/.

Ehleringer E. H, ve Kim S J. The Wearable Lullaby: Improving Sleep Quality of Caregivers of Dementia Patients. Work-in-Progress: Health. 2013; 409-414.

Karaca H, Yazıcı S, ve Korkmaz N. Alzheimer Hastası Yaşlı Bakımının Aile Üyesi Bakıcı Kadınlara Etkisi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2016; 7(4), 6-12.

Wang P. C, Yip P. K, ve Chang Y. Self-Efficacy and Sleep Quality as Mediators of Perceived Stress and Memory and Behavior Problems in the link to Dementia Caregivers' Depression in Taiwan. Clinical Gerontologist. 2016; 39(3), 222-239.

Corey K. L, McCurry M K, Sethares K. A, Bourbonniere M, Hirschman K. B, ve Meghani S. H. Predictors of psychological distress and sleep quality in former family caregivers of people with dementia. Aging & Mental Health. 2018; 1-9.

Simpson C, Carter P. Short-term changes in sleep, mastery & stress: Impacts on depression and health in dementia caregivers. Geriatric Nursing. 2013; (34): 509-516.

Hamamcı M, Hacimusalar Y, Karaaslan Ö ve İnan L. E. Demans Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2019; 9(4), 88-93.

Akyar İ. Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 79-88.

Sarı N, Gıersbergen M. Yaşlılarda Deliryum, Demans ve Depresyonun Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakım Rehberi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 33(3): 138-152.

Türten Kaymaz T. Orta ve İleri Evre Demans Hastalarına Uygulanan Aromaterapinin Ajitasyon ve Bakım Verenin Yüküne Etkisi (Doktora Tezi). Ankara; Hacettepe Üniversitesi; 2016.

Işık A, Soysal P. Geriatri pratiğinde geriatrik sendromlar, Tıp Kitapevi. 2018; 73

Yavla F, Aydın Göngör H. Demansta Klinik Bulgular. Nükleer Tıp Seminerleri. 2016; (3): 134-138.

Alıcılar Emin H, Çalışkan D. Alzheimer Hastalığı ve Korunma Stratejileri. Ankara. 2021; 30(2): 107-115.

Adalı A, Yirün A, Koçer Gümüşel B, Erkekoğlu P. Alzheimer Hastalığının Gelişiminde Biyolojik Ajanların Olası Etkileri. Ankara Eczacılar Fakültesi Dergisi. 2020; 44(1): 167-187.

Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir; Ege Üniversitesi; 2008.

Çınar N. Alzheimer Hastalığında Epidemiyoloji ve Klinik Bulgular. Turkiye Klin J Neurol-Special Top. 2012; 5(3):1–6.

Arıoğul S, Cankurtaran M. Demans ve Alzheimer Hastalığı. 2002 (Erişim Tarihi 12 Mayıs 2018). Erişim adresi: http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110113040255demans_alzheimer.pdf.

Swan GE, Lessov-Schlaggar CN. The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. Neuropsychol Rev. 2007;17(3):259– 73.

Verghese PB, Castellano JM, Holtzman DM. Apolipoprotein E in Alzheimer's disease and other neurological disorders. Lancet Neurol. 2011; 10(3): 241–52.

Livingston G, Barber J. A, Kinnunen K. M, Webster L, Kyle S. D, CooperC ve ark. DREAMS-START (Dementia RElAted Manual for Sleep; STrAtegies for RelaTives) for people with dementia and sleep disturbances: a single-blind feasibility and acceptability randomized controlled trial. International Psychogeriatrics. 2015; 1-15.

Karşıdağ S. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. Turkiye Klin J NeurolSpecial Top. 2012; 5(3): 18–23.

Xu W, Tan L, Wang H-F, Jiang T, Tan M-S, Tan L ve ark. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2015; 86(12): 1299–306.

Güneş G. Yaşlılıkta Kronik ve Akut Sağlık Sorunları. Içinde: Duy B, editör. Temel Gerontoloji. 2. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. 2015; 99–100.

Baumgart M, Snyder H M, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. Alzheimer's & Dementia: the Journal of the Alzheimer's Association. 2015; 11: 718–726.

Alexopoulos GS. Vascular disease, depression, and dementia. C. 51, Journal of the American Geriatrics Society. United States. 2003; 1178– 80.

Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP ve ark. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing Res Rev. 2015; 22: 39–57.

Yang YC, Boen C, Gerken K, Li T, Schorpp K, Harris KM. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. Proc Natl Acad Sci U S A. 2016; 113(3): 578–83.

Wolf PA. Contributions of the Framingham Heart Study to stroke and dementia epidemiologic research at 60 years. Arch Neurol. 2012; 69(5): 567–71.

Muñoz Fernández SS, Lima Ribeiro SM. Nutrition and alzheimer disease. Clinics in Geriatric Medicine. 2018; 34: 677–697.

Arısoy A, İnan N. Alzheimer Hastalığında Enfeksiyon Etkenlerinin Rolü. Turkiye Klin J Neurol-Special Top. 2012; 5(3): 24–8.

Olsson B, Lautner R, Andreasson U, Öhrfelt A, Portelius E, Bjerke M, ve ark. CSF and blood biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2016; 15(7): 673–84.

Özbayrak Karapınar, D. Demans Hastaları, Hafif Kognitif Bozukluk Vakaları ve Sağlıklı Yaşlılarda Uyumsuzluk Negativitesi ile İlişkili Nöropsikolojik Faktörler (Uzmanlık). Bolu; Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2019.

Öztürk G. B, Karan M. A. Alzheimer Hastalığının Fizyopatolojisi. Alzheimer Hastalığının Fizyopatolojisi. 2009 (Erişim Tarihi 20 Ekim 2020). Erişim adresi: http://klinikgelisim.org.tr/kg22_3/7.pdf.

Simpson C, Carter P. The Impact of Living Arrangements on Dementia Caregiver's Sleep Quality. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 2015; 30(4): 352-359.

Lök N, Günbayı İ, Buldukoğlu, K. Demansı Olan Birey ile Yaşamak: Olgubilim Çalışması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015; 6(2): 91-99.

Brummett B. H, Baybak M. A, Siegler I. C, Vitaliano P. P, Ballard E. L, Gwyther L ve ark. Associations Among Perceptions of Social Support, Negative Affect, and Quality of Sleep in Caregivers and Noncaregivers. Health Psychology. 2006; 25(2): 220-225.

Dağdeviren T. S, Demir N, Adahan D, Dağdeviren M ve Tekin, O. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinde Bakım Yükü. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020; 14(2): 186-195.

Gupta C, Prakash D. Nutraceuticals for geriatrics. Journal of Traditional and Complementary Medicine. 2015; 5: 5– 14.

Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dement. 2017; 13: 325-373.

Ersoy Quadır S, Birinci M, Nalçakar G, Daşçı N. M ve Yavuz Ş. Alzheimer Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin ve Yaşadıkları Zorlukların Değerlendirilmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2019; 12(1): 42-51.

McCurry S. M, Vitiello M. V, Gibbons L. E, Logsdon R. G ve Teri, L. Factors Associated With Caregiver Reports of Sleep Disturbances in Persons With Dementia. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2006; 14(2): 112-120.

Uzelli Yılmaz D, Sarı D. Kronik Hastalığı Olan Bakım Verem Yakınlarının Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(2): 90-98.

Peng H. L, Lorenz R. A ve Chang Y.P. Factors associated with sleep in family caregivers of individuals with dementia. Perspect Psychiatr Care. 2018; 1-8.

İlhan Algın D, Akdağ G ve Osman Erdinç O. Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları. Osmangazi Tıp Dergisi. 2016; 38(1): 29-34.

Kazoğlu M. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Yorgunluk ve Fiziksel Uygunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi) . Ankara; Başkent Üniversitesi; 2019.

Goa C, Chapagain N. Y ve Scullin M. K. Sleep Duration and Sleep Quality in Caregivers of Patients With Dementia. JAMA Network Open. 2019; 2(8): 1-15.

Taylor B. J, Irish L. A, Martire L. M, Siegle G. J, Krafty R. T, Schulz R ve ark. Avoidant Coping and Poor Sleep Efficiency in Dementia Caregivers. Psychosomatic Medicine. 2015; 77: 1050-1057.

Liu S, Liu J, Wang X. D, Shi Z, Zhou Y, Li J ve ark. Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. International Psychogeriatrics. 2017; 1-8.

Chiu Y. C, Lee Y. N, Wang P. C, Chang T. H, Li C. L, Hsu W ve ark. Family caregivers' sleep disturbance and its associations with multilevel stressors when caring for patients with dementia. Aging & Mental Health. 2014; 18(1): 92-101.

Peng H. L, Chang Y. P. Sleep Disturbance in Family Caregivers of Individuals With Dementia: A Review of the Literature. Perspectives in Psychiatric Care. 2013; (49): 135-146.

Onat Kaya H, Çelik Y. Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi. 2018; 21(4): 625-640.

Keskinoğlu P, Ucku R, Yener G, Yaka E, Kurt P ve 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.

Cummings J. L, Mega M, Gray K, Rosenberg Thompson S, Carusi D. A ve Gornbein, J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1994; 44(12): 2308-2314.

Akça Kalem S, Hanagasi H, Cumming J, Gürvit H. Validation study of the Turkish translation of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) Proceedings of the 21st International Conference of Alzheimer's Disease International, Abstract Book P47. İstanbul, Turkey. 2005: 58.

Katz S, Downs T D, Cash H. R ve Grotz R. C. Progress in development of the index of ADL. 1970; 10(1): 20-30.

Lawton M. P, Brody E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9(3): 179-186.

Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri Için Geçerliği, Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 1988; 6(23): 3-13.

Teğin B. Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme. Ankara. 1980.

Cohen S, Kamarck T ve Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983; (24): 385-396.

Novak M, Guest C. Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. Gerontologist. 1989; (29): 798-803.

Küçükgüçlü Ö, Esen Y ve Yener G. The reliability and validity of the caregiver burden ınventory in Turkey. Nörolojik Bilimler Dergisi. 2009; 26(1): 60-73.

Charlson M. A, Pompei P. Ales, K. L ve MacKenzie R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. Journal of Chronic Diseases. 1987; 40(5): 373-383.

Buysse D. J, Reynolds C. F, Monk T. H, Berman S. R ve Kupfer D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New İnstrument for Psychiatric Practice And Research. Psychiatry Research. 1989; 28(2): 193-213.

Ağargün Mehmet Y, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliği ve Güvenirliği. 1996; 7(2).

Uçkaç K, Bahar, L. Demanslı Yaşlı Hastaların Bakımı ve Mesleki Yeterlilikler. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi. 2020; 3(1): 45-59.

Atkan F, Özkan B. Demans Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Nöropsikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesinde Hasta Yakınlarının Bakış Açısı. Kesit Akademi Dergisi. 2017; 3(10): 634-644.

Özdemir O, Özdemir P. G. Psikotik Belirtilerle Başvuran Bir Demans Olgusu. Çukurova Medical Journal. 2013; 38(3), 482-486.

Simon M. A, Bueno A. M, Otera P, Blanco V ve Vázquez F. L. Caregiver Burden and Sleep Quality in Dependent People's Family Caregivers. Journal of Clinical Medicine. 2019; 8: 1-10.

Toker S, Ayraler A ve Özgür R. Evde Bakım Birimince Takip Edilen Hastaların Bakımlarından Sorumlu Kişilerde Depresyon. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 4(4): 428-443.

Kalınkara V, Kalaycı I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017; 10(2): 19-39.

Koç Okudur S, Dokuzlar Ö, Soysal P ve Işık A. T. Demans ve Komorbid Hastalıklarla İlişkisi. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2018; 1(2): 32-39.

8. EKLER

8.1.Demografik Veri Toplama Formu (EK-1)

Hastanın Adı Soyadı	
Yaşı	65-69 yaş ( ) 70-74 yaş( ) 75-79 yaş( ) 80 yaş ve üzeri( )
Cinsiyeti	Kadın( ) Erkek( )
Öğrenim durumu	Okur yazar değil( ) Okur yazar( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise( ) Üniversite/ lisansüstü( )
Medeni durumu	Hiç evlenmemiş( ) Evli( ) Boşanmış/ayrı yaşıyor( )
Akut ve kronik hastalıkları	Olan( ) Olmayan( )
Demans evresi	1.Evre( ) 2.Evre( ) 3.Evre( )
Ne kadar süredir demans hastası	1 yıldan az( ) 1-5 yıl( ) 6 yıl ve üzeri( )
MMT	….
NPE	….
EGYA/GYA	….

Bakım Verenin Adı Soyadı	
Yaşı	18-29 yaş ( ) 30-39 yaş ( ) 40-49 yaş ( ) 50 ve üzeri yaş ( )
Cinsiyeti	Kadın ( ) Erkek ( )
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite/ lisansüstü ( )
Medeni Durumu	Hiç evlenmemiş ( )

	Evli ( )
	Boşanmış/ayrı yaşıyor ( )
Antidepresan Kullanımı	Var ( )
	Yok ( )
Akut ve Kronik Hastalıkları	Olmayan ( )
	Olan ( )
Yakınlık Derecesi	Kızı( )
	Oğlu ( )
	Eşi ( )
	Kardeşi ( )
	Gelini ( )
	Damadı ( )
	Diğer akrabaları ( )
Birlikte Yaşam Süresi	Doğduğundan beri ( )
	1-10 yıl arası ( )
	11-20 yıl arası ( )
	21-30 yıl arası ( )
	31 yıl ve üzeri ( )
Aynı Evde Yaşayan Yaşlı Birey Sayısı	…..

8.2. Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (EK-2)

Ad Soyad: **Tarih:** **Yaş:**

Eğitim (yıl): **Meslek:** **Aktif El:**

T. Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ..... ( )

Hangi mevsimdeyiz ..... ( )

Hangi aydayız ..... ( )

Bu gün ayın kaçı ..... ( )

Hangi gündeyiz ..... ( )

Hangi ülkede yaşıyoruz ..... ( )

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ..... ( )

Şu an bulunduğunuz semt neresidir ..... ( )

Şu an bulunduğunuz bina neresidir ..... ( )

Şu an bu binada kaçıncı kattasınız ..... ( )

Kayıt Hafızası(Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

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

Her doğru isim 1 puan ..... ( )

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ..... ( )

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa,Bayrak,Elbise)..... ( )

Lisan (Toplam puan 9)

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

..... ( )

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin."Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ( )

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"

(Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan)..... ( )

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

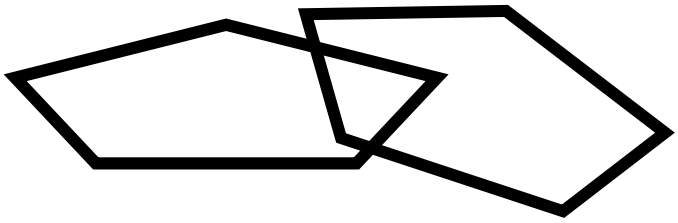
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ( )

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın

(1 puan)..... ( )

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada)

(1 puan) ..... ( )



8.3. Nöropsikiyatrik Envanter (EK-3)

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	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Depresyon	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	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 davranışı	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İştah ve yeme değişimleri	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
							Toplam NPE Skoru								

8.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri (EK-4) / Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-5)

Günlük Yaşam Aktiviteleri- GYA

1. Yeme İçme
2. Giyinme-Soyunma
3. Taranma-Traş olma
4. Yürüme
5. Yatış-Kalkış
6. Tuvalet ihtiyacını görme
7. Alışveriş, banyo, ev-işleri
8. İnkontinans

Toplam GYA Puanı :

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri- EGYA

1. Telefon kullanma
2. Araç kullanımı ile yolculuk
3. Gıda ve kıyafet alışverişi
4. Yemek hazırlama
5. Ev işleri
6. İlaçlarını tanıma ve kullanabilme
7. Parasal işlemleri yapabilme

Toplam EGYA Puanı :

8.6.Beck Depresyon Ölçeği (EK-6)

1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum (0 puan)……..…....( )

Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum (1 puan)…….....( )

Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (2 puan)…….....( )

O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.(3 puan)…….....( )

2) Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.(0 puan)……( )

Gelecek hakkında karamsarım.(1 puan)…….....( )

Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok(2 puan)……...( )

Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.(3 puan)…… …...( )

3) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum..(0 puan)……..( )

Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum(1 puan)…...( )

Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum(2 puan)……....( )

Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum(3 puan)……...( )

4) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum..(0 puan)……...( )

Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.(1 puan)……..…...( )

Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.(2 puan)……....( )

Her şeyden sıkılıyorum (3 puan)…….....( )

5)Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum (0 puan)…….....( )

Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum (1 puan)…….....( )

Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum (2 puan)…….....( )

Kendimi her zaman suçlu hissediyorum (3 puan)……...( )

6)Bana cezalandırılmışım gibi geliyor (0 puan)…….....( )

Cezalandırılabileceğimi hissediyorum (1 puan)……...……...( )

Cezalandırılmayı bekliyorum (2 puan)……....( )

Cezalandırıldığımı hissediyorum (3 puan)……..…...( )

7)Kendimden memnunum (0 puan)……...( )

Kendi kendimden pek memnun değilim (1 puan)……...…...( )

Kendime çok kızıyorum (2 puan)……...( )

Kendimden nefret ediyorum (3 puan)……...( )

8)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum (0 puan)……...( )

Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm (1 puan)…….....( )

Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum (2 puan)……...( )

Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum (3 puan)…….( )

9)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok (0 puan)…….…...( )

Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum (1 puan)……..( )

Kendimi öldürmek isterdim (2 puan)……..( )

Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm (3 puan)…….....( )

10) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor (0 puan)……...( )

Zaman zaman içinden ağlamak geliyor (1 puan)……...( )

Çoğu zaman ağlıyorum (2 puan)……..…...( )

Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum (3 puan)……...…...( )

11)Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim (0 puan)……....( )

Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum (1 puan)……...( )

Şimdi hep sinirliyim (2 puan)…….( )

Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor (3 puan)……..…...( )

12) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim (0 puan)…….( )

Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum (1 puan)……....( )

Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim (2 puan)……...( )

Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum (3 puan)…….…....( )

13) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum (0 puan)……...( )

Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum (1 puan)……..…...( )

Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum (2 puan)……...( )

Artık hiç karar veremiyorum (3 puan)……...( )

14) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum (0 puan)……....( )

Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor (1 puan)……...( )

Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum (2 puan)……...( )

Kendimi çok çirkin buluyorum (3 puan)……....( )

15) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum (0 puan)…….....( )

Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor (1 puan)…….....( )

Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor (2 puan)……..…...( )

Hiçbir şey yapamıyorum (3 puan)……...( )

16) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum (0 puan)……..…...( )

Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum (1 puan)……...( )

Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum (2 puan)……..
.( )

Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum (3 puan)……..( )

17) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum (0 puan)…….....( )

Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum (1 puan)……..…...( )

Yaptığım her şey beni yoruyor (2 puan)……..( )

Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum (3 puan)……..…...( )

18)İştahım her zamanki gibi (0 puan)…….....( )

İştahım her zamanki kadar iyi değil (1 puan)……..…...( )

İştahım çok azaldı (2 puan)…….....( )

Artık hiç iştahım yok (3 puan)…….....( )

19) Son zamanlarda kilo vermedim (0 puan)……...( )

İki kilodan fazla kilo verdim (1 puan)…….....( )

Dört kilodan fazla kilo verdim (2 puan)…….....( )

Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum (3 puan)…….( )

20) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor (0 puan)…….....( )

Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor (1 puan)……..…....(
)

Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor (2 puan)…….....( )

Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum (3 puan)……..(
)

21) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim..(0 puan)……...( )

Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim (1 puan)……...( )

Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim (2 puan)……....( )

Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim (3 puan)…….....( )

8.7.Algılanan Stres Ölçeği (EK-7)

	HİÇ	NEREDEYSEHİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?	0	1	2	3	4
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?	0	1	2	3	4
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?	0	1	2	3	4
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?	0	1	2	3	4
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?	0	1	2	3	4
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?	0	1	2	3	4
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?	0	1	2	3	4
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelendiniz?	0	1	2	3	4
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?	0	1	2	3	4
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?	0	1	2	3	4
Toplam Algılanan Stres Ölçeği Puanı					

8.8.Bakım Veren Yükü Envanteri (EK-8)

Bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Ailede bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakım verdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor. 0 Puan: Hiç Tanımlamıyor 1 Puan: Az Tanımlıyor 2 Puan: Orta Derecede Tanımlıyor 3 Puan: Oldukça Tanımlıyor 4 Puan: Çok Tanımlıyor	**Hiç**	**Az Tanımlıyor**	**Orta Derecede Tanımlıyor**	**Oldukça**	**Çok Tanımlıyor**
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımıma ihtiyaç duyuyor.					
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.					
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım					
4. Bakım verdiğim kişi birçok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımıma ihtiyaç duyuyor.					
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok					
Puan					
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum					
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.					
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi					
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum					
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum					
Puan					
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.					
12. Sağlığım olumsuz etkilendi					
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.					

14. Fiziksel olarak yorgunum.					
Puan					
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.					
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor					
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum					
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum					
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.					
Puan					
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.					
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum					
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum					
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum					
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum					
Puan					
TOPLAM PUAN					

8.9. Charlson Komorbitide Envanteri (EK-9)

Komorbitiditeler	**Puan**
Miyokard Enfarktüsü	1
Konjestif Kalp Yetmezliği	1
Periferalvasküler hastalık	1
Serebrovasküler Hastalık (hemipleji yok) TİA/CVA sekelsiz-küçük sekel	1
Demans	1
KOAH	1
Yapısal Bağ Doku Hastalığı	1
Ülser	1
Hafif Karaciğer Hastalığı (kr hepatit, PHT olmadan siroz)	1
Diyabet (end organ hasarsız)	1
Diyabet (end organ hasarlı-retinopati-nefropatinöropati)	2
Hemipleji	2
Orta-Ciddi Renal Hastalık (kreatin>3 mg/dL, diyaliz, transplantasyon)	2
İkinci Solid Malignensi (metastaz yok)	2
Lösemi; KML, KLL, AML, ALL, PV	2
Lenfoma; MM, NHL, HL	2
Orta Ciddi Karaciğer Hastalığı (siroz+PHT+/- varis kanaması)	3
İkinci Solid Malignite (metastaz var)	6
AIDS	6
Yaş, 40 yaşından sonra her dekad için 1 puan	TOPLAM PUAN:

8.10.Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-10)

1.Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız? **YATIŞ SAATİ _____**

2.Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika)aldı ?**_____DAK**

3.Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ? **KALKIŞ SAATİ_____**

4.Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) **BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ_____SAAT**

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5.Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla **___**

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(c) Banyo yapmak/tuvalete gitmek üzere kalkmak zorunda kaldınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(h) Kötü rüyalar gördünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(i) Ağrı duydunuz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(j) Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

6.Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi _____

Oldukça iyi _____

Oldukça kötü _____

Çok kötü ____

7.Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

8.Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

9.Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı ____

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ____

Bir dereceye kadar problem oluşturdu ____

Çok büyük bir problem oluşturdu ____

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ____

Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var ____

Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil ____

Partner aynı yatakta ____

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağidaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun...

(a)Gürültülü horlama

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya saşkınlık

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz .

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla ___

8.11.T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı (EK-11)

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

E-Imzalıdır

Sayı : 72292585-10.99-E.7809
Konu : Burcu ELMAS Uygulama İzni

28/01/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

13/12/2018 tarih ve 2898 sayılı yazınız.

Entitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Burcu ELMAS'ın "Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" konulu çalışmanın yapılması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Nurettin ÜNAL
Başhekim V.

Ekler :
1- Nöroloji Anabilim Dalı Yazısı (1 Sayfa)
2- Geriatri Bilim Dalı Yazısı (1 Sayfa)

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:
Pakize ÖZGENÇ
Dahili:
E-Posta: pakize.ozgenc@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-Imza Kanununa gore Prof.Dr. Nurettin UNAL tarafından 28.01.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 4D345827XA kodu ile dogrulayabilirsiniz.

8.12. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilimdalı Başkanlığı İzin Yazısı (EK-12)

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

E-Imzalıdır

Sayı : 19794137-00.99-E.90728 31/12/2018
Konu : Burcu Elmas'ın Tez Çalışma İzni.

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26.12.2018 tarih ve 72292585-00.99-89774 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Burcu Elmas'ın "Demans Bireylere Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamalarını Anabilim Dalımız Demans polikliniğinde yapılması 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 1212 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-Imza Kanununa gore Prof. Dr. İbrahim ÖZTURA tarafından 28.01.2019 tarihinde elektronik olarak imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 3D7468A7AA2 kodu ile dogrulayabilirsiniz.

8.13. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Geriatri Anabilimdalı Başkanlığı İzin Yazısı (EK-13)

SDP : 915.03.03 - 03 - İZİN İŞLEMLERİ
Evrak No : 32151665-915.03.03-12695
Evrak Tarihi : 24-01-2019

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

Sayı : 42368431-915.03.03 – 380 24/01/2019
Konu : Uygulama İzni-Burcu ELMAS

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 07 Ocak 2019 tarih ve E.1734 sayılı yazınız.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 13/12/2018 tarih ve 2898 sayılı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Burcu ELMAS'ın "Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" isimli çalışmayı Bilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür. 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 1212 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 gore Prof.Dr. Nurettin UNAL tarafından 28.01.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 4D345827XA kodu ile dogrulayabilirsiniz.

8.14.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-14)

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma demans hastalarına bakım verenlerin uyku kalitelerini ve etmenleri belirlenmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek veriler gizli tutularak yalnızca araştırmacı tarafından istatistik amacıyla kullanılacaktır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için de size bir ödeme yapılmayacaktır. Masraflar size ya da bağlı bulunduğunuz SGK'ya ödetilmeyecektir.

Ben, **"Demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitesi ve etkileyen etmenlerin incelenmesi"** başlıklı çalışmasının kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım ve bana haber verilmeksizin çalışmadan çıkarılabileceğim konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

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

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....Tarih :...../...../.....

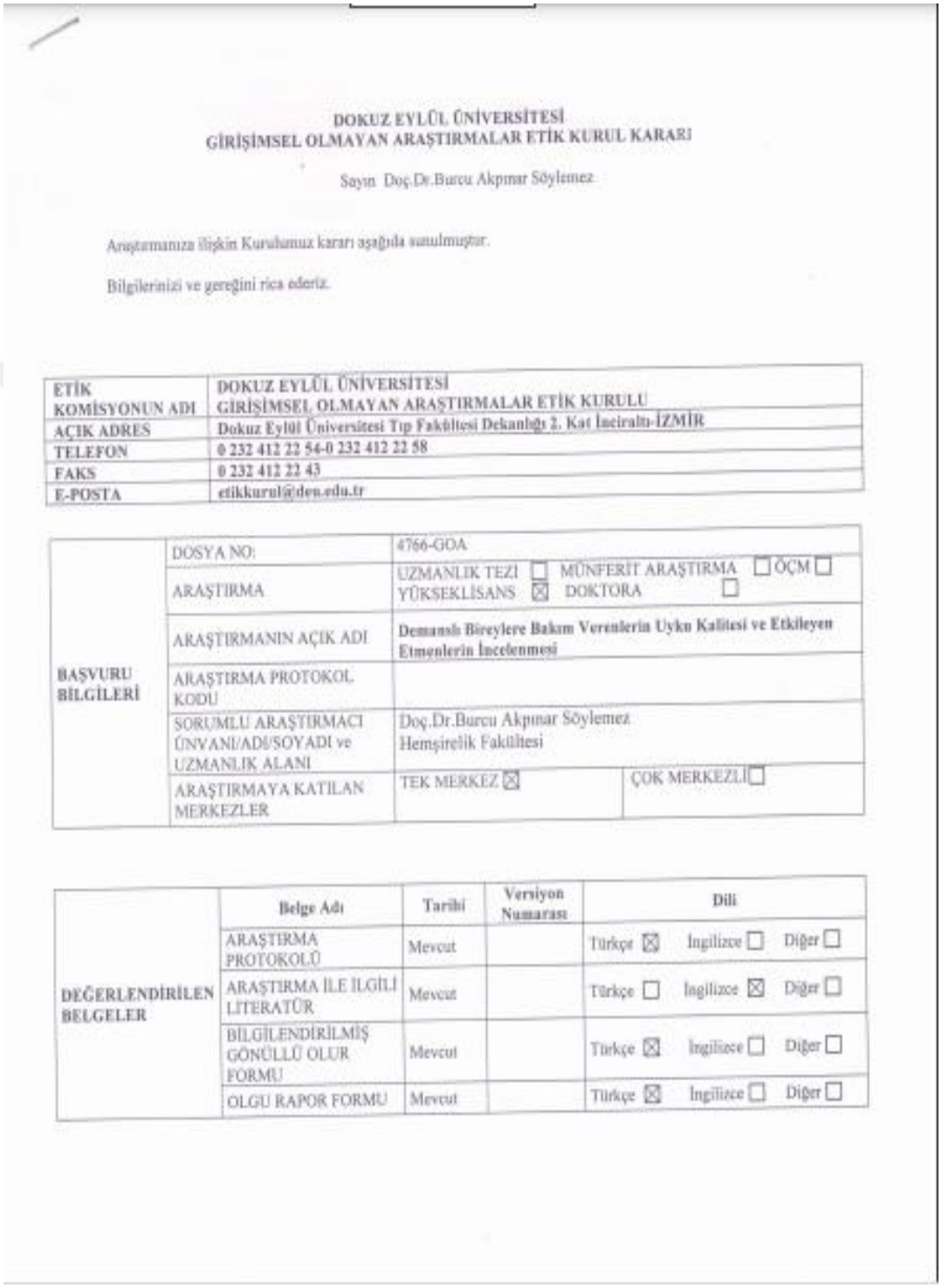
Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....Tarih :...../...../.....

8.15. Etik Kurul Onay Formu (EK-15)



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 ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-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:	4766-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/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 ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/12-17	Tarih:08.05.2019
	Doç.Dr.Burcu Akpınar Söylemez'in sorumlusu olduğu **"Demanslı Bireylere Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi"** 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	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Semnin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
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 ☒	
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 ☒	

8.16. Özgeçmiş (EK-16)

BURCU ELMAS



Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

30 Ocak 2018- şu anda(3 yıl)
Yüksek lisans tez programı, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (YL)(TEZLİ)
Diploma Numarası:
Ağırlık Genel Not Ortalaması: 3.6 / 4.0

1 Eylül 2012- 1 Haziran 2017 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Ana dal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlık Genel Not Ortalaması: 77,13/ 100.0

01 Eylül 2008- 01 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay)
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR ZONGULDAK İLİNDEKİ OKULLAR ATATÜRK LİSESİ, TÜRKİYE
Ağırlık Genel Not Ortalaması: 78.8/ 100.0

Deneyim/İş Yeri Bilgileri

01 Temmuz 2018- şu anda(3 yıl)
Hemşire, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı