



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ALZHEİMER-DEMANS LI YAŞ LIYA BAKIM VEREN
AİLE BİREYLERİNİN YAŞ AM KALİTESİNİN
DEĞ ERLENDİRİLMESİ**

Özlem BOSTANCI

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine ÖZMETE**

2014- ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ALZHEİMER-DEMANS LI YAŞ LIYA BAKIM VEREN
AİLE BİREYLERİNİN YAŞ AM KALİTESİNİN
DEĞ ERLENDİRİLMES İ**

Özlem Bostancı

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

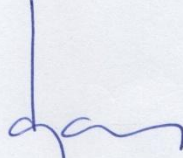
**DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine Özmete**

2014- ANKARA

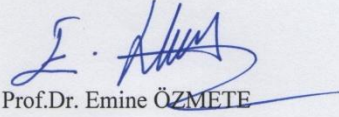
KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı
Çerçevesinde Yürütülmüş Olan Bu Çalışma, Aşağıdaki Jüri Tarafından
Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.

Yüksek Lisans Tezi Savunma Tarihi : 27.06.2014



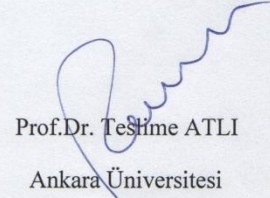
Prof.Dr. Veli DUYAN
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı



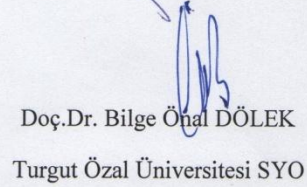
Prof.Dr. Emine ÖZMETE
Ankara Üniversitesi



Doç.Dr. Tark TUNCAY
Hacettepe Üniversitesi İİBF



Prof.Dr. Teşime ATLI
Ankara Üniversitesi



Doç.Dr. Bilge Önal DÖLEK
Turgut Özal Üniversitesi SYO

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
İçindekiler	ii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Kavramsal Çerçeve	10
1.1.1. Demans Tanımı	11
1.1.2. Demans Tipleri	11
1.1.3. Tanımlar	13
1.1.4. Alzheimer Hastalığı Tarihçe ve Tanımı	13
1.1.5. Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi	14
1.1.6. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri	16
1.1.7. Alzheimer Hastalığı Nöropatolojisi	20
1.1.8. Alzheimer Hastalığının Klinik Özellikleri	21
1.1.9. Alzheimer Hastalığı Klinik Evreleri	23
1.1.10. Alzheimer Hastalığı Tanı Kriterleri	24
1.1.11. Alzheimer Hastalığı Tedavi Yöntemleri	26
1.1.12. Alzheimer Hastalığında Kullanılan Nöropsikolojik Değerlendirme	27
1.1.13. Nöropsikolojik Değerlendirme Kapsamında Bilişsel İşlevlerde Kullanılan Testler	28
1.2. Alzheimer Tipi Demans Hastalığının Yaşlıya Etkileri	29
1.3. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Evde Bakım	31
1.4. Yaşam Kalitesi Tanımı	36
1.5. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Yaşam Kalitesi	37
1.6. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	39
1.7. Tıbbi Sosyal Hizmet	43
1.8. Geriatrik Sosyal Hizmet	47
1.9. Geriatrik Sosyal Hizmet ve Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireyleri	50

1.10.	Kaynak Özetleri	54
1.11.	Araştırmanın Amacı	59
1.12.	Araştırmanın Sınırlılıkları	60
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	61
2.1.	Araştırma Evreninin Saptanması ve Örnek Seçimi	61
2.2.	Veri Toplama Yöntem ve Araçları	61
2.2.1.	Anket Formunun Hazırlanması	61
2.2.1.1.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Anket Formu	62
2.2.1.2.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireyi Anket Formu	63
2.2.2.	Anket Formunun Uygulanması	64
2.2.3.	Anket Formuna Geçerlilik ve Güvenirlilik Testinin Uygulanması	65
2.3.	Verilerin Değerlendirilmesi	69
3.	BULGULAR	70
3.1.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Birey	70
3.1.1.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Bireyi Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	70
3.1.2.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Bireyin Hastalığına ve Bakımına İlişkin Bilgiler	73
3.1.3.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Bireyin Günlük Yaşamda Karşılaştığı Problemlerin Sıklığının Değerlendirilmesi	75
3.2.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireyi	77
3.2.1.	Bakım Veren Aile Bireyini Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	77
3.2.2.	Bakım Veren Aile Bireyinin Eşini Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	80
3.2.3.	Bakım Veren Aile Bireyinin Karşılaştığı Güçlükler ile Yardım ve Destek İhtiyacı	82
3.2.3.1.	Bakım Sürecinde En Çok Karşılaşılan Güçlükler	82
3.2.3.2.	Bakım Sürecinde En Çok Yardım ve Desteğe İhtiyaç Duyulan Konular	82
3.2.3.3.	Bakım Sürecinde Aileden Beklentiler	83
3.2.3.4.	Bakım Sürecinde Kurumlardan ve Devletten Beklentiler	83

3.2.4.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesi	84
3.2.4.1.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Sağlık Durumu Açısından Yaşam Kalitesi	85
3.2.4.2.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Psikolojik Durumu Açısından Yaşam Kalitesi	86
3.2.4.3.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Sosyal Durumu Açısından Yaşam Kalitesi	88
3.2.5.	Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi	90
3.2.5.1.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Yaşı ile İlişkisi	90
3.2.5.2.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Öğrenim Düzeyi ile İlişkisi	91
3.2.5.3.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Mesleği ile İlişkisi	91
3.2.5.4.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Ailesindeki Birey Sayısı ile İlişkisi	92
3.2.5.5.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Çocuk Sayısı ile İlişkisi	93
3.2.5.6.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Alzheimer Tanısı Alma Süresi ile İlişkisi	94
3.2.5.7.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Hastalık Evresi ile İlişkisi	94
3.2.5.8.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Hastalık Bilgi Düzeyi ile İlişkisi	95
3.2.5.9.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Düzenli İlaç Kullanma Durumu ile İlişkisi	96
3.2.5.10.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Yaşlının Bakılma Yeri ile İlişkisi	96
3.2.5.11.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Vereninin Cinsiyeti ile İlişkisi	97
3.2.5.12.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Vereninin Yaşı ile İlişkisi	97
3.2.5.13.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Vereninin Öğrenim Düzeyi ile İlişkisi	98
3.2.5.14.	Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Vereninin Mesleği ile İlişkisi	99

3.2.5.15. Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Verenin Medeni Durumu ile İlişkisi	99
3.2.5.16. Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Verenin Ailesindeki Birey Sayısı ile İlişkisi	100
3.2.5.17. Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Bakım Verenin Ekonomik Durumu ile İlişkisi	101
4. TARTIŞMA	102
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	112
ÖZET	116
SUMMARY	118
KAYNAKLAR	119
EKLER	125
EK-1	125
EK-2	129
EK-3	138
EK-4	142
EK-5	143
EK-6	144
ÖZGEÇMİŞ	145

ÖNSÖZ

Bu çalışma Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışma sonucunda elde edilen istatistiksel verileri ve araştırma sonuçlarını göstermektedir.

Tez çalışmam sürecinde bana her konuda bilgi ve tecrübesi ile destek olan sabır ve anlayış gösteren saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Emine Özmete'ye yaptığı katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim sürecinde mesleki bilgi ve donanımlarından faydalandığım ve her zaman ilgili yaklaşımlarından dolayı diğer saygıdeğer hocalarıma çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamda istatistiksel veri analizinin yapılmasında katkılarından dolayı değerli Doç. Dr. Nuri Doğan'a çok teşekkür ederim.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi değerli çalışanlarına yardımlarından dolayı çok teşekkür ederim.

Eğitim sürecimin her alanında benden desteğini esirgemeyen aileme ve tez çalışmamda bana yardımlarından dolayı kardeşime çok teşekkür ederim.

SİMGELER ve KISALTMALAR

AH	Alzheimer Hastalığı
CSWE	Council on Social Work Education
GYA	Günlük Yaşam Aktivitesi
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
IGSW	Institute for Geriatric Social Work
NASW	National Association of Social Workers
NIH	National Institutes of Health
NHS	National Health Service
NYAM	New York Academy of Medicine
NICE	The National Institute for Health and Clinical Excellence
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YK	Yaşam kalitesi
WHO	World Health Organization
NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke– Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association
ICD -10	Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması
DSM-IV	Mental Bozuklukları Tanısal ve sayımsal Sınıflandırılması 4

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Alzheimer tipi demanslı yaşlı anket formu	63
Çizelge 2.2. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi anket formu	64
Çizelge 2.3. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği	68
Çizelge 3.1. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyi tanıtıcı sosyodemografik bilgiler	72
Çizelge 3.2. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin hastalığına ve bakımına ilişkin bilgiler	74
Çizelge 3.3. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığı	76
Çizelge 3.4. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler	78
Çizelge 3.5. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin hastaya yakınlığı ve destek ihtiyacı	80
Çizelge 3.6. Bakım veren bireyin eşini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler	81
Çizelge 3.7. Bakım sürecinde en çok karşılaşılan güçlükler	82
Çizelge 3.8. Bakım sürecinde en çok yardım ve desteğe ihtiyaç duyulan konular	83
Çizelge 3.9. Bakım sürecinde aileden beklentiler	83
Çizelge 3.10. Bakım sürecinde kurumlardan ve devletten beklentiler	84
Çizelge 3.11. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi	85
Çizelge 3.12. Bakım veren aile bireylerinin sağlık durumu açısından yaşam kalitesi	86
Çizelge 3.13. Bakım veren aile bireylerinin psikolojik durumu açısından yaşam kalitesi	87
Çizelge 3.14. Bakım veren aile bireylerinin sosyal durumu açısından yaşam kalitesi	88
Çizelge 3.15. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının yaşına göre varyans analizi sonuçları	90
Çizelge 3.16. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının öğrenim düzeyine göre varyans analizi sonuçları	91
Çizelge 3.17. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının mesleğine göre varyans analizi sonuçları	92
Çizelge 3.18. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının ailesindeki birey sayısına göre t-testi sonuçları	93
Çizelge 3.19. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının çocuk sayısına göre varyans analizi sonuçları	93
Çizelge 3.20. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının Alzheimer	

tanısı alma süresine göre varyans analizi sonuçları	94
Çizelge 3.21. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının hastalık evresine göre varyans analizi sonuçları	95
Çizelge 3.22. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının hastalık bilgi düzeyine göre varyans analizi sonuçları	95
Çizelge 3.23. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının düzenli ilaç kullanma durumuna göre t-testi sonuçları	96
Çizelge 3.24. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının bakılma yerine göre t-testi sonuçları	96
Çizelge 3.25. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin cinsiyetine göre t-testi sonuçları	97
Çizelge 3.26. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin yaşına göre varyans analizi sonuçları	98
Çizelge 3.27. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin öğrenim düzeyine göre varyans analizi sonuçları	98
Çizelge 3.28. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin meslek gruplarına göre varyans analizi sonuçları	99
Çizelge 3.29. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin medeni durumuna göre varyans analizi sonuçları	100
Çizelge 3.30. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin ailesindeki birey sayısına göre varyans analizi sonuçları	101
Çizelge 3.31. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin ekonomik durumuna göre varyans analizi sonuçları	101

1. GİRİŞ

Son yıllarda yapılan nüfus istatistik araştırmaları doğumdan beklenen yaşam süresinin uzadığını göstermektedir. Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Bununla birlikte yaşlılık ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklarla daha çok karşılaşılacaktır. Özellikle 65 yaş ve üzerinde 10 kişiden birinde görülen Alzheimer tipi demans hastalığının yaygınlığının daha da artacağı söylenmektedir. Bu durum her bireyin Alzheimer tipi demans hastalığı olan yaşlı yakını olma ihtimalini yükseltmektedir. Alzheimer tipi demans yaşlının bilişsel, fiziksel ve duygusal kayıplar yaşaması ile birlikte sık sık ailenin hastanın bakımını üstlenmesine neden olan bir hastalıktır. Bu bakımdan Alzheimer hastalığı bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sonuçlara neden olmaktadır. Aynı zamanda kronik ve ilerleyici olması nedeniyle aile bireylerine daha çok sorumluluk yüklemektedir. Bu nedenle bakım verenlerin bakım verirken sağlık, dinlenme ve eğlenmek için kendilerine çok kısa zaman ayırdıkları ve bunun sonucunda daha çok sosyal izalasyon, depresyon, ağır stres ve tükenmişlik yaşadıkları yapılan araştırmalarla saptanmıştır. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün diğer kronik hastalığı olan yaşlıya bakım verenlere göre daha ağır olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştığı fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik durumların olumsuz yönde etkilenmesi nedeniyle kronik hastalıklara yakalanma olasılıkları da artmaktadır.

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım verme zamanla tamamen bağımlı ve sürekli yardıma ihtiyaç duyarak yaşamlarını sürdürebilir hale gelmeleri nedeniyle bakım veren aile bireyinin yaşamının her alanını etkileyen ve yaşamını değiştiren bir süreçtir. Bu süreçte bakım verenlerde ruhsal sorunlar ve baş etme güçlükleri ortaya çıkabilmekte ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmelerine neden olmaktadır.

Sosyal hizmet mesleği farklı nüfus grupları ve çeşitli yaş aralıkları ile çalışmaktadır. Demografik değişimler sonucunda tıbbi sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylere ve ailelerine kaliteli yaşam becerileri kullanmaları ve onlara hastalıkla ortaya çıkan değişimlerde yardım etme ve giderek zorlaşan sağlık durumu, mental sağlık ile ilgili konularda beceriler geliştirmelerine yardım etmektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları bireylerin fiziksel, duygusal, manevi ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik hasta ve ailelerine kapsamlı kuramsal bilgi temelinde yaklaşımlar geliştiren hizmetler sunarlar. Tıbbi sosyal hizmetin alt dalı olan

geriatrik sosyal hizmet yaşı bireylerin psiko-sosyal ihtiyaçları, ihtiyacı olan sađlık bakımının sađlanması ve bakım verenlerin bakım verme becerilerinin geliřtirilmesi, yaşı sađlıđının řaşırtıcı seyrinin dűzeltilmesi ve akut ve uzun sűren bakım almada hizmetlere ulařım sađlanmasına yardım ederler. Aynı zamanda yaşı bakımına iliřkin zorlu sűrecin her noktasında çűzűm űnerileri sunma ve yűnetim planı oluřturmaları için destek olma ve bakım verme konusunda eđitimlerin verilmesi gűrevlerini űstlenmektedir.

Alzheimer'lı hastaların hem yaşı olmaları hem de bilişsel kayıpların olması nedeniyle evde bakım alan hasta hakkında daha çok bakım veren aile bireyinden bilgi alınmaktadır. Evde bakım konusu bu hastalar için űnemlidir. Alzheimer'lı yaşlının yaşadığı evin yaşlının yaşayabileceği şekilde dűzenlenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda yemek yeme, banyo yapma, kıyafet değiştirme, ilaçların dűzenli kullanımını ve doktor kontrollerinin yapılması gibi gereksinimlerin karşılanması ile birlikte bakım verenin evi temizleme, çamaşır yıkama, gűrevlerine ek olarak ekonomik harcamalarla da ilgilenmelidir. Yaşlının sosyal aktivitelere katılma gibi ekonomik ve sosyal gereksinimleri de karşılanmalıdır. Bu noktada bakım verenlerin evde bakım konusunda geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer sağlık profesyonellerinin vereceği eğitim, destek ve danışmanlık hizmetine ihtiyacı vardır.

Yapılan istatistik arařtırmalar bakım verenlerin çođunluđunu kadınların oluřturduđunu gűstermektedir. Kadınların bakım verme rolű nedeniyle yařamında çocuk yetiřtirme, kariyerini yűnetme, bireylerarası iliřkiler gibi birçok konuda sorunlarla karřılařmalarına neden olmaktadır. űzellikle çalıřan kadınların çalıřma yařamlarını da olumsuz yűnde etkilemektedir.

Batı űlkeleri gelecek yıllarda tűm űlkelerde sayısının artması muhtemel bir hastalıđın yaratacađı etkilere çűzűm planları ve stratejiler geliřtirilmesi űzerinde çalıřmaktadır. Bu nedenle űlke stratejisi olarak Alzheimer tipi demans hastalıđına karřı farkındalıđın artırılması, temel bakım servislerin geliřtirilmesi, geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının gűrevlendirilmesi ve sayılarının artırılması için çalıřılmalıdır.

Dűnya nűfus gűstergeleri demografik bir deđiřimin dűnűm noktasında bulunduđumuzu açıklamaktadır. Yakın gelecekte yaşı nűfus sayısının çocuk nűfus sayısını ařacađı beklenmektedir. Dűnya'da 2010 yılında 65 ve űzeri yařtaki bireylerin sayısı 524 milyon tahmin edilmiřtir. 2050 yılında ise bu sayının 1,5 milyar olacađı űngűrűlmektedir. Bu sayının

dünya nüfusunun %16'sını kapsayacağı düşünülmektedir. Fakat yaşlı nüfusunun hızla arttığı ülkeler daha az gelişen ülkelerde olacaktır. Yaşlı nüfus 2010-2050 yılları arasında gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında gelişmemiş ülkelerde %250'den daha fazla artacaktır. Gelişmiş ülkeler de ise bu oran %71 olacaktır (WHO, 2011). Gerçekte gelişmiş ülkelerde nüfus daha önce yaşlandığı için yaşlanma hızı sonraki yıllarda düşecektir. Böylece dünya ülkeleri nüfuslarının yaşlanmasına tanıklık edecektir.

2010-2015 dönemi tahminlerine göre dünyada doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 69 yıldır. Doğumda beklenen yaşam süresinin en yüksek olduğu ülkeler arasında Japonya 83,7, Avustralya 82,1, İtalya 82 ve İsveç 81,7 bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin en düşük olduğu ülkeler arasında ise Mozambik 51, Afganistan 49,3 ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti 48,9 bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi 74,6 yıl olan (2013) Türkiye, 186 ülke arasında 75. Sırada yer almaktadır. 2045-2050 dönemi tahminlerine göre dünyada doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin 76 yıl olması beklenmektedir. Bu dönemde, doğumda beklenen yaşam süresinin en yüksek olacağı varsayılan ülkeler arasında Japonya 87,4 yıl, İsviçre ve Avustralya 86 yıl gelmektedir. Bu dönemde doğumda beklenen yaşam süresinin en düşük olacağı tahmin edilen ülkeler arasında ise Çad 63,2, Afganistan 62,8 ve Lesoto 58 yer almaktadır. Yine 2045-2050 yıllarında doğumda beklenen yaşam süresi 78,5 yıl olarak tahmin edilen Türkiye'nin, 186 ülke arasında 99. sırada yer alması beklenmektedir. Ülkemizde cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süresi de değişiklik göstermektedir. Kadın için 2013'de 79,2 iken; 2023'de 80,2, erkek için ise 2013'de 74,7 iken; 2023'de 75,8 olacağı tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2013).

Birleşmiş Milletler'in 2012 yılı nüfus göstergelerine göre dünya nüfusu yaklaşık 7 milyar 52 milyon kişidir. 2012 yılında Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 1,1'ini oluşturan Türkiye, nüfus bakımından dünyanın en büyük 18. ülkesidir. 2050 yılında Dünya nüfusu 9 milyar 306 milyon kişi olurken, temel nüfus gösterge senaryosuna göre nüfus büyüklüğü açısından Türkiye 20. sıraya gerileyecektir. 2075 yılına gelindiğinde Dünya nüfusu 9 milyar 905 milyon kişiye yükselecek, Türkiye'nin sıralamadaki yeri ise 24 olarak değişecektir. 2012 yılında yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon kişi, bunların toplam nüfusa oranı %7,5'tir. 2023 yılına gelindiğinde bu nüfus 8,6 milyon kişiye, oranı ise %10,2'ye; 2050'de ise %20,8'e yükselecektir (TÜİK, 2013).

Dünya’da Türkiye’de yaşlı nüfusun hızla arttığı ve gelecekte daha da artacağı düşünüldüğünde yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin konuların yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle bilindiği gibi yaşlanmayla birlikte bilişsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal aktivitelerde gerilemeler olmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte toplumun kronik ve ilerleyici hastalıklarla daha fazla karşılaşılmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfus grubunun en önemli sağlık sorunu olan demans ve Alzheimer hastalığının yaygınlığının artmasını da beraberinde getirmektedir. Bu durum hasta bireyin etkilenmesinin yanında özellikle yaşlıya bakım veren aile bireylerini de aynı şekilde etkilemektedir.

Demans fiziksel olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini kısıtlayan böylece bağımlılık düzeyini ve bakıma ihtiyacı artıran bir hastalıktır. Bu nedenle Alzheimer tipi demans hastası yaşlı bireye bakım veren aile bireyinin de fiziksel ve psikolojik maliyeti artmaktadır. Günümüzde doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte demanslı yaşlı birey sayısı giderek artmaktadır. Bu durum herkesin birgün bu hastalığa sahip olmasını ya da demanslı yaşlı birey yakını olabilmesi riskini de artırmaktadır. Günümüzde Dünya’da yaşayan demanslı yaşlı sayısı 35,6 milyon olarak tahmin edilmektedir. Bu sayı 2030 yılında iki katına; 2050 yılında ise üç katına çıkacaktır. İlerleyen yaşla birlikte hastalığın görülme sıklığı da yükselmektedir. Örneğin 65-69 yaş aralığında hastalığın görülme sıklığı %3 iken; bu oran 85-89 yaşlarında %30’a çıkmaktadır. Dünya yerelinde kadınların doğumda beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha uzun olması nedeniyle Alzheimer tipi demans olma sıklığında daha yüksektir. Örneğin Fransa ve Almanya’da 90 yaş ve üzeri yaşlıların yarısını kadınlar oluştururken; Amerika’nın %40’ı, İspanya’nın ise %30’nu oluşturmaktadır (World Health Organization (WHO), 2012; World Alzheimer Report, 2013).

Amerika’da 2012 yılında 65 yaş ve üzeri Alzheimer’lı yaşlı sayısının 5,2 milyon olduğu belirlenmiştir. Bu sayı her 8 yaşlıdan birinin Alzheimer tipi demans hastası olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca bu sayı Amerika’da toplam yaşlı sayısının %13’nü oluşturmaktadır (American Alzheimer’s Association, 2012). Türkiye’de demans ve Alzheimer hasta sayısının ne kadar olduğuna dair bir verinin olmaması bu konudaki araştırmaların sınırlı olduğunu göstermektedir.

Demansın en yaygın görülen tipi Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı 65 yaş üzerinde on kişiden birinde görülmektedir. Son zamanlarda yapılan değerlendirmelere göre, Alzheimer hastalarının sayısı 20 yılda bir hemen hemen iki katına çıkmaktadır. 2050’ye gelindiğinde,

Alzheimer hastalarının yüzde 43'ü üst seviyede bakıma, yani bakım evinin vereceği hizmete ihtiyaç duyacaktır. Yaygınlık açısından en büyük artış, Alzheimer vakası sayısının 12,65 milyondan 2050'de 62,85 milyona çıkması beklenen Asya'da görülecektir (Türkiye Alzheimer Derneği, 2012).

Demans sözcüğü latince olup, kişinin aklının yitirilmesi anlamına gelmektedir. Sözcük bir sendroma karşılık olarak kullanılmaktadır ve açık bir bilinç düzeyinde başta bellek olmak üzere zihinsel ve sosyal yeteneklerin bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek derecede yıkılması şeklinde tanımlanabilir. Demans; bilinç düzeyinde bir değişme olmaksızın bilişsellikteki azalmadır. Yıkım sürekli ve değişmezdir. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)'nda demans, bilinçte bozulma olmaksızın bellek yıkımını da içeren birçok bilişsel bozukluğun bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Demansta etkilenen bilişsel işlevler genel zekâ, öğrenme ve bellek, dil, problem çözme, yönelim, algı, dikkat, yargılama ve sosyal yeteneklerdir. Bunların yanı sıra kişilik de etkilenmektedir (Altın, 2006).

Alzheimer hastalığı en sık görülen demans nedeni olup, tüm demans vakalarının %50-70'ini oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusunun arttığı toplumlarda demans önemli bir sağlık sorunudur. Alzheimer hastalığının sıklığı 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde %30-47 dir. Sıklık 60 yaşından sonra her beş senede bir-iki katına çıkar. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre DSM-IV Kriterlerine Göre Alzheimer Tipi Demans, birden çok alanda bilişsel kayıp gelişimi, hafıza bozukluğu, planlama, organizasyon, soyutlama gibi yürütücü fonksiyonlarda bozulma, sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma ve daha önceki işlev seviyesine göre anlamlı gerilemeye yol açan bilişsel kayıp, yavaş başlangıçlı ve ilerleyici bilişsel ve fonksiyonel gerileme ile seyreden bir hastalıktır (Selekler, 2010).

Ülkemizde Alzheimer hastalığının epidemiyolojik çalışmaları yetersizdir. Klinik gözlemler, hastaların çoğunun birinci derece yakınları (eşi, çocukları) ile beraber kaldığını ve evde bakıldığını göstermektedir. Kronik bir hastalık olarak Alzheimer hastalığının yıkım süreci 8-10 yıl arası sürer; bu dönemde hastalar yüksek bir bakım seviyesi gerektirir ve bu sıkıntı verici süreçte gözetime ihtiyaç duyarlar. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bu yıkıcı süreç ailesel ilişkiler, arkadaşlıklar, iş yaşantısı, fiziksel ve psikolojik iyilik gibi yaşamlarının her alanını etkiler (Altın, 2006).

Demans yaşlanmanın normal bir süreci değildir. Yaşlıları etkileyen başlıca etkendir. Demans genellikle kronik ve ilerleyici bir sendromdur. Bireyin günlük yaşam performans yeteneğini, davranış, düşünme ve hafıza gücüne etki eden çeşitli beyin hastalıkları yoluyla ortaya çıkan bir hastalıktır (World Health Organization (WHO), 2012). Bu hastalığa sahip bireylerin yaşamlarının ilerleyen zamanlarda olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bireyin günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyması aile bireylerini de yakından ilgilendirmektedir. Bireyin bakımını aile bireyleri üstlenmek durumunda kalmaktadır. Hasta bireyin sağlıklı ve kaliteli uzun bir yaşam yani yaşlılık sürdürülmesi konusu önem kazanmaktadır. Yaşlı bireyin günlük yaşam aktivite ve performansında gerilemelerden en az şekilde etkilenmesine yardımcı olmak gerekmektedir. Bununla birlikte bakım veren bireyin sağlığı ve yaşam kalitesi de en az hasta birey kadar değerlidir.

Alzheimer tipi demanslı hastaya bakım veren bireylerin hastaya yoğun bir zaman ayırmaları gerekmektedir. Uzun yıllar devam eden bu bakım sürecinde bakım verenin sağlığı ve yaşam kalitesi önemlidir. Sosyal ve psikolojik araştırmalar bakım verenlerin bakım verme deneyimlerine ve demanslı hastaya bakım verme rollerine odaklanmaktadır. Diğer kronik hastalığı olan yaşlı bireye bakım verenlerle karşılaştırıldığında demanslı hastaya bakım veren bireylerin daha çok sosyal izolasyon yaşadıkları; kronik hastalığa ve depresyona yakalanma risklerinin arttığı görülmektedir. Hastalığın fiziksel, duygusal, sosyal ve finansal etkileri bakım veren bireylerde kronik hastalıklara yakalanma riskini de artırmaktadır. Aynı zamanda demanslı bireyle yaşamak, bakım verenlerde bağışıklık sistemi hastalıkları, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir. Bu nedenle araştırmalarda bakım verenlerin yaşamı kritik şekilde önem kazanmaktadır (Alzheimer Society of Canada, 2009).

Nörolojik rahatsızlığı olan kişilere bakmak bitmek bilmeyen çaba, enerji ve empati gerektirmektedir ve bakım verenlerin günlük yaşamlarını derinden etkilediği kaçınılmaz bir gerçektir. Bakım vermenin fiziksel, sosyal, duygusal ve finansal etkileri de göz ardı edilemez. Bakım verenler iş, aile ve bakım işleriyle boğuştuıkları için fiziksel ve duygusal sağlıkları genellikle ihmal edilmektedir. Duygusal ve fiziksel sağlıkları aynı zamanda bakılan kişinin yaşam kalitesini de etkiler; bakım verenin fiziksel ve duygusal sağlığı kötüye gittikçe, bakım alan kişiyi bir kurumun bakımına bırakma riskini de artırır (Türkiye Alzheimer Derneği, 2012).

Kronik hastalıklar yalnızca hastaların yaşamını değil bakım veren bireyleri de etkilemektedir. Özellikle ileri aşamalarda hastalar tamamen bağımlı ve sürekli yardımla yaşamlarını sürdürebilir hale gelebilirler. Bu nedenle bakım verme geçici olmayan, bakım veren bireyi tüm yaşamı boyunca etkileyecek ve yaşamının akışını değiştirecek bir süreçtir. Yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir. Ruhsal sorunlar, baş etme güçlükleri ortaya çıkabilir. Ayrıca bu durum bakım verme rolünün uygun şekilde yürütülmesini önleyebilir. Yani bakım verenin yaşam kalitesi hastanın çeşitli alanlardaki iyilik halini yaşam kalitesini de etkileyecektir (Özer, 2010).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Yaşam kalitesi ölçeği psikolojik sağlık, genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet, genel sağlık ve yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sosyal alan ve çevre alanı konularında bilgi verir (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi insanın kendi yaşamını birey olarak algısı, kültürel geçmişi, bulunduğu yaşamı, değer ve amaçları, hedefleri ve standartları oluşturur. Yapısı itibari ile karmaşık olan yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik durumu algılama, bireyin özerkliği, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevre ile ilişkisi olarak bir bütün şeklinde ele alınmalıdır. Alzheimer'lı yaşlı bireye bakım verenler hastalığın ağır bakım yükü nedeniyle çoğu zaman tek bir kişi olmayabilir. Alzheimer hastalığı ve ilgili sendromlar bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ağır sosyal sonuçlara neden olmaktadır. Demansta otonomi ve hafıza kaybı psikolojik semptomlara ve davranışsal sorunlara ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Demans insanın maddesel ve duygusal kayıp yaşamasının yanında sık sık ailenin bakım yükü üstlenmesine neden olan formal yardım gerektiren bir hastalıktır. Çoğu hastalarda aile bireyleri ana destek kaynağıdır. Bu nedenle bilişsel zayıflamanın olması aile bireylerine daha çok sorumluluk yüklemektedir. Bakım verenler bakım verirken, genellikle sağlık, dinlenme ve eğlenmek için kendilerine çok kısa zaman ayırmaktadırlar. Bu nedenle sağlık problemlerine ve özellikle depresyona maruz kalmaktadırlar (Thomas ve ark., 2005).

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya sahip aile bireyleri kendi istekleri dışında böyle bir durumla karşılaşmaktadırlar ve çeşitli nedenlerle bakım vermekteler. Hastanın ailesi bazen aşırı sevgi, manevi değerlere saygı, görev duygusu, sosyal baskılar ya da suçluluk duygusu gibi

nedenlerle bakımı üstlenmektedirler. Hasta bireyle yaşanan beraberlik deneyimlerini, karşılıklı bağ, ruhsal ve kişisel gelişim, artan inanç ve başarılar, hakimiyet duyguları, kültürel gerekçeler, geleneksel değerler ve duygu paylaşımları gibi faktörler etkilemektedir. Hastaya bakım veren bireylerin sosyal ve kültürel rolleri yerine getirme çabası psikolojik sıkıntı yaşamaları, sosyal katılımın ve yaşamdan duyulan memnuniyetin azalma olasılığını yükseltmektedir. Aynı zamanda birey bakım verme rolü nedeniyle yaşamında çocuk yetiştirme, kariyerini yönetme, bireylerarası ilişkiler gibi birçok konuda engellerle karşılaşmaktadır. Eş zamanlı ortaya çıkan bu sorumluluk ya da roller bakım veren bireyin stres, depresyon ve diğer sağlık sorunları ile karşılaşma olasılığını artırmaktadır. Bunların yanında gerginlik, fiziksel sağlığın bozulması, sosyal izolasyon, duygusal, ekonomik ve ruhsal sorunlar gibi etkileri de söz konusu olmaktadır. Bakım verme rolü bireyin yaşamını tüm yönleri ile etkilemekte ve bireyin diğer rolleri üzerine olumsuz etkiler oluşturmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009).

Demans çoğunlukla insanların hatırlama, iletişim kurma, ruhsal ve kişilik yapısını etkileyen bir hastalıktır. Demans tıbbi bir hastalık olduğu halde son yıllarda demansın insan üzerindeki psikososyal etkilerine daha çok dikkat çekilmektedir. Gelecek yıllarda tüm ülkelerde sayısının artması muhtemel bir hastalığın yaratacağı etkilere çözüm planları ve stratejiler geliştirilmesi üzerinde çalışılmaktadır. 2011 ve 2016 yılları için geliştirilen ve uygulanacak demans stratejisi Alzheimer ve demans hastalığına karşı farkındalığın artırılması, erken teşhis ve tedavi sağlanması ve temel bakım servislerinin geliştirilmesi ve sayılarının artırılması olarak belirlenmiştir. Bu yeni strateji demanslı yaşlı bireylerin potansiyel değişimlerine ilişkin yeniliklerin getirilmesi amaçlanmaktadır. Strateji bu hastalığa sahip yaşlının aile bireylerinin rollerinde ki önemli değişim ve kararlar için planlar sunmaktadır. Toplum tarafından desteklenmelerinin sağlanması gerekliliği ortaya konulmaktadır. Demanslı bireylerin yaşayabileceği utanma, etiketlenme gibi gelişebilecek durumlara ilişkin planlar sunulmalıdır. Onların otonomilerini güçlendirecek ve iyi olmalarını sağlayacak planlar geliştirilmelidir. Demanslı bireylerin tanımlanması ve karmaşık ihtiyaçlarının karşılanması için demanslı hastanın bakım becerileri geliştirilmeli ve eğitimleri sağlanmalıdır. Bu nedenle demanslı hasta ve aile bireylerine yönelik gelecek için pratik makro ve mikro politikalar geliştirilmeli ve rehberlik edilmelidir. Bakım servisleri geliştirilmeli; bölgesel ve ulusal düzeyde demanslı hasta bakımı için en iyi çözüm önerileri sunulmalıdır. Demanslı yaşlı bireyler toplumda sorumlukları, hakları ile bir bütündür. Toplumda ve evinde bu şekliyle kabul görerek yaşamaları gerekir. Bilişsel yeteneğinde bozulmalar olması onun eşsiz ve değerli bir birey

olduğunun önüne geçemez. Demanslı yaşlı bireyin kaliteli ve iyi bir yaşam için bakım ihtiyaçları sağlanmalı ve bireyin tanımlanan rolüne saygı duyulmalıdır. Çevresel bakım ihtiyaçları merkezi ve bölgesel çevre araştırmaları ile olanaklar kullanılarak kurum bakım ve evde bakım için servis seçeneği fırsatı sağlanabilir (Cahill, O'shea ve Pierce, 2012).

Yaşlı bireylerin psiko-sosyal ihtiyaçları, çeşitli sağlık bakımının sağlanması ve bakım verenlerin becerilerinin geliştirilmesi bakım verme sürecini giderek daha karmaşık bir hale dönüştürmüştür. Sosyal hizmet uzmanları diğer önemli fonksiyonları arasında demanslı yaşlılara ve ailelerine akut ve uzun vadeli bakım almada sosyal hizmetlerden faydalanılması ve yaşlı sağlığının şaşırtıcı seyrinin düzenlenmesi için yardım noktasında geniş bir yelpazede seçim yapabilmelerine ve erişim sağlayabilmeleri noktasında eşsiz yardım sağlar. Bu nedenle geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artması önemlidir. Çünkü yaşlılara optimal bakım sağlamada engellerin kaldırılmasında sosyal hizmet uzmanları önemli rol üstlenmektedirler (Institute for Geriatric Social Work (IGSW) ve New York Academy of Medicine (NYAM), 2005).

Sosyal hizmet uzmanları bireyler ve ailelerin en iyi sağlık desteği alabilmeleri için organizasyonlar oluştururlar. Sosyal hizmet uzmanları farklı nüfus grupları ve çeşitli yaş aralıkları ile çalışır. Sosyal hizmet pratikte vaka koordinasyon hizmetleri, vaka yönetimi için klinik tavsiyeler düzenler ve yönetim programları geliştirirler. Süpervizörlük, danışmanlık ve eğitim sağlarlar. Yaratıcı ve uygulanabilir politikalar üretirler. Toplumu geliştirecek planlar oluştururlar ve araştırma yaparlar. Aynı zamanda sağlık problemi olanlar, ekonomik ve psiko-sosyal ihtiyacı olan insanlarla sağlık eşitsizliği ve ayrımcılığına maruz kalanlar ve fiziksel ve psikolojik bozukluğu olan insanlarla çalışırlar (NASW, 2011). Demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerine hasta bakımına ilişkin zorlu sürecin her noktasında çözüm önerileri sunma ve yönetim planı oluşturmaları için destek olma görevini de üstlenmektedirler. Sosyal izolasyon yaşama ve dışlanma gibi engellerin kaldırılmasında da destekleyici rol üstlenmektedirler.

Sosyal hizmet mesleğinin bir dalı olan tıbbi sosyal hizmet de aynı şekilde bireylere yaşam kalitesi sunulmasında tıbbi ekibin bir üyesi olarak çalışır. Sağlık problemine bağlı gelişen fiziksel, psiko-sosyal, duygusal faktörleri ve sosyal konuları anlamada, bireyin bakımının planlanmasında, klinik düzenlemelerde etkili rol üstlenirler. Seyir notları olarak, aile üyeleri ile çalışarak, servis içinde ya da dışında kaynak desteği sağlayarak, program geliştirme takibini yaparak hem hastaya hem de ailesine destek olurlar. National Association of Social

Workers (NASW)'a (Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği- ABD) göre sosyal hizmet uzmanları hasta ve aile bireylerinin hastalığın sonucunda gelişen psikolojik, davranışsal ve sosyal durumların yönetiminde, biyomedikal sağlık bakımından optimal düzeyde yarar sağlamada seçkin profesyonel yardım sağlarlar (NASW, 2011).

Sonuç olarak demografik değişimler sosyal hizmet uzmanlarına yaşlı bireylere ve ailelerine kaliteli yaşam sunma, becerileri kullanma ve onlara hastalığın seyrinde yaşanan değişimlerde yardım etme ve giderek artan karmaşık sağlık durumu, mental sağlık ile ilgili konularda beceriler geliştirmelerinde yardım ederler. Sosyal hizmet uzmanları bireylerin fiziksel, duygusal, manevi ve sosyal ihtiyaçları ve bu bakış açısı ile hasta ve ailelerine kapsamlı yaklaşımlar geliştiren hizmetler sağlarlar (Council on Social Work Education (CSWE), 2001).

Yukarıda ki tüm verilerin ışığında Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin hastalığın seyri itibari ile kendi bakımını karşılama yeteneğinde ve karar verme yetisinde azalma ile zamanla ağır bir tablo izlediği anlaşılmaktadır. Bu hastalara bakım veren aile bireylerinin gücünü aşan durumlarda destek olabilecek bir kuruma ihtiyacı olacaktır. Ülkemizde bakım veren aile bireylerine bu konuda yardım ve bilgi alabileceği bir kurum henüz bulunmamaktadır. Bu durum yaşlanmakta olan ülkemiz için bir gereksinim olacağı gerçeği ile karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Bu bireylerin hasta olarak tedavi edilmesinin dışında hasta bireyin bakımını üstlenmesi bakım veren aile bireylerini tüketmektedir. Bu noktada tam zamanlı ya da kısmi zamanlı bir bakım kurumunun olması bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini de önemli ölçüde destekleyecektir.

Bundan sonraki bölümde araştırmanın uygulamasına ve sonuçlarının yorumlanmasına temel olacak kuramsal çalışmaya yer verilecektir.

1.1. Kavramsal Çerçeve

Bu bölümde demans hastalığının tanımı, demansın tipleri ile araştırmanın konusunu oluşturan demansın alt tipi olan Alzheimer hastalığı hakkında tıbbi çerçevede detaylı bilgi verilerek, hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda yaşlıya etkileri ele alınacaktır.

1.1.1. Demans Tanımı

Demans kronik ilerleyici dil, düşünce düzeyinde (Qizilbash, 2002) ve günlük yaşam aktivitelerinin ciddi düzeyde bozulmasına neden olacak kadar hafıza kaybının olduğu ve entelektüel fonksiyonların kaybının olduğu klinik bir sendromdur. Demans yaşlı nüfusta geri dönüşümlü demans ve geri dönüşümsüz demans şeklinde iki gruba ayrılır (Kane ve ark., 2009). 40 ülkeden katılan uzmanların görüşmeleri sonucunda Dünya Sağlık Örgütü mental ve davranışsal hastalıklar için teşhis rehberliği ve klinik tanımlama yayınlamıştır. Bu yayının bir bölümünde Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Diseases) ICD 10 (10. kez revize edilmiştir.) uluslararası hastalık sınıflandırma yayınlanmıştır. Bu teşhis rehberliğine göre demansın özeti;

1. Bağımsız yaşamının zorlaşması ya da imkansızlaşması, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yaygın hafızada azalma,
2. Günlük yaşamı organize etme, düşünme ve planlama yetisinde azalma,
3. Ruhsal kontrol, motivasyon ya da sosyal davranışlarda değişimler gibi göstergelerin takibinde azalma ruhsal yeteneklerde bozulma, apati, sosyal davranışların kabalaşması, yeme, giyinme ve başka insanlarla etkileşimde azalmanın görüldüğü bir hastalıktır (Maj ve Sartorius, 2002).

1.1.2. Demans Tipleri

Demans tipleri kısmen ya da tamamen tedavi edilebilir olan geri dönüşümlü demanslar ve tedavi edilmesi mümkün olmayan geri dönüşümsüz demanslar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlar:

A. Geri dönüşümlü demanslar

- a. Neoplasmlar
- b. Metabolik hastalıklar
- c. Travma
- d. Toksinler

- Alkolizm
- Ağır metaller
- Organik zehirlenmeler
- Enfeksiyonlar
- e. Viral enfeksiyonlar (HIV)
- f. Otoimmün hastalıklar
 - Santral sinir sistem vaskülitleri
 - Temporal artritler
 - Yayılmış lupus kızarıklıklar
 - Multipli skleroz
- g. İlaçlar
- h. Beslenme hastalıkları
- i. Psikiyatrik hastalıklar
- j. Depresyon
- k. Diğer hastalıklar (hidrosefali..)

B. Geri dönüşümsüz demanslar

- a. Dejeneratif hastalıklar
 - Alzheimer hastalığı
 - Lewy body ile ilişkilenmiş demans
 - Parkinson hastalığı
 - Pick hastalığı
 - Huntington hastalığı
 - İlerleyici supranükleer palsi
 - Diğerleri
- b. Vasküler hastalıklar
 - Multi-infarct demans
 - Binswanger hastalıkları
 - Serebral embolizm
 - Arteritler
 - Kardiyak arrestin sekonder anoksiya, kardiyak karbonmonoksit zehirlenmesi,
- c. Travmatik demans

- Kranyaserebral incinme

- Pugilistica demans

d. Enfeksiyonlar

- Edinilmiş immün yetersizlik sendromu

- Fırsatçı enfeksiyonlar

- Creutzfeldt-jakob hastalığı

- İlerleyici multifokal lökoensefalopati

- Postensefolopatik demans (Kane ve ark., 2009)

1.1.3. Tanımlar

Alzheimer Hastalığı: Alzheimer hastalığı nörodejenaratif ve ilerleyici nöral atrofi nedeni olması ile birlikte ölümcül bir hastalıktır (Müller ve ark., 2011).

Demans: Demans terimi kişilik değişimi ile birlikte, davranışlarda anormalliklerin başladığı, entelektüel düzeyde bozulma ve hafıza kaybı ile karakterize bir sendromdur. Bu semptomlar sosyal aktivitelerde ve bilişsel fonksiyonlarda ciddi bozulma ile kendini gösterir (www.ema.europa.eu, 2008).

Yaşam Kalitesi: Bireylerin belirli bir zamanda sahip oldukları kaynakları, yaşadıkları yerleri, fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik koşullarını içermektedir Bireylerin yaşadıkları çevreyi algılama biçimleri yaşam beklentilerini belirlemektedir (Özmete, 2010).

Primer Bakım Veren: Hastalık ile baş etme ya da fiziksel bakımda yardım eden bireydir. Herhangi bir ücret ödenmeksizin kronik hastalığı olan bireye fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik destek sağlayan bireydir. Bu çalışmada hasta tarafından bakım veren olarak tanımlanan, hastanın bakım gereksinimlerini karşılayan aile bireyi, primer bakım veren olarak belirlenmiştir (Yaşar, 2008).

1.1.4. Alzheimer Hastalığı Tarihçe ve Tanımı

Alzheimer hastalığı adını Dr. Alois Alzheimer'dan almıştır. 1906 yılında, Dr. Alzheimer karşılaştığı bir hastada farklı belirtiler keşfetmiştir. Bu hasta evde kendine bakamaz ve bütün yardımları red eder duruma gelmiştir. Daha sonra yönelim ve bellek bozukluğu ile yazma ve

okuma zorluğu tabloya eklenmiştir. Belirtilerin ilerlemesi ile halüsinasyonlar ve diğer kognitif fonksiyonlarda bozukluklar ortaya çıkmıştır. Hastanın beyнинin mikroskopik incelemesinde ise korteks normalden incelmış ve beynin iki anormal bulgusu tespit edilmiştir. Bunlardan biri, daha önceleri yaşlıların beyinlerinde de saptanan senil plaklar, diğeri o devirde ilk defa kullanılan gümüş boya ile boyanan nörofibriler yumaklardır. Yumaklar daha önce hiç tanımlanmamıştı ve bulgu yeni bir hastalığa işaret ediyordu (Selekler, 2010). Alzheimer hastalığının incelenmesinde en önemli üçüncü bulgu ise beyindeki sinir hücreleri arasında ki bağlantıların kaybıdır (National Institutes of Health (NİH), 2011).

Alzheimer hastalığı geri dönüşü olmayan ilerleyici bir hastalıktır. Yavaş yavaş hafıza ve düşünme becerisinde kayıpların başlaması ile birlikte basit amaçları uygulama becerisinde zorlanmaların olduğu bir hastalıktır. İlk belirtileri genellikle 60 yaşından sonra görülür. Demansın en yaygın tipi Alzheimer hastalığıdır. Bilişsel fonksiyonlarda, düşünme, hatırlama, günlük yaşam aktivite becerilerinde kayıplar vardır. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte lisan, dikkat, görsel-mekansal fonksiyonlar, yargılama, plan yapma, karar verme gibi yürütücü fonksiyonlar, becerili hareket ve bilme, tanıma, yapılandırma gibi bilişsel işlev bozuklukları olmakta, nedensiz davranışlar eklenmektedir. Depresyon, bunaltı, hayal görme, sanrılar gibi davranış değişiklikleri hastalığın gidişi sırasında ortaya çıkar. Alzheimer hastalığı üç aşamadan oluşmaktadır. Birincisi hafif evre, bireyin fonksiyonlarını etkilemeye başladığı evredir. İkincisi orta evre, problem çözme becerisinde kayıpların olduğu evredir. Son evre ise, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde tamamen başkasına bağımlı hale geldiği evredir (Sayek ve ark., 2008; National Institutes of Health (NİH), 2011).

1.1.5. Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi

Dünya nüfusunun hızla yaşlandığı son yıllarda demans ve Alzheimer hastalığı sık görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. 2005 yılında demansın yaygınlığını belirlemek için sistematik bir çalışma yürütülmüştür. WHO'nun belirlediği 12 bölgede yapılan çalışmada kadın ve erkek yaşlı birey için 60 ve 84 yaş arası, 85 yaş ve üzeri hastalık sıklığını belirlemek için 5 yıllık aralıklara ayırarak tahmin yürütülmüştür. Bu bölgeler Amerika, Avrupa, Kuzey Afrika ve Orta Doğu, Afrika, Güney Asya, Batı Pasifik olarak belirlenmiştir. Demansın küresel ve bölgesel yaygınlığının tahmini yapılmıştır. Epidemiyolojik araştırmalardan elde

edilen kanıtların birçok bölgede az olması ile birlikte 24,3 milyon olarak tahmin edilmiştir. Her yıl 4,6 milyon yeni demanslı bireyin bu orana katılacağı, demanslı birey sayısının 2040 yılında da 81,1 milyon olacağı belirlenmiştir. Demanslı birey sayısı 2001 yılında %60'ı geliştirmekte olan ülkelerde yaşarken, 2040'da bu oranın %71'e çıkması beklenmiştir. Verilerin gelişmiş ülkelere göre geliştirmekte olan ülkelerde daha yüksek olduğu söylenmiştir. Gelişmiş ülkelerde verilerin artışı %100 olarak beklenirken, Hindistan, Çin, Güney Asya ve Batı Pasifik ülkelerinde %300 olarak artacağı tahmin edilmiştir. 2001 verilerine göre demanslı birey sayısı Çin 5 milyon, Avrupa Birliği 5 milyon, ABD 2,9 milyon, Hindistan 1,5 milyon, Japonya 1,1 milyon, Rusya 1,1 milyon ve Endonezya 1 milyon olarak tahmin edilmişken bu sayının her 5 yılda 2 katına çıkacağı tahmin edilmiştir (Ferri ve ark., 2005).

Avrupa'da 2009 verilerine göre 60 ve üzeri yaştaki demanslı birey sayısı 6,8 milyon olarak tahmin edilmiştir. Bu oran tüm yaşlı nüfusun %6'sını oluşturmuştur. Fransa, İtalya, İsveç, İsviçre ve İspanya gibi ülkelerde ise %6,3- %6,6 ile en yüksek demans oranına sahiplerdir. Buna karşılık Bulgaristan, Çek ve Slovvak Cumhuriyeti, Malta, Romanya, Makedonya ve Türkiye gibi ülkeler de ise bu oran %5'den daha azını oluşturmuştur. Hastalığın cinsiyete göre dağılımı da farklılık göstermektedir. Demans erkeklere oranla kadınlarda daha çok görülmüştür. Yine Avrupa'da yaşa göre demansın dağılımı 60- 65 yaş arası %2, 65-75 yaş arası %4 iken 80-84 yaş arası kadınlarda %16, erkeklerde %14, 90 yaş ve üzerinde kadınlarda %47, erkeklerde %31 olarak tahmin edilmiştir. Alzheimer ve diğer demanslı bireyler bakım hizmetlerinden daha uzun süre faydalanmaktadırlar. Bu bakım ülkelerin sağlık ve sosyal harcamalarında yüksek düzeyde maliyete neden olmaktadır (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2012).

Bireyin sosyal ilişkilerinin ve fonksiyonel kapasitesinin aşamalı olarak bozulması nedeniyle beyinde zarara yol açan ilerleyici beyin hastalığı olan demansın görülme sıklığı ve klinik belirtileri 60 yaş üzerinde daha çok ortaya çıkmaktadır. Demansın en yaygın nedeni olan Alzheimer hastalığı, demansın %60- %80'ni oluşturmaktadır. Henüz yapılan çalışmalar sonucunda Alzheimer hastalığını sonlandıracak bir tedavi geliştirilmemiştir. Günümüzde belirtilere yönelik ilaç ve diğer tedavi yöntemleri ile hastalığa müdahale edilmektedir (OECD, 2012).

Demans tanısı konulan yaşlıda klinik, labaratuvar ve görüntüleme tetkiklerine dayanılarak ayırıcı tanıya gidilir. Düzeltilebilir nedenlerin belirlenmesinden sonra kronik dejeneratif

demans nedenleri olan Alzheimer hastalığı, vasküler demans, parkinson hastalığı, frontotemporal demans, lewy cisimcikli demans, primer progresif afazi, progresif supranükleer palsi, persistan alkolik demans, wenicke-korsakoff sendromu, prion hastalığı, ve riskli vakalarda sifilis, HIV açısından değerlendirme yapılmalıdır. Yaşlılarda en sık görülenler Alzheimer hastalığı ve vasküler tipi demanstır. Alzheimer hastalığı yavaş yavaş durmaksızın ilerleyen bir hastalıktır. İlk fark edilen bilişsel bozukluktan itibaren beklenen ortalama yaşam süresi 7-8 yıldır. 15 yıla kadar uzayabilir. Genelde direkt ölüme neden olmaz. Hasta genellikle sağlık durumunda ilerleyici enfeksiyonların oluşması sonucu kaybedilir (Atlı, 2012).

1.1.6. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığı ile ilgili son yapılan gözlemsel araştırmalar ve deneyler sonucunda ortaya çıkan raporlarda hastalığın bilişsel ve davranışsal etkenler arasındaki ilişkisini ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda Alzheimer hastalığı tek bir nedene bağlanmadığı buna birçok faktörün etki ettiği tespit edilmiştir (Williams ve ark., 2010). Bu hastalığa çoğunlukla genetik kombinasyonlar ve çevresel faktörler neden olmaktadır (Nowotny ve ark., 2001).

1. Yaş

Alzheimer ve diğer demanslar için yaşlanma olgusu en önemli risk faktörüdür. Hastalığın sıklığı 65 yaş sonrasında her beş yılda iki katına katlanmakta ve 85 yaş üzerinde %30-40 oranına ulaşmaktadır. Alzheimer hastalığı 60 yaş altı erken başlangıçlı olarak %5 olarak görülürken, büyük çoğunluğu geç başlangıçlı 65 yaş üstünde görülmektedir. Yaş belirgin bir risk faktörü olmakla birlikte tek faktör değildir (Williams ve ark., 2010).

2. Cinsiyet

Birçok araştırma Alzheimer hastalığının kadınlarda daha çok görüldüğünü göstermektedir (Iqbal ve ark., 2001). Alzheimer hastalığı (AH) cinsiyet hormonlarından etkilenmektedir. Özellikle östrojenin beyni koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. Menepozda bu hormonun eksikliği Alzheimer hastalığına yol

açabilmektedir. Çevresel etkiler, menepozun etkilerine bağlı hormonların değişmesi, genetik faktörlerin etkisi sonucu erkeklere göre kadınlardaki riski artırmaktadır (Carter ve ark., 2012).

3. Genetik faktörler

Alzheimer hastalığında aile öyküsü yaşın ilerlemesi ile birlikte hastalığa yakalanmada önemli bir risk faktörüdür. İstatistiksel olarak AH'dan ölenlerin %75'i kalıtsal nedenlidir. Hayatta olan ve risk altında ki bireylerin %50'i ailesel otozomal dominant hastalıklardan etkilenmektedir. İkizler üzerinde yapılan çalışmalara göre %40-42 AH'na yakalanma riski benzerdir. Bu durum AH'nın genetik temelli bir hastalık olduğunu göstermektedir. (Gauthier, 1999).

AH'ı üzerinde yapılan genler çalışması sonucunda bulunan ApoE4 alleli AH'ı için genetik risk faktörü olduğunu doğrulamaktadır. Özellikle hem erken hemde geç başlangıçlı AH'ı riskini artırmaktadır (Liu ve ark., 2013).

Bazı erken başlangıçlı AH'ı yalnızca gen nedenlidir. Özellikle kromozom 21 üzerinde ki amiloid prekürsör geni, kromozom 1 üzerinde ki presenil 1 ve kromozom 14 üzerinde ki presenil 2 genleri mutasyona uğramıştır. Down sendromu kromozom 21 (Maj ve ark., 2002) ve ailesel nedenli AH'ı kromozom 14'deki genle ilişkilidir (Gauthier, 1999).

Apolipoprotein E geni ε4 allelinin bulunması hem sporadik hemde geç başlangıçlı AH'nın ailesel tipinin genetik risk faktörüdür. Geç başlangıçlı ailesel AH'ı Apolipoprotein E (ApoE)'nin 19 kromozomunda ki gen üzerine kodlanmıştır. Yaygın ApoE allelleri ε2, ε3 ve ε4 şeklinde dizayn edilmiştir (Hooper, 2000). Bu gen 3 farklı allel içermektedir. Her insan doğuştan anne ya da babasında 2 allel almaktadır. Bu alleller belli bir kombinasyon takip etmektedir. ε2/ε2, ε2/ε3 genotipi olanlarda risk %40 iken bir tane ε4 bulunması yeterli neden olmakla birlikte 2 tane ε4 olması hastalığa yakalanma riskini artırmaktadır (Maj ve ark., 2002; Liu ve ark., 2013).

4. Down sendromu

Kalıtsal bir hastalık olarak down sendromu, Alzheimer hastalığı için majör risk faktörlerinden biridir. Down sendromlu hastalar birinci derece Alzheimer hastalığı

olan yakına sahiptir veya kalıtsal ApoE' ün 4 allele sahiptirler. Kalıtsal olarak Apo E 4 alleli görülmesi hastalığın daha erken ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Nowotny ve ark., 2001). Aynı zamanda Down sendromu kromozom 21 üzerinde bulunan APP geni ve AH'ı ile ilişkilidir. Bu hastalarda 12 yaşında amiloidler birikmeye başlar. Böylece AH'nın patolojik olarak erken başlamasına neden olurlar (Hooper, 2000).

5. Hipertansiyon

Damar duvarında sertleşmeye ve hasara neden olmasından dolayı beyine kan akımını azaltarak tıkanıklık oluşumuna yol açar. Bu durum muhtemel bilişsel bozukluğa neden olabilmektedir. Bu durum 5-10 kat artmış demans riski ile ilişkilidir. Birçok çalışmada, orta yaşlarda kan basıncı yükselmesinin, özellikle kontrolsüz orta yaş hipertansiyonun, geç başlangıçlı Alzheimer hastalığına sıklıkla sebep olmaktadır. Alzheimer hastalarında damar tıkanıklığı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Işık, 2012).

6. Diyabetes Mellitüs

İnsülin, kan glikozu, lipoprotein metabolizmasındaki anormallikler, hipertansiyon, obezite gibi birçok vasküler risk faktörünün birarada olduğu metabolik sendromun da, Alzheimer hastalığı sıklığını artırıcı bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Uzun süreli kontrolsüz hipergliseminin beyinde nörodejeneratif (beyin hasarı) değişikliklere direkt etkisi (Işık, 2012) veya diyabetiklerde sık hipoglisemilere bağlı olarak da beyin hasarının demansı kolaylaştıran bir faktör olabilir. Ayrıca diyabet olanlarda olmayanlara göre Alzheimer hastalığına yakalanma riski 2 kat artmaktadır (Arioğul ve ark., 2006).

7. Sigara

Birçok çalışma sigara içmenin AH'na yakalanma riskini artırdığını göstermektedir. Özellikle ApoE4 alleli taşımayanlarda yüksek bulunmuştur (Povova ve ark., 2012). (Sağlık ve Bakım Mükemmellik Ulusal Entitüsü); The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) raporlarında sigara içmek kan dolaşımının bozulmasına neden olmakla birlikte hem Alzheimer hastalığına hem de diğer tip demanslara yakalanma riskini artırmaktadır (www.nhs.uk, 2011).

8. Alkol

Alkol tüketimi demans nedeni olarak gösterilmektedir. Aynı zaman da orta yaşta ağır tüketimi ve ApoE4 alleli taşıyanlarda 3 kat daha fazla risk taşımakla birlikte beyinde atrofi ve volüm azalmasına neden olmaktadır (Povova ve ark., 2012).

9. Obezite

Bazı çalışmalar obezitenin AH'ı gelişme riskini arttırdığını göstermektedir. Obeziteye bağlı AH belirtilerinin gelişmesi 10 yıl önceden başlama riskini de artırmaktadır. Yaş ve cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermektedir. Özellikle kadınlar daha yüksek riske sahiptirler (Barnes ve Yaffe, 2011).

10. Kolesterol

Kolesterol artışının sinaptik dejenerasyona yol açtığı düşünüldüğünden kolesterol metabolizması ve AH'na yakalanma riski arasında bir bağ kurulmuştur. Son incelemelerde beyindeki kolesterol metabolizması ve amiloid plaklar arasındaki bağlantının altı çizilmektedir. Beyin kolesterol miktarının artması, amiloid prekürsör protein (APP)'den oluşan A β peptid'in yapışmasını ve depolanmasını artırır. Beyin dokusundaki kolesterol metabolizması, genetik polimorfizmle birlikte AH'nın risk ve patogenezine katkıda bulunabilir (Kocabıyık, 2008).

11. Hiperhomosisteinemi ve folik asid düşüklüğü

Hiperhomosisteinemi ile AH arasında önemli ilişkilerin gösterildiği pek çok çalışma mevcuttur. Bununla birlikte Homosistein (HCY) seviyelerindeki değişikliklerin AH'nda önemli olmadığını belirten çalışmalar da vardır. Serum vitamin B12 ve folat seviyelerinin düşük olması vasküler demanslarda olduğu gibi AH'nda da gösterilmiş, demans gelişiminde bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Günaydın, 2008).

12. Depresyon

Depresyon Alzheimer hastalarında yaygın görülen bir hastalıktır. Özellikle AH başlamadan önce depresyon belirtileri görülür. Bilişsel düzeyde fonksiyonların azalmaya başlaması ile daha sonra depresyon ve AH gelişmektedir (Green ve ark., 2003).

13. Kafa travması

Kafa travması AH için ciddi risk faktörüdür. Anormal nöropatolojik birikimler Alzheimer hastalığı ile ilişkili olarak demansa yol açarlar. Çoğunlukla NFTs ve amyloid birikmesi sonucu hastalığın oluşumuna katkı sağladığı düşünülmektedir. Kafa travması çalışmalarında ApoE4 taşıyıcıları için ciddi risk faktörü olmakla birlikte çevresel ve genetik faktörler hastalığı birlikte tetiklediğini göstermektedir. Kafa travması nedeni hastalığın oluşma süresi 5-7 yıl sürer (Gauthier, 1999).

14. Tiroid hastalıkları

Hipotroidizm ve hipertroidizm bilişsel bozulmalarda geri dönüşümsüz demans nedeni olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca bu hastalarda Alzheimer riskinin arttığı bildirilmiştir (Tan ve ark., 2008).

15. Sosyoekonomik durum

Yüksek sosyoekonomik durumun AH gelişme riski açısından düşük bulunurken sosyal çevre ilişkilerinin azalmasının bilişsel düzeyde düşüklüğe neden olabilmektedir. Orta yaştan ileri yaşa doğru sosyal uğraşının giderek azalmasının ileri yaşta demans ve AH riskini iki kat artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Işık, 2012).

1.1.7. Alzheimer Hastalığı Nöropatolojisi

Alzheimer hastalığı beynin temel yapıtaşını, nöronu, harap ederek beyni etkilemektedir. Nöron kaybı ilk önce bellek sisteminin santrali olan hipokampusta başlar. AH'ı ilk başlangıcından itibaren bellek kaybı görülür. AH'ı hipokampustan serebral korteksin frontal, parietal ve temporal loblarına ayrılır. Meynertin bazal çekirdeğinde de nöronların kayıpları devam etmektedir. Burası asetilkolin olarak bilinen nörotransmitterlerden zengindir. Burada ki asetilkolin düzeyinin azalmasına da neden olmaktadır (Bingöl, 2004). Hastaların tüm beyinde atrofi, sulkuslarda genişleme ve giruslarda küçülme ve doku kaybına bağlı olarak ventrikül genişlemesi görülür (Günaydın, 2008). Nörotransmitter sistemlerinin devamından sorumlu çekirdeklerdeki nöron kaybı birçok nörotransmitterde azalmayla sonuçlanır (İnce, 2008). Bu mekanizmayı histolojik olarak açıklamak gerekirse; hücre içinde biriken nörofibriller yumaklar, hücre dışı yerleşimli amiloid plaklar ve asosiyasyon korteksinde

kolinerjik hücre kaybı vardır. Kolinerjik sistem yanında noradrenalin, serotonin, dopamin, glutamat, somatostatin ve gama-amino-bütirik asid gibi diğler nörotransmitter sistemler etkilenmektedir (Taşdemir, 2008). Patolojik olarak hastalık nedeni olan hücre kayıpları ve nöronların dejenerasyona uğraması sonucu olarak da senil plaklar oluşmaktadır. Plakların sayılarındaki artış demans hastalarının entelektüel düzeyinde azalma oluşturmaktadır (Jacques, 1988). Ayrıca merkezdeki bir amiloid proteinin çevresini dejenere olan nöronların sarması ile oluşan amiloid plaklar vardır. Bu amiloid prekürsör protein'in (APP) parçalanması ve birikmesi ile oluşmaktadır. APP metabolizmasında 3 enzim rol oynamaktadır. α , β ve γ sekretazlarından, β ve γ sekretazların aktiviteleri birikebilen ve böylece plaklar oluşumuna neden olan protein parçalarının oluşumuna neden olur. İleri derecede fosforilize olmuş tau adlı bir proteinin nöron içerisinde birikmesi sonucunda da nörofibriller yumak oluşur (Atlı, 2012). Bu yumaklar oldukça erken oluşur ve yoğunluğu bilişsel yıkım ile yakından ilişkilidir. Plak, yumak ve neokorteksteki hücre ölümünün dağılımına bakarak afazi ve görsel uzaysal bozukluklar gibi olayların temel olarak plak oluşumuna bağlı ve hücre bozuklukları ile ilişkili olduğu sonucu çıkartılabilir. Nörofibriller yumaklar bellek bozukluğu ve nöropsikiyatrik belirtilerden sorumludur. Özellikle asetilkolin kaybı bilişsel ve davranışsal değişikliklere neden olmaktadır (İnce, 2008).

1.1.8. Alzheimer Hastalığının Klinik Özellikleri

Dil: Bu bireyler günlük yaşam aktivitelerinde kullanılan önemli bilgileri unutmaya başlarlar. Hafıza kayıplarını bahanelerle geçiştirirler. Yaptıkları kusurları inkar ederler. Konuşurken bakım verenlerinden kelime yardımından yararlanırlar. Buldukları zamanı karıştırıp çocukluk dönemlerine gidebilir o dönemdeki sözcükleri kullanabilirler. Aynı davranışları ya da kelimeleri defalarca tekrarlayabilirler. Sınırlı sayıda kelime kullanırlar, yalnızca konuştukları ya da dokundukları insanlarla göz teması kurarlar. Sembollerle iletişim kurarlar. Yeniden bebeklik dönemlerine dönerler. Son evrede bu bireyler çok az hareket eder ve göz teması kurarlar (Anderson, 2007).

Hafıza: Bellekte yaygın bozukluk vardır. Algıları kaydetme, depolama, yeniden belleğe çağırma yetileri zayıflar ve giderek yitim olur. Başlangıçta hafif derecede olmak üzere yeni olayları unutmalar olur. Giderek ağır bir unutkanlık durumu gelişir. Öncelikle çok yakın ve

orta derecede yakın geçmişe ilişkin olaylar çabuk unutulur. Hasta birkaç dakika önce sorduklarını, anlattıklarını ikide bir tekrar sorar, anlatır. Az önce yediği yemeği unuttur, ne zaman yemek yenileceğini sorar. En kolay hesapları yapamaz olur. Birçoklarında eskiye, gençlik çağına ilişkin anılar bellekten fazla silinmemiş olduğundan çok eski geçmişe ait anıları sürekli anlatma eğilimi olabilir. İlerlemiş durumda uzak bellekte silinir (Öztürk, 1997).

Dikkat: Dikkat dağınıktır. Uzun süre dikkatini belli bir konuya veremez. Bu nedenle uyarıların yanlış değerlendirilmesi ve yorumlanması sık görülür (Öztürk, 1997). Birçok yeni uyarıyı fark etmek ve bunlardan en gerekli olanlarını seçip odaklanma bozulmuştur. Seçici dikkat bozulması nedeniyle ya da uyarana aşırı odaklanmaya neden olmakta ve önemli çevresel uyarıları kaçırmaya neden olmaktadır (Köroğlu ve ark., 2007).

Oryantasyon: Ağır bunamalarda çabuk unutma nedeniyle hasta karşılaştığı insanları, hatta yakınlarını bile tanımayabilir. Evdeki odaları şaşırabilir. Günü, ayı, yılı şaşırabilir. Demanslı hastalar öncelikle yeni çevrelerde kalabalıkta ve geceleri daha çok yönelim bozukluğu gösterirler (Öztürk, 1997). Genellikle gerçek dünyadan uzak kendi dünyaları içinde yaşarlar ve gerçek yaşama dönmek için başkalarından yardım alırlar (Anderson, 2007).

Görsel-mekansal algılama: Alzheimer hastalığında sıklıkla bozulan bu işlevler agnoziye neden olur. Duyusal sistemin normal olmasına karşın duyuşsal uyarıları tanıma yeteneği kaybolur. Bir nesnenin ne olduğunu ya da nasıl çalıştığını kendisine yalnızca görsel yolla sorulduğunda bilememektedir. Kişi nesneye dokunduğu takdirde yanıt vermektedir. Bildiği mekanlar da bile yolunu kaybedebilmektedir. Erken evrede eve giden sokakları karıştıran bir hasta, hastalık ilerledikçe evdeki odaları da karıştırmaktadır (Köroğlu ve ark., 2007).

Psikolojik bozukluklar: Kişilik değişimleri genellikle olumsuz yöndedir. Kişi depresif, kuşkucu, paranoid, düşmanca, saldırgan bir davranış gösterebilir. Hastalığın ilerleyişi bu semptomları arttırır. Lisan işlevleri giderek bozulur ve sözcükler anlamsız heceler şekline dönüşür, aktiviteleri ve ajitasyonu artar. Aşırı aktivite nedeniyle iştah artar ve öğün saatlerini unuttuklarından çok fazla yemek yemek isteyebilirler. Geceleri saatlerce dolaşmak isteyebilirler (Küçükgüçlü, 2003). Hastalığın ilerlemesi ile birlikte stres eşiği düşmektedir. Katastrofik davranışlar, bilinç bulanıklığı, geceleri agresif olma, gürültülü, amaçsız, tekrarlı, uygunsuz davranışlar görülmektedir. Yapmayı istemedikleri davranışların ısrar edilmesi bireyi

hırçınlaştırmaktadır. Bu belirtilerin kötüleşmesi sonucunda bireyi çok yorgun ve endişeli yapabilmektedir (Nazarko, 2002).

Günlük yaşam aktiviteleri: Alzheimer hastalığı olan bireylerde günlük yaşamı planlamada ve amaç gerektiren aktiviteleri uygulama yeteneğinde kayıplar başlar. Görevleri yerine getirme, organize yapma, para hesaplama, alışveriş yapabilme gibi becerileri yerine getiremezler. Zihinsel çabaları enerjilerini yoketmekte yorgunlukları artmaktadır. Bağımsız yemek yeme, iletişim kurabilme, tuvaletini yapma, yürüme, elbise seçimi becerilerinde perfonmansları azalmaktadır, çaresizdirler, katılımı genelde red ederler (Nazarko, 2002). Sonunda kişi yemek ve tuvalet konularında da yardıma gereksinim duyarlar. Ayrıca yutma güçlüğü ve inkontinans da gelişebilir. Hastalığın ileri dönemi aylarca, bazen yıllarca sürebilir. Hasta genellikle yatağa bağımlı ve her türlü bakımının başkaları tarafından yapılması gerekir. Ölüm nedeni genellikle enfeksiyon, solunum problemleri, beslenme bozukluğu yada aşırı sıvı kaybıdır (Küçükgüçlü, 2003).

1.1.9. Alzheimer Hastalığı Klinik Evreleri

Alzheimer hastalığı süreci bireyler arasında yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, aile öyküsü ve fiziksel sağlık gibi faktörlerle farklılık göstermektedir. Hastalığın belirtileri yaş ilerledikçe bütün Alzheimer hastalarında görülmektedir. Alzheimer üç evreye ayrılmıştır. Hafif, orta ve şiddetli evredir. Bir evrenin diğer evreden ayrılması biliş, davranış ve işlev (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme) yönüne göre belirlenmiştir (Bingöl, 2004).

Hafif Evre: Birden çok alanda belirgin bellek, lisan, dikkat, görsel-mekansal becerilerde ve yürütücü işlevlerde demans oluşturacak şiddette olmayan bozukluk vardır. Hafif bilişsel bozukluk belirtileri genellikle hasta yakını tarafından da doğrulanan bellek bozukluğu yakınması ile başlar, yaşa, eğitime göre objektif bellek bozukluğu görülür, genel yaşam fonksiyonları geniş oranda korunmakla birlikte günlük yaşam aktiviteleri büyük oranda sağlamdır (Selekler, 2004). Hastalar cüzdan, anahtar, gözlük gibi genel objelerin yerlerini unutmaya başlamaktadırlar ancak iletişim becerileri henüz bozulmamıştır. Hastalar konuşma sırasında kelime seçimlerinde ve tanıdıklarının isimlerini hatırlamakta zorlanmakta, sıklıkla eşyalarını kaybetmektedirler. Bu evredeki hastaların plan yapma ve organizasyon becerileri

azalmıştır (Özkay ve ark., 2011). Yeni bilgilerin öğrenilmesi engellenmiştir. Son zamanlarda özel eşyalarının yerini aile üyeleri aracılığı ile bulmaya başlarlar (WHO, 1993).

Orta Evre: Belirgin düzeyde bellek bozukluğu vardır. Dil kusurları (afazi), muhakeme, alan oryantasyonu, yürütücü işlevlerde bozukluklar belirginleşir. Davranış sorunları (çabuk irrite olma, tartışma) görülür. Hezeyanlar ve halüsinasyonlarla birlikte uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluk, akşamüstleri bilişsel ve davranışsal belirtilerde kötüleşme (gün batımı sendromu) olabilmektedir. Bir aşağı bir yukarı dolaşma ve inkontinans başlar. Hastaya çoğu kez günlük yaşam aktivitesi (banyo yapma, elbise giyme, yemek yeme vs.) için yardım etmek gerekir. Sağlıklı eşe (veya bakıcıya) gittikçe bağımlı olmaya başlarlar (Eker, 2008). Kişi yaşamında bağımsız değildir. Yalnızca eski öğrenmiş olduğu bilgiler ya da ailesel bilgiler hafızada kalmıştır. Yeni bilgiler çok kısa süre için hafızada kalır. Son zamanlarda bu kişiler kendi muhitleri hakkında temel bilgileri hatırlamamaya başlarlar ve aile üyelerinin isimlerini ve yaptıkları işleri unutmaya başlarlar (WHO, 1993).

İleri Evre: Hastalar ileri ölçüde mental bir çöküntü içindedirler. Anne-baba, eş ve çocuklarını karıştıracak kadar oryantasyon bozukluğu vardır. Ne yapacaklarını bilemezler, deliryum, halüsinasyonlar ve paranoid düşünceleri olup huzursuzdurlar. İlerleyen zamanda idrar, gaita inkontinansı ve anormal refleksler tabloya eklenmektedir. 70-80 yaşında ki birey çocuk gibi davranışlar göstermeye başlar ve bakıma muhtaç hale gelir (Önol, 1991). Konuşma ve söyleneni anlama güçlüğü, duyguların ifadesinde azalma veya tam kaybı, eşyaları ve insanları yakalama ve bırakmama, tuvaleti kullanma, banyo yapma, giyinme, yemek yeme ve etrafta hareket etme gibi tüm kişisel bakım faaliyetlerinde yardıma ihtiyaç duyarlar, giderek artan güçsüzlük hissetme ve enfeksiyonlara yatkınlık başlar, çiğneme ve yutma güçlüğüne bağlı kilo kaybı görülür (Bingöl, 2004).

1.1.10. Alzheimer Hastalığı Tanı Kriterleri

AH'ı için kesin tanısal göstergeler bulunmamaktadır. Bu nedenle klinik tanı konulmasında ve tanısal değerlendirmede kullanılacak çeşitli yaklaşımlar dikkate alınmaktadır. Demansı tanımlayan kriterler birbirlerinden farklılıklar gösterir. ICD-10 Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması (International Classification of Diseases), DSM-III-R (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders), DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke– Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association), sık başvurulan bu yaklaşımların güvenilirliği hastalığın varlığını %80 karşılamaktadır (Whitehouse, 1993). CERAD (Alzheimer Hastalığı İçin Bir Kayıt Oluşturma Korsorsiyumu) klinik tanı kriterleri ile yönlendirmeye yardımcı olmak amaçlı olarak Amerikan Nöroloji Akademisinin (ANN) Kalite Standartları Alt Komitesi tanı rehberleri de kullanılmaktadır (Daffner ve ark., 2000).

Alzheimer hastalığı’nın kesin tanısı biyopsi ya da otopsi sonucu ile konulmasına rağmen böyle bir uygulama her zaman uygun olmadığından çeşitli tanı yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Bu yöntemler belirli bir sıra ile uygulanmaktadır. Öncelikli olarak hastanın hikayesi alınmaktadır. Klinik bulgulara bakılmaktadır. Özgeçmişi alınır. Mental durum ve motor değerlendirmeler yapılır. Ardından nöropsikolojik testler uygulanmaktadır. Laboratuvar testleri, elektropsikolojik testler, BOS incelemeleri, pozitron emission tomografisi (PET), elektro-ensefalografi (EEG) ve beyin görüntüleme yöntemlerinden yararlanılarak tanı konulmaktadır (McKhann ve ark., 1984; Daffner ve ark., 2000).

AH’na yönelik klinik teşhis için kullanılan NINCDS-ADRDA’ya göre yöntemler; olası, muhtemel ve kesin tanı kriterleri, şeklinde ayırt edilmiştir; olası AH’ı kriterlerinde kullanılan bazı klinik testler ve standardize edilmiş kısa mental durum değerlendirme yöntemi ve doğrulanmış nöropsikolojik testler yoluyla kanıtlanmış olarak kabul edilmektedir. Testlerin sonucu iki ya da daha çok alanda bilişsel bozulmaların, ilerleyici kötüleşmiş hafıza ve diğer bilişsel fonksiyonların olması aynı zamanda bilinç bozukluğu olmaması, hastanın 40-90 yaş arası olması, ilerleyici bilişsel işlevlerdeki bozukluğu açıklayabilecek yeterli düzeyde beyinsel hastalıklar ve diğer hastalıkların yokluğu kriterlerini içermelidir (Esiri ve ark., 2004).

Dil (afazi), motor becerilerin (apraksi) ve algılama (agnozi) gibi bilişsel işlevlerin ilerleyici kötüleşmesi ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ile birlikte laboratuvar tetkiklerinin EEG (elektro-ensefalografi), BT (beyin tomografisi) sonuçlarında değişiklikler saptanması ve AH’ı ile birlikte görülen diğer belirtilerin olması, depresyon, uykusuzluk, inkontinans, sanrılar, halisinyasyonlar, duygusal ve fiziksel patlamalar; cinsel bozukluklar ve kilo kaybının olması, yürüyüş bozuklukları, nöbetlerin görülmesidir. Muhtemel AH’ı kriterleri, demansa neden olabilecek diğer nörolojik, psikiyatrik ve sistemik hastalıkların yokluğunda ve demansa

neden olabilecek beyin hastalığının bulunmasıdır. Kesin AH'ı kriterleri, olası tanı kriterleri ile birlikte biyopsi ya da otopsi sonucu konulmaktadır (McKhann ve ark., 1984; Whitehouse, 1993).

DSM-IV'e göre ise; tüm bu belirtiler ile birlikte kişide yeni bilgileri öğrenme veya daha önce öğrenilmiş bilgiyi hatırlama yetisinde bozulma, planlama, organizasyon, sıralama, soyutlama, işlevlerinde bozulmanın olması sosyal ve mesleki işlevlerde bozulmaya neden olacak kadar bilişsel kayıpların olmasıdır (Daffner ve ark., 2000; Kane ve ark., 2009).

1.1.11. Alzheimer Hastalığı Tedavi Yöntemleri

Alzheimer hastalığının ilaçla tedavi edilmesinde genel amaçlar ise; Alzheimer tipi demansın önlenmesi, spesifik belirtilerin tedavi edilmesi (hafıza kaybı, vb.), fonksiyonların düzenlenmesi, hastalığın ilerlemesinin yavaşlaması ve davranışsal belirtilerin tedavi edilmesidir (örneğin ajitasyon, agresiflik, halsinasyon ve depresyon) (Nazarko, 2002). Bu şekilde beyinsel hasarın oluşumu engellenmekte aynı zamanda hastanın yaşam kalitesi ve otonomisi korunmuş olmaktadır. Antioksidanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), kolinerjik ajanlar, östrojen ve nörotrofik faktörler bu anlamda dikkati çeken farmakolojik ajanlardır (Aksaray ve ark., 1999).

AH'nın belirtilerine yönelik ilk başvuru olan tedavi kolinerjik yerine koyma tedavisidir. Bilişsel fonksiyonların ve özellikle hafıza bozukluğunun asetilkolin azalmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Antikolinerjik ilaçların bellek bozukluğuna neden olması, Alzheimer'da asetilkolin transferaz enzimin düşük bulunması ve nöron kaybının kolinerjik nöronlarda çok olması görüşü desteklemektedir. Kolinerjik ilaçlardan en çok kullanılanı asetilkolinesteraz inhibitörleridir. Bu ilaçlar donezepil, rivastigmin ve galatamindir. Bu ilaçlarla hastanın belirtilerini bir süre iyileştirmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, hastanın günlük yaşam aktivitelerini düzeltmek mümkündür. Bu ilaçlar erken, orta evre AH'nı tedavi etmede tavsiye edilirken, memantine ise asetilkolinesteraz (AChE) inhibitörleri alamayan şiddetli evredeki AH'ları için tavsiye edilmektedir. Bu ilaçlar hastaların bilişsel, sosyal, fonksiyonel ve davranışsal semptomlarına etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu hastalar tedavi sürecinde düzenli bilişsel, sosyal, fonksiyonel ve davranışsal değerlendirmeleri devam etmektedir.

Kullanılan değerlendirme araçları hastalığın şiddeti hakkında bilgi vermektedir. Özellikle fiziksel, duyuşsal ya da öğrenme yeteneğini veya iletişim zorluklarını değerlendirerek tedavinin uygunluğunu belirler. Davranış bozukluklarının tedavisinde nöroepileptikler ve kısa etkili benzodiazepinler en sık kullanılanlardır. Saldırganlık ve davranış bozukluklarında propranolol, serotonerjik ajanlar ve karbamazepin kullanılır. Depresyon ve duygulanım bozukluklarının tedavisinde SSRI (Selektif serotonin geri alım inhibitörleri) kullanılır. Alzheimer hastalığının psikolojik belirtilerinin tedavisi oldukça zordur. Çoğu aile veya bakıcının bu davranışlarla baş etme yolları konusunda eğitimi en etkili yöntem olmaktadır (Sayek ve ark., 2008; National Health Service (NHS), 2011).

Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAIDS)'dan olan ibuprofen AH'ı gelişmesine neden olan inflamasyonu önler. Araştırmalara göre düzenli alınması AH'ının gelişmesini azalttığı bulunmuştur. Östrojen, cinsiyetin devamlılığını, davranışların uyarılmasını ve atılabilirliğini sağlamaktadır. Menstruasyondan önce östrojen seviyesinin düştüğü zaman çoğu kadın beceriksiz, unutkan ve ağlamaklı olmaktadır. Östrojenin yerine konması AH'ının gelişmesini önlemektedir (Nazarko, 2002). Antioksidanlar arasında MAOI, vitamin E, askorbik asit alımı beyinsel hücrelerin ölümünü ve hücre dejenerasyonunu azaltmaktadır (Aksaray ve ark., 1999).

1.1.12. Alzheimer Hastalığında Kullanılan Nöropsikolojik Değerlendirme

Demansın en yaygın nedeni olan Alzheimer hastalığının teşhisine ulaşmak ve tedavi yöntemini belirlemek için nöropsikolojik testler anahtar görevindedir. Teşhis anamnez, nörolojik testler, laboratuvar testleri, beyin görüntüleri ve nöropsikolojik değerlendirmelerin kombinasyonu sonucunda konulmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirme davranışsal ve bilişsel gerilemelerin etkisini ve derecesini anlamaya yararlıdır. Aynı zamanda psiko-sosyal adaptasyon, beyinde lezyon ya da fonksiyon bozukluğuna bağlı oluşumlarında ayırtmede kullanılmaktadır. Fonksiyonel sistem, biliş, duygu ve yönetimsel fonksiyonlar olarak üç bölümde tanımlanır. Bu değerlendirme farklı hastalık teşhisi, sınıflandırması ve gidişi, oryantasyon sağlanması bakımından rehabilitasyon planlama ve tedavi etmek için önemlidir (Primentel, 2009). Bilişsel bozulmalarda erken belirtiler önemlidir. Ancak bellek bozukluğu şikayeti olan AH'larında evrelendirme oldukça önemlidir. Hastalığın şiddeti hakkında bilgi vermektedir. Beyinsel hasarın bilişsel değişikliklerle olan ilişkisine duyarlı

aynı zamanda değerlendirme ve evrelendirilmesine yönelik kullanılan çok sayıda ölçme araçları bulunmaktadır. Demansın derecelendirilmesinde kullanılan bu araçlar aynı zamanda da uygulanan ilaç veya psikolojik tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde ve hastalığın izlenmesinde kullanılmaktadır (Can, İrkeç ve Karakaş, 2009). Nöropsikolojik testler uygulanarak, beyindeki işlev bozukluğuna bağlı ortaya çıkan bilişsel bozukluklar, nesnel puanlarla belirtilir. Zihinsel işlevlerin bozulması günlük yaşamı etkilemektedir. Bellek yanında görsel-mekansal algılama, sözel akıcılık ve adlandırma belirgin etkilenir. Bilgiyi geri getirme ya da bilgiye ulaşma konusunda genel bozukluklar vardır. Dikkat ve yönetici işlevler bozulmuştur. Duygusal bozukluklar sonucunda kaygı ve depresyon görülmektedir (Can ve Karakaş, 2005).

1.1.13. Nöropsikolojik Değerlendirme Kapsamında Bilişsel İşlevlerde Kullanılan Testler

Bilişsel testler: Mental durum değerlendirilmesi için kullanılan bazı testlerden olan MMSE (mini mental durum muayenesi), ADAS-Cog (Alzheimer hastalığı değerlendirme ölçeğinin bilişsel komponenti) yaygın olarak kullanılmaktadır. 3MS, CAMDEX (Cambridge yaşlılardaki bozuklukların muayenesi), BCRS (kısa bilişsel ölçüm ölçeği), NCSE (nörodavranışsal bilişsel durum ölçeği), MSQ (bilişsel durum ölçeği), OMCT (mekan hafıza konsantre testi), DRS (demans değerlendirme ölçeği), CASI (bilişsel değerlendirme tarama testi)'dir (Spar ve Rue, 2002).

Şiddet ölçekleri: AH'nın evrelendirilmesine olanak sağlayan ölçeklerden bazıları GDS (global bozulma ölçeği), CDR (klinik demans ölçüm ölçeği), FRS (işlevsel ölçüm ölçeği), DSRS (demans derecelendirme ölçeği)'dir (Can, İrkeç ve Karakaş, 2009).

Davranışsal işlevler: NPI (nöropsikiyatrik bulgulama), BEHAVE-AD (Alzheimer hastalığı davranışsal testi), CERAD (demansta davranışsal değerlendirme ölçeği) bu konuda en yaygın kullanılan testlerdir (Gauthier, 2000),

Yönetici işlevler: Yönetici işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden bazıları; görsel-işitsel sayı uzamı testleri, iz sürme testi, kelime/kategori akıcılığı testleri (K-S), stroop

testi, wisconsin kart eşleme testi (WCST), yap-yapma testi (go-no-go test), saat çizme testi, WAIS-R benzerlikler testi'dir

Görsel ve mekansal işlevler: Görsel- mekansal işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan bazıları: algısal bozukluklar değerlendirilirken çizgilerin yönünü belirleme testi ve yüz tanıma testi, yapılandırma bozuklukları değerlendirirken WAIS-R küp-desen alt testi ve Bender-Gestalt testi kullanılmaktadır.

Dile ilişkin işlevler: Dil işlevlerinin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden bazıları; Boston adlandırma testi, Boston afazi testi, Gülhane afazi testi, sözel akıcılık testidir.

Depresyon ölçekleri: Klinik amaçlı kullanılan bazı depresyon ölçeği vardır. BDÖ (Beck depresyon ölçeği), HDÖ (Hamilton depresyon ölçeği), GDÖ (Geriatrik depresyon ölçeği)'dir (Cangöz, 2013).

Günlük yaşam aktiviteleri: Günlük yaşam aktivite ölçekleri olarak: Bristol günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (Cangöz, 2013), Katz'ın temel günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, Lawton ve Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği'dir (Sabancıoğulları ve ark., 2007).

1.2. Alzheimer Tipi Demans Hastalığının Yaşlıya Etkileri

Bu bölümde Alzheimer hastalığının yaşlıya fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkileri konusunda kapsamlı bilgi verilecektir.

1. Fiziksel Etkilenim:

Alzheimer hastalığı medial temporal lobların etkilenimi ile başlar ve diğer beyin bölgelerine yayılır. AH en şiddetli etkilenen bölgenin başında paryatal temporal frontal loblar ve beyin korteksi gelir. Hafıza bozukluğu, ruhsal ve kişilik değişimleri görülür. Dil, görsel ve hareket bozuklukları görülür. Yeni bilgi öğrenme problemleri, kısa dönem hafıza algılamada bozulma görülür. Derinlik algılamada objelerin yüzlerini kaydetme, bilişsel harita yani kişinin bir yerden başka bir yere gitmesi için çevrenin resmini hafıza tutar bu kişilerde bu fonksiyon kaybolur. Gerçek zamanda kişinin bulunduğu zamanda

kaybolmasıdır. Kişi geçmişine döner. Anlama, konuşma ve yazma dil fonksiyonlarında uzaysal ilişkilerde ilerleyici bozulma görülür. Alzheimer'lı hastalar için vücut diline bağımlılık görülmesi nedeniyle bu şekilde kişi anlamaya çalışılır (Zeisel ve ark., 1999).

AH'ı olan bireyin fiziksel olarak etkilenimi değerlendirildiğinde günlük yaşam aktivitelerinin ciddi boyutta etkilendiği görülmektedir. Bu ölçümler genellikle hastalar dışarı temasa kendini kapattığı için bu hastaların bilgileri bakım veren bireylerden alınmaktadır. Cinsiyet ve kültürel eğilimler önemlidir. Tuvaletini yapma, hareket edebilme, kıyafetlerini giyebilme, banyo yapma veya alışveriş yapma, yemek yeme, ekonomik işler, çamaşır yıkama, bir şeyleri taşıma, araba ve telefon kullanabilme yeteneklerinde ciddi düzeyde bağımlılık söz konusu olmaktadır. Aynı zamanda bakım veren konumunda olan aile bireylerinin yaşam kalitelerini de etkilemektedir (www.ema.europa.eu, 2008).

2. Psikolojik Etkilenim:

Alzheimer hastalığı klinik teşhis kriterleri olarak geçmemekle birlikte AH olan yaşlı bireylerin davranışlarda farklı değişimler ve farklı belirtiler görülmektedir. Demanslı hastaların bakım veren aile bireyleri için ayrı bir stres kaynağı ve bakım yükünü artıran ayrı bir etken olmaktadır. Özellikle hastalıkla yaşam süresi uzadıkça davranışların şiddeti de artmaktadır (www.ema.europa.eu, 2008).

İlerleyici bir hastalık olarak psikiyatrik belirtiler (halisinyasyon, delüzyon, paranoya, ajitasyon, panik ve inkar etme, davranışsal bozukluklar, agresif davranışlar) çoğunlukla görülür. Gönüllü isteyerek hareket etmede koordinasyonda bozulma görülür. Oturma, ayakta durma, kapı açma, yürüme gibi hareketlerde temel yaşamsal fonksiyonlar etkilenebilir. AH'ı olan yaşlı bireyin bilişsel fonksiyonlarında ki hafıza, algılama, dikkat ve motor koordinasyonu gibi kayıplar aile bireylerini bakım veren olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Zeisel ve ark., 1999).

3. Sosyal Etkilenim:

Alzheimer hastalığı olan yaşlı bireylerin hastalığın sonucu olarak çevresel uğraşları, aktivitelerinde ve ilişkilerinde kapsamlı olarak bireysel farkındalığı ve bilişsel kontrolü azalmaktadır. Bu nedenle bu bireylerin fiziksel çevresi ve güvenliği olumsuz

etkilenmektedir. Kullanılan kelimelerin azalması ve hafıza kaybı nedeniyle ailesindeki bireyleri, çevresindeki uzun süredir birlikte olduğu arkadaşlarının kim olduklarını hatırlayamaması çevresi ile ilişki kurmasını güçleştirmektedir. Özellikle yeni tanıştığı kişilerle iletişim kurmakta zorlanmaya başlarlar yeni bir çevre kurmaları zorlaşır. Bu durum bireylerin zamanla yalnızlaşmasına ve çevresinden izole olmasına neden olmaktadır. Bilinçli olarak yaptığı aktivitelerde azalma ve eskiden yaptığı yeteneklerinde kayıplar görülmektedir (Zeisel ve ark., 1999).

AH'na bağlı olarak fiziksel, duyuşsal ve bilişsel yetilerinde ki azalma yaşlı bireyde kendi kendine yetebilme yeteneği ve özbakım gücünü kaybetmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda ulaşım zorlukları gibi özellikle amaçlı hareket etme kaybı, dışarı çıktığında evin yolunu hatırlayamama, gitmek istediği yeri ve yapmak istediği amaçlarını hatırlayamama kendini kaybetmesine yol açabilmektedir. Toplum içinde bağımsız yaşama için gerekli aktivitelerde telefon etme, alışveriş, seyahat etme, ev işi yapma, tamir işleri, çamaşır yıkama, para ve ilaç kullanma gibi aktiviteleri içeren aletli günlük yaşam aktivitelerinde kayıplar görülmektedir. Bu durum başkasına bağımlılığı artırmaktadır. Bu nedenle sosyal ağda daralma ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Sosyal fonksiyonlarında ki kayıplar bireyin ailesini de bakım veren rolünde yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Ölüç, 2007).

1.3. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Evde Bakım

Bu bölümde Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin evde bakım da nelere dikkat etmesi gerektiği konularına yer verilmiştir.

Alzheimer hastalığı ile birlikte beyinde ki değişim yaşlı bireyi günlük yaşamını etkileyen bellek kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yapmada güçlük, kelime bulmada güçlük, zaman ve mekan karmaşası, yargı ve karara varmada güçlük, sık kullanılan eşyaların yerlerini değiştirme, ruh hali ya da davranışlarda değişim, kişilik değişimleri, sorumluluktan kaçınma hastanın kendine yetebilir düzeyini düşürmekte ve giderek yardıma bağımlı hale getirmektedir. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi hastasının konforlu ve kaliteli bir yaşam sağlamak için hasta bireyin bakımını üstlenmektedir. Bu konuda bakım veren aile bireyi için evde bakım hizmetlerine ve rehberlik hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır

(Uçku ve ark., 2012; www.nia.nih.gov, 2013). Normal yaşlı birey bakımından çok farklı olan Alzheimer tipi demanslı hastalara bakımda destek sistemlerin Türkiye’de sınırlı olduğu görülmektedir.

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi yaşlıda fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutlarda değişimleri deneyimlemektedirler. Bu deneyimler yaşlı bireyin bakımını sağlamak ve güvenliğini sürdürmek için bakım verene evde yaşlı bakımı için birçok sorumluluk yüklenmektedir. Bakım veren yaşlı bireyi evde ve dışarıda her türlü kazalarla karşılaşabileceğini düşünerek önlemler alması gerekmektedir. Yalnız dışarı çıkmaması, araba kullanması, sigara kullanması yine kesici delici aletlerden uzak durması gerekmektedir. Bakım veren aile bireyi Alzheimer tipi demanslı yaşlının günlük yaşamda ki ihtiyaçlarını yerine getirmede, beslenme, egzersiz, eğlence, kişisel bakım, yıkanma, hijyen, ağız bakımı, giyim, uyku problemi gibi konularda yardımcı olmaktadır. İleri düzeyde yaşlıda idrar ve dışkı kaçırma yürüme ve denge problemi, yatağa bağımlı hale gelebilmesi ile karşılaşabilmektedir. Bu konuda bakım veren aile bireyi her türlü problemlerle ve zorlanmalarla karşılaşabilmektedir (Önür, 1999).

Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Bireyin Ev İçinde Güvenliği:

Evin derli toplu olması, kalabalık eşyaların olmaması yaşlı birey için emniyet açısından önemlidir. Zemin kayganlığından ve kayan halılara dikkat edilmelidir.

Elektrikli aletler, kesici delici aletlerden, araba anahtarından uzak durması gerekmektedir.

İlaçları ulaşamayacağı yerde bulundurulmalıdır.

Balkon ve pencerelerin kilitli olduğundan emin olunmalıdır.

Sivri köşeli eşyalar ve cam eşyalara dikkat edilmelidir. Yaralanmaları önlemek için ortamda bulundurulmamalıdır.

Temizlik deterjanları, boya, gaz, kimyasal çözücüleri ve haşarat ilaçları hastanın ulaşamayacağı yerde saklanmalı, hastanın bellek kaybı nedeniyle iğne, düğme gibi şeyleri yanlışlıkla yutabilmesine karşı dikkatli olunmalıdır.

Mutfakta yalnız olmamasına dikkat edilmeli, ocak emniyeti sağlanmalıdır. Her türlü yangın, ev kazaları ve yaralanmalara karşı kolaylıkla ulaşılacak yerde acil numaraların bulundurulması gerekmektedir.

Banyo ve tuvalette kayıp düşmelere karşı dikkat edilmelidir. Banyo malzemeleri ortamda tutulmamalıdır (Önür, 1999).

Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Bireyin Dışarıda Güvenliği:

Merdivenlerin kenarlıkları olmalıdır.

Bahçe aletleri ulaşamayacağı yerde muhafaza edilmelidir.

Yüzme havuzlarına girmesine engel olunmalıdır.

Araba kullanması çok tehlikeli olduğundan anahtarlar saklanmalıdır. Arabada giderken hastanın güvenliğine dikkat edilmelidir.

Sigara kullanması yanıklara yol açabileceğinden içmemesine dikkat edilmelidir.

Yalnız dışarı çıkması kaybolmalara neden olabileceği için dikkat edilmesi gerekmektedir.

Yemek yeme: Yaşlı birey yemekleri saklayabilir, dökebilir veya bozulmuş olsa da yiyebilir. Nedensiz yemek yemeyi red edebilir. Alışık olduğu sevdiği yiyecekler yapılmalı ve düzenli saatlerde ve şaşkınlığa sebebiyet vermeyecek şekilde hazırlanmalıdır. Çatal, bıçak kullanımında problem olabilir kişi eliyle yiyebilir. Bu konuda onunla savaştırmamak doğru olabilir. Dökmesine karşı önlük ya da örtü kullanılabilir. Diyetine uygun yiyecekler yemesi için ikna edici olun, yememesi gereken yiyecekleri ulaşmasını engelleyin. Hastalar ileri düzeyde yutmayı unutabilirler bu nedenle yumuşak ya da sıvı şeyler verilebilir. Yutma problemi boğulma ataklarına neden olabilir bu konuda dikkatli olunmalıdır. Böyle durumda yardım çağırılmalıdır (Önür, 1999).

Egzersiz: Düzenli egzersiz yapan hastaların daha sakin oldukları ve daha az hırçın oldukları gözlemlenmiştir. Hergün birlikte yürüyüş ve rehber eşliğinde spor yapılabilir. Hastanın iyi uyuması ve sindirim sistemi için önemlidir (Önür, 1999; www.nia.nih.gov, 2013).

Eğlence: Hastanın hoşlanacağı bir faaliyet birlikte yapılabilir müzik dinleme, televizyon izleme gibi basit hobilerden hoşlanabilirler. Hergün ihtiyacına göre planlı şekilde dans etme, kitap okuma, müzikli oyunlar, şarkı söyleme ya da konsere gitme gibi aktiviteler sıralanabilir. Yemeğe çıkmak ve birlikte vakit geçirmek, hasta ile temas kurmak sarılmak, dokunmak iyi geldiği unutulmamalıdır. Aynı zamanda rehabilitasyon hizmetinden faydalanılabilir (Önür, 1999; www.nia.nih.gov, 2013).

Kişisel bakım: Hasta banyo yapması konusunda tepki gösterebilir. Hastanın temizliğine önem verirken mahremiyeti ve özgürlüğü ihmal edilmemelidir. Alışkın olduğu düzen ve şekilde banyo yapması sağlanmalıdır. Sakin ve nazik olunmalıdır. Erkek hasta için traş olmasına yardım edilmelidir. Banyonun kayganlığına dikkat edilmelidir. Düşme tehlikesine

karşı yalnız bırakılmamalıdır. Suyun sıcaklığının ayarlanmış olmasına dikkat edilmelidir. Hastanın vücudu kızarıklık, morluklar gibi değişikliklere dikkat edilmelidir. El ve ayak bakımına dikkat edilmelidir (Önür, 1999; www.nia.nih.gov, 2013).

Giyim: Hastanın uygun şekilde giymesi zorlaşabileceği için bu konuda hastaya yardım edilmelidir. Kıyafetleri düzenli şekilde hazırlanmalı ve giyimine uygun şeyler tercih edilmelidir. Yanlış şekilde ya da ters giymesine karşı yardımcı olunmalıdır (Önür, 1999; www.nia.nih.gov, 2013).

Ağız sağlığı: Hasta ağız bakımı yapabiliyorsa izin verilmelidir. Takma dişlerin temizliğine yardım edilmelidir. Ağız yaraları kontrol edilmelidir (Önür, 1999; www.nia.nih.gov, 2013).

Uyku: Hasta birey uyuma problemi ile karşılaşabilmektedir. Doktor tavsiyesi ile kullanılan ilaçlar ile birlikte hastanın yanında sakin ve sabırla konuşulması hastanın uyumasını sağlayabilir. Gün içinde planlı aktiviteler enerjisini azaltmaya yardımcı olabilir. Her gün aynı saatlerde uyuması ve sessiz bir ortamda yavaş müzik dinlemesi uyumaya yardımcı olabilir (Işık ve ark., 2008; www.nia.nih.gov, 2013).

İdrar ve dışkı tutamama: Bu konuda doktor yardımı alınmalıdır. Hastalık yada enfeksiyon nedeniyle oluşabilir. Bunun dışında idrar yapabilmesini kolaylaştıran destekler alınmalıdır. Aile hastanın huzursuzlandığında verdiği uyarıyı almalıdır. Belirti vermiyorsa belli aralıklarla tuvalete götürülmelidir. Dışkı sorunu yine sindirim sistemi ile ilgili olabilir. Bunun dışında düzenli alışkanlık saatlerinde yapması sağlanmalıdır (Önür, 1999; www.nia.nih.gov, 2013).

İletişim: Hasta birey ile iletişim kurmak zor olabilir. Saldırgan ya da moral bozan cümleler kurabilir. Yaklaşımınız sabır, anlayış ve iyi bir dinleyici olma yeteneğini içermelidir. Göz teması kurarak, vücut dili ile mesajlar vererek konuşulmalıdır. Alışıldık kelimeler ve basit kavramlar kullanılmalıdır. Anlaşılır şekilde ona hitap ederek ve ipuçları vererek konuşun (Bingöl, 2004; www.nia.nih.gov, 2013).

Davranış değişiklikleri: Yaşlı bireyde hastalığa bağlı görülebilen psikoz ve ajitasyon ortaya çıkabilmektedir. Yaşlı birey endişeli ve güvenliği tehdit altında gibi benzer tepkiler verebilir. Davranışın altında yatan hastayı rahatsız eden çevresel, psikiyatrik, medikal veya psikososyal

nedenler araştırılmalıdır. Böyle durumlarda doktora başvurulmalıdır. Hastaya verilen uygun antipsikoz ilaçlarını kullanılması sağlanmalıdır. Aynı zamanda hastayı ikna etmek ve gerçekleri kabullenmesi için mücadele etmek zor olmakta, sakinleşmesi ve uygun iletişim teknikleri için uzman yardımı alınmalıdır (Rabins ve ark., 2007).

Depresyon: Demanslı yaşlı hastalarda depresyon yaygın olarak görülebilmektedir. Bununla birlikte intihar girişimi riski bulunmaktadır. Bu konuda doktora başvurulmalı ve uygun antidepresan ilaçlarını kullanması sağlanmalıdır. Aynı zamanda hastanın ruhsal gelişimi ve oryantasyonu için uzman yardımı alınmalıdır (Rabins ve ark., 2007).

Amaçsız gezinme: Yaşlı birey evde amaçsız gezmeye başlayabilir. Evden uzaklaşıp ve geri evin yolunu kaybetmek gibi tehlikeli sonuçlara da varabilmektedir. Bu durum delüzyon, halisinyasyon ve uyku bozuklukları ile ilişkili olabilmektedir. Hastanın evde yeterli düzeyde güvenliği ve idaresi sağlanmalıdır. Bu konuda kapılara kilit sistemi ya da alarm sistemi şeklinde sistemler kurulabilir (Rabins ve ark., 2007).

Mali durum: Hasta birey faturaları ödeme, vergileri ödeme, diğer parasal konuları idare etme ve banka hesaplarını izleme yeteneğini er ya da geç yitirecektir. Bu nedenle bu konulardan hasta birey yerine sorumlu olacak bir vekil tayin edilmelidir. Hastanın geleceği için hazırlık yaparken bakım seçeneklerinin ödeme planları konusunda finans planlamacı, mali konularda uzmanlaşmış bir avukat ya da bilgili bir muhasebeci ile görüşülmelidir. Eğer evde sağlık hizmetleri ya da alternatif barınma gibi bir bakım seçeneği kullanmayı planlıyorsanız kaynakların ve özel koşulların sağlanması için bilgilendirme alınmalıdır (Bingöl, 2004).

Evde sağlık hizmeti veren bazı kuruluşlardan hastanın günlük bakımı için yardım alma, hemşirelik hizmetleri ya da fizik tedavi hizmetleri için yardım alınabilmektedir. Bu kuruluşlarda görev alan sosyal hizmet uzmanlarınca tutulan kayıtlar sonucunda ihtiyaçların belirlenmesi ile yardım alınabilmektedir (Bingöl, 2004).

Bakım veren aile bireyi bakım sürecinde soluklanma hizmetine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu hizmet bakım veren hastasının bakımına belli bir süre ara vererek tatil ya da ihtiyaçların karşılanması süresince olabilmektedir. Bu ailenin diğer üyeleri, komşu, gönüllü hizmet verenler ya da profesyonel bakım verenlerce karşılanabilmektedir. Bakım verenin enerjisini

toplamasına yardımcı olabilmekte ve hastanın uzun vadeli bakım merkezlerine yerleşmesini geciktirebilmektedir (Bingöl, 2004).

Yukarıda ki bilgilere göre Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu ve bakım veren aile bireyinin yaşamının neredeyse tamamının yaşlı bireyin bakımını düşünerek ve buna göre sürdürmesi gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır.

1.4. Yaşam Kalitesi Tanımı

Bu bölüme kadar Alzheimer hastalığı ve Alzheimer hastalığı olan yaşlı birey hakkında ki bilgilere geniş yer verilmiş olup, bundan sonra ki bölümde ‘yaşam kalitesi tanımı’, ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin yaşam kalitesi’ ve araştırmanın konusu olan ‘bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi’ konularına yer verilecektir.

Son yıllarda yaşam kalitesine odaklanan çalışmaların ve araştırmaların sayısı artmaktadır. Yaşam kalitesinin hem kişinin içsel hem de sosyal kriterleri ile çok boyutlu değerlendirilmesi olarak tanımlanmış; hem objektif (objektif çevre, davranış ile ilgili beceri) hem de subjektif (algılanan yaşam kalitesi, psikolojik iyilik hali) boyutu olduğu ifade edilmiştir. Subjektif ve objektif boyutlarının birbiri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Aile, arkadaş ilişkileri ve standart aktivitelerde zaman kullanımı ile değerlendirilen objektif boyutun subjektif olarak değerlendirilen yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu açıklanmaktadır (Günaydın, 2010).

Yaşam kalitesi karmaşık ve soyut bir kavramdır. Bazı çalışmalarda, yaşam kalitesi maddi çevrenin uygunluğu ve insanların bunu algılayış biçimi olarak yorumlanmaktadır. Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin ‘iyi olma’ durumu olarak da değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesi çok yönlü tatmin olma; mutluluk ve zevkin kişisel algısı olarak da değerlendirilmiştir. Ancak yaşam kalitesi çoğunlukla yaşamdan tatmin olma, mutluluk ve moral kavramları yerine de kullanılmaktadır (Yazgan ve ark., 2006).

Yaşlı yaşam kalitesi, yaşlı nüfus için fiziksel fonksiyon ve semptomlar, duygusal, davranışsal, kognitif ve entelektüel fonksiyonlar, sosyal fonksiyon ve destek varlığı, yaşam tatmini, sağlıkla ilgili algılar, ekonomik durum, yetenekler ile ilgili alanlar ve boş zamanları

değerlendirebilme, seksüel fonksiyon, enerji ve vitalite gibi değerlendirmeler içermektedir. Yaşlılarda hem yaşam kalitesi hem de yaşam beklentisini belirleyen en önemli sosyoekonomik faktörlerden biri gelir düzeyidir (O'boyle, 1997).

Yaşam kalitesi, bireylerin ihtiyaçlarını anlamak ve bu ihtiyaçları karşılamak için sunulan hizmetleri değerlendirmeye olanak sağlayan genel çerçeveye sunmaktadır. Diğer bir deyişle temel ihtiyaçların, sosyal beklentilerin karşılanmasını ve bireyin içinde yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yeteneklerini kullanarak yararlanmasını ifade etmektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

1.5. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Yaşam Kalitesi

Demans bireyin bilişsel, fiziksel, duygusal ve sosyal boyutu ile birlikte yaşam kalitesini etkilemektedir. Demansta yaşam kalitesi önemli bir kavram olmasına rağmen literatüre bakıldığında buna yönelik araştırmaların az olduğu görülmektedir. Bu nedenle bilişsel bozulmayla karakterize bir hastalık olan demanslı bireyin yaşam kalitesi tanımını yapmak zor ve karmaşık olmaktadır. Bilişsel bozulma, anlama kaybının olması demanslı bireyin yaşam kalitesinin belirlenmesi için bir faktördür. Diğer faktör ise altın standartların yokluğudur. Literatürde subjektif, objektif ve gözlemsel metodlarla demanslı bireyin yaşam kalitesi ölçülmektedir (Akpınar ve ark., 2012).

Yaşlı yaşam kalitesi, demanslı hastalarda zihinsel yetilerin bozulması önemli psikolojik anlama sahiptir. Bireylerin zamanla kendi kendilerine yaşamlarını sürdürebilmeleri belleklerine bağlıdır. Birçok demans olgusunda yakın bellek uzak bellekten önce kayba uğradığı için pek çok hasta belirginleşen bozukluklarını gözlerken nasıl işlev gördüklerini belirgin olarak hatırlayabilmeleri nedeniyle oldukça huzursuzdur. En temel düzeyde işlev olan kendilik beynin bir ürünüdür. Bu nedenle, hastalık ilerledikçe hastaların kimlikleri zayıflar ve geçmişleri ile ilgili daha az şey hatırlarlar. Depresyondan şiddetli anksiyeteye ve katastrofik teröre kadar değişen emosyonel tepkiler gözlemlenmeden önce kendilik duyusunun kaybı ile gerçekleşebilir (Abay, 2004).

Alzheimer hastalarında hastalığın ilk evresinde hafif düzeyde unutkanlık vardır ve kişiler çoğunlukla bellek bozukluğundan yakınır ve ilk dönemlerde hastalar bellek bozukluğunun farkında oldukları için çoğu zaman bu tür bir yeti yitimine anksiyete ve/veya depresyon semptomları ile tepki gösterirler. Kısa bir süre sonra hastalar kendilerindeki bellek bozukluğunu inkar etmeye başlarlar. Bu evrede karmaşık mesleki işlevlerin yerine getirilmesinde bozukluklar, hatta sanrılar ve kişilik değişiklikleri ortaya çıkabilir. Hastalar saldırgan olabilir ve çevresindekilere zarar verebilirler. Son evrede hastalar tüm kapasitelerini yitirmiş olup ağır bir yıkım söz konusudur. Tüm sözel yetenekler, motor beceriler kaybolmuştur. Kendi başlarına yıkınamadıkları gibi yemek yeme, tuvalet gibi ihtiyaçlarını da destek almadan yapamazlar. Ardından idrar ve dışkı kaçırmaya başlarlar. Yatalak hale gelebilirler, hastalar çoğunlukla araya giren enfeksiyonlarla kaybedilirler. AH'da yaşam süresi 2-20 yıl arası değişmektedir (Yılmaz ve ark., 2007).

Alzheimer hastası çevresel uyarılara karşı ilgisini yitirmiştir. Eskiden çok ilgi duyduğu alanlarda büyük ölçüde ilgisizdir. Gününü kendiliğinden yeni bir etkinliğe başlamadan boş bir şekilde geçirebilir. Bu durumdan dolayı şikayetçi değildir, durumuna da kayıtsızdır. Bu hastaların yaşamını etkileyen birçok hezeyan görülmesi hastanın yaşamını zorlaştırmaktadır. Özellikle entelektüel işlevleri azalsa da hastaların durumları konusunda bir dereceye kadar içgöruları olabilmektedir. İnsanlar benden bir şeyler çalıyorlar hezeyanı, hastalar eşyalarını nereye koyduklarını unutmaktadırlar. Bulamadıkları eşyayı bakıcı ya da evde yaşayanlardan birisinin çaldığını düşünürler. Evin kendisine ait olmadığı hezeyanı, bilişsel kayıplar nedeniyle evini tanıyamamasına neden olmaktadır. Eş ya da çocukların kendisinin eşi ya da çocuğu olmadığı onun yerine kopyasının geldiği hezeyanı, terk edilme hezeyanı, bakım verenlerin sırtına bir yük olduğu hissi oluşmasına bağlı bakım evine yatırılma ve terk edime korkusu yaşar, hakkında bir kuruma yatırılması komploları yapıldığını düşünür. Sadakatsizlik hezeyanı, hasta kendine olan güvensizlik nedeniyle eşi tarafından aldatıldığını düşünebilmektedir. Yanlış tanımlama hezeyanı, hastalar aynada ki kendi imajlarını başka birisi olarak algılayıp onunla konuşurlar. Evde aile bireyleri dışında başka insanların olduğuna inanırlar. Diğer şüpheler, paranoid düşünceler, halüsinasyonlar veya hezeyanlar, yabancılarla aynı evde yaşadıkları, hala çalıştığı ya da gezebildiği gibi yapması olanaksız olan eski alışkanlıklarını sürdürdüğüne ilişkin hezeyanlar, ölen kişilerin sağ olduğu ya da kızının hala çocukluk çağında olduğu gibi hezeyanlar, aynı kişinin ya da odanın bir başka kopyası olduğu hezeyanı, başka insanların kendisine zarar vereceği hezeyanı görülebilmektedir (Köroğlu ve ark., 2007; Işık ve ark., 2008).

Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin yaşamının hastalık süreci ile birlikte yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Alzheimer hastalığının önlenmesinde kesin veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle her yaşlı Alzheimer hastalığına yakalanma riski taşımaktadır. Toplumda giderek yaşlı nüfusun artmasına bağlı yaşlı bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

Yaşam beklentisi, toplumların sağlık durumlarının belirlenmesinde bir ölçüt olarak kullanılmaktadır ancak yaşlı nüfus için değerlendirilmesi gereken asıl ölçüt, hastalık ya da engelin olmadığı, sağlıklı ve aktif yaşam beklentisi olmalıdır. Yaşam beklentisi yerine sağlık beklentisi olarak kullanılacak bu gösterge; hastalıktan arınmış yaşam beklentisi, demanssız yaşam beklentisi, engelsiz yaşam beklentisi, aktivite kısıtlaması olmayan yaşam beklentisi ölçütlerini içermektedir. Bu nedenle yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılmasında sağlık ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

1.6.Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

Alzheimer hastalığı, gittikçe daha fazla sayıda insanı etkilemesi; kronik ve bağımlılıkla sonuçlanan bir hastalık olması nedeniyle hastalar kadar bakım veren kişiler için de zor bir süreç oluşturmaktadır. Bu süreçte aile üyeleri fiziksel, sosyal, emosyonel ve finansal problemlerle karşı karşıya kalır. Alzheimer tanısı konmuş hastanın davranışlarında bozulma ve yaşamı tek başına sürdüremeyecek duruma gelme aile içi rollerde değişime neden olarak aile üyelerini olumsuz etkiler. Hastanın günlük yaşamını sürdürmesi için ailenin desteğine gereksinimi vardır. Hastanın bu durumu aile üyeleri için birincil stres kaynağıdır. Hastanın sürekli bakıma gereksinim duyması aile üyelerinin sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesine, iş stresi ve ailesel sorunlara neden olabilir. Bu durum da bakım verenler için ikincil bir stres kaynağıdır. Aile üyelerinde kronik yorgunluk, öfke, suçluluk, hastadan utanma, gelecek kaygısı, hasta için daha fazla düşünme, çatışma, sosyal çevre kaybı, kişisel zamanın sınırlanması ve depresyon gelişebilir (Barlas ve Onan, 2008).

Demansı olan bir yakınına bakım verme, birey için büyük oranda stresli olan, psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarına yol açabilecek, ayrıca ölüm riskini artırabilecek bir süreçtir. Süreci bireyin kişisel ve demografik özellikleri, başatma becerileri ve mevcut destek kaynakları etkiler. İlişkili diğer önemli alanlar ise bakım verilen hastanın işlevsel bozukluk düzeyi

(performans durumu), bakım verme süresi, bakım verenin eş ya da erişkin olmasıdır. Bakım verme sosyal ve klinik olarak önemli bir konu olduğu için ve özellikle de bakım verenin etkin baş edebilmesi, hasta ile ilgili sonlanım ölçütlerini etkileyeceği için bakım verenin yaşam kalitesi klinisyenlerin önemsemeleri gereken bir konudur. Bakım verenler bir yandan sevdiği bireyi tedavisi olmayan ilerleyici bir hastalık yüzünden yavaş yavaş kaybetmekte oldukları gerçeği ile başetme durumundadırlar. Diğer yandan da üstlendikleri bakım verme rolünü etkin şekilde sürdürebilmek ve kendi ihtiyaçlarını da bu süreçte uygun şekilde gidermek durumundadırlar (Özer, 2010). Özellikle bedensel ve ruhsal hastalıklar, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir (Kılıçoğlu ve Yenilmez, 2005).

Yaşlanma sürecinde sağlık belirleyici bir faktör olarak gözükmekle birlikte demansı olan bir hastaya bakım verme ve tükenmişlik, bakım verenin yalnızca yaşam kalitesi üzerinde değil, fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından da depresyon ve artan ölüm oranları gibi önemli bir etkiye sahiptir. Alzheimer hastalığı da dahil olmak üzere, demans hastalarına bakım verenlerde yüksek oranda fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri bulunmaktadır. Bakım verenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi açısından farklılıklar bulunması bakım verenlerin bakım verme sürecinde üstlenmeleri gereken aşırı rollere bağlı olarak kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini düşündürmektedir (Korkut ve Berk, 2009).

Bakım verenler, sıklıkla üstlenmek zorunda kaldıkları bu role hazır değildirler. Hastaların bakımıyla uğraşan aile üyelerinin yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali sorunlar ‘hasta yakını yükü’olarak tanımlar. Hasta yakınının fiziksel sağlığı akranlarından daha kötüdür, depresyona yakalanma oranı daha yüksektir, kendine daha az zaman ayırabilir, toplumsal yalıtım ve rol değişikliği güçlükleri yaşam kalitesini düşürür (Yalçın ve ark., 2005).

Kronik hastalıklar yalnızca hastaların yaşamını değil bakım verenlerin yaşamını da etkilemektedir. Özellikle ileri aşamalarda hastalar, tamamen bağımlı ve sürekli yardımla yaşamlarını sürdürebilir hale gelebilirler. Bu nedenle bakım verme geçici olmayan, bakım veren bireyi tüm yaşamı boyunca etkileyecek ve yaşamının gidişini değiştirecek bir süreçtir. Yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir, ruhsal sorunlar, başetme güçlükleri ortaya çıkabilir. Ayrıca bu durum bakım verme rolünün uygun şekilde yürütülmesini önleyebilir. Yani bakım verenin yaşam kalitesi kesinlikle hastanın çeşitli alanlardaki iyilik halini de etkileyecektir (Özer, 2010).

Yılmaz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada, özellikle psikolojik ve davranışsal belirtilerin ve uyku düzensizliğinin tedavi ile düzeltilebilir ve kontrol altına alınabilir faktörler olmasını önemli olduğunu söylemişlerdir. Ülkemizde geleneksel bir bakış açısının devamı ile evde bakımı gereken bir hasta olması halinde bu yükün genellikle kadınlar tarafından üstelenmesi ve diğer yakınlar tarafından yükün paylaşılmasında ki isteksizlik bakım verende tükenmişliğe neden olmaktadır (Yılmaz ve ark., 2008). Bakım verenin tükenmişliğinin hastanın belirtileri ile ilişkili olmamakla birlikte yaşlılıkla gerileyen işlevsel yetilerin ve hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki işlevselliğinin azalmasının tükenmişlik oranını belirlediği açıklanmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya evde bakım verme hastalığın sonucu olarak bakım veren aile bireyini etkilemektedir. Bu nedenle yaşlı bireyin kendi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyinin değerlendirilmesi yaşlı bireyin bakım verene bağımlılık düzeyini belirlemek için önemlidir. Bunun sonucu olarak yaşlının ileri düzeyde bakım verene bağımlı olması bakım verme sürecinde bakım veren aile bireyinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarını etkilemektedir. Bu nedenle boyutların ayrı ayrı değerlendirilmesi bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesinin araştırılmasında ve yardımcı olma noktasında katkı sağlamaktadır (www.ema.europa.eu, 2008).

Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyde hastalığın fiziksel, sosyal ve psikolojik etkileri düşünüldüğünde yaşlı bireyde fiziksel, duyuşsal ve bilişsel yetilerinde ki azalma, hafıza bozukluğu, ruhsal ve kişilik değişimleri, dil, görsel ve hareket bozukluklarının olması ve ilerleyici bir hastalık olarak psikiyatrik belirtiler halisinasyon, delüzyon, paranoya, ajitasyon, panik ve inkar etme, davranışsal bozuklukları, agresif davranışlar ile birlikte toplum içinde bağımsız yaşama için gerekli aktivitelerde telefon etme, alışveriş, seyahat etme, ev işi yapma, tamir işleri, çamaşır yıkama, para ve ilaç kullanma gibi aktiviteleri içeren aletli günlük yaşam aktivitelerinde kayıplar görülmektedir. Yaşlı bireye bakım veren aile bireyinin evde bakım verme sürecinin zorlu ve ağır bir süreç olduğu görülmektedir. Bakım veren bireyin evde bakımda profesyonel kaynaklardan yardım alarak bakması ve desteklenmesi gerekmektedir.

Abraham Maslow'un yüzyıllar öncesinde yaşam kalitesini fiziksel, sosyal, güvenlik, benlik saygısı ve kendini gerçekleştirme basamakları şeklinde üç seviye ile tanımlamıştır. Bu tanımlı Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyine benzer şekilde uygulandığında ilk iki seviye ihtiyaçlar ve gereksinimler seviyesini belirlerken yüksek seviyenin yaşam

kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Temel gereksinimlerin psikolojik; sağlık, güvenlik, beslenme ve barınma yani ilk gereksinimlerdir. İkinci basamak davranışsal; çevrenin kullanılması ve uygun fonksiyonları kapsamaktadır. Alzheimer tipi demanslı yaşlının çevresel biliş, uyarıların kontrolü ve sosyal davranışların kontrol edilebilen alanların beyinde zarar görmesi nedeniyle ihtiyaçların yardımıyla karşılanması gerekmektedir. Demanslı insanların bilişsel olarak sağlam insanlar gibi hissedemez şeklinde yanlış kanı yüksek yaşam kalitesi ile açıklanmalıdır. Son basamakta hastalık nedeniyle duygusal ve ruhsal tepkiler etkilenmektedir. Yaşlı bireyde pozitif düşünce kaybolur yerine negatif düşünce oluşmaktadır. Aynı zamanda çoğu deneyimler ve gerçeklerin farkındalığı etkilenir. Yaşlı bireyde hastalığın bu etkileri geç fark edilmektedir. Bu durum da yaşlıya bakım veren aile bireyi de duygusal ve ruhsal yönden negatif düşünceye sahip olmaktadır. Yaşam kalitesini yükseltmekte amaç sadece olumlu ruh halini korumak değil aynı zamanda sosyal normlar etrafında duygusal istikrarı korumak, diğer insanlarla ilişkili olmak, kişisel normlar ve benlik duygusunu sürdürmek olmalıdır (Zeisel ve ark., 1999).

Yaşam kalitesi kavramı bireyin yaşamında ki tüm etkenlerden etkilendiği düşünüldüğünde bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesi yaşlı bireyin yaşam kalitesinden olumsuz yönde etkilenmektedir.

Tüm yaş grupları ile çalışan sosyal hizmet mesleği yaşlı grubu ile de çalışmaktadır. Yaşlı refahı için çalışan sosyal hizmetler hem yaşlı birey hemde aileleri için çalışma standartları, uygulamalar ve politikalar üretmektedir. Tüm insanların kendi yaşadığı ülkesinin yaşam standartlarından eşit şekilde faydalanması, ihtiyaçlarının karşılanmasında engellerin kaldırılması ve yaşam kalitesini yükseltecek hizmetler alması için çalışan sosyal hizmet yaşam kalitesi konusu ile yakından ilgilenmektedir. Bu noktada yaşlı birey ailesinden ayrı düşünülmemesi gerektiğinden yaşlı ile ilgilenen ve bakımını üstlenen aile bireyinin yaşam kalitesi tıbbi sosyal hizmetin temel hizmet alanına girmektedir. Bu bağlamda bundan sonra ki bölümde sosyal hizmetin görev alanı olan ‘tıbbi sosyal hizmet’, tıbbi sosyal hizmetin iki alt dalı olan ‘gerontolojik sosyal hizmet’, ‘geriatrik sosyal hizmet’, ‘geriatrik sosyal hizmet ve Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyleri’ konularına değinilecektir.

1.7. Tıbbi Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmetlerin gelişmesinde başlıca dört faktör rol oynamıştır. Bunlarda ilki; 19.yy sonlarında (1880) İngiltere’de akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların hastalığının tekrarlanmasına engel olmak için evlerinde takip edilmesi görüşünün benimsenmesidir. İkinci faktör ise; muhtaç aileleri saptayarak yardımda bulunmak üzere ‘Lady Almoner’ adı verilen ve yoksulların evine giden gönüllü kadınların hastanelerde görev almasıdır. İlk kez 1890’da Sir Charles tarafından Londra’da başlatılan bu sistem sayesinde ücretli ya da ücretsiz yatacak hastaların hangi kaynaktan ne ölçüde yardım alacaklarına karar verildiği gibi sosyal durumları da inceleniyordu. Üçüncü faktör; 1893 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde hastaneler ve toplum merkezlerince yoksul hastaları tedavi sonrasında takip için bu hastaların evlerine hemşire gönderilmeye başlanmasıdır. Bu sayede tedavinin kolaylaşması ve hastalığın aile hayatında yarattığı bireysel ve sosyal sorunları tanımlamayı da yararlı olmaktadır. Dördüncü faktör ise; Amerika Birleşik Devletleri’nde John Hopkins Üniversitesi hastalığa yol açan psikolojik ve sosyal sorunların tıp eğitimi içinde ele alınmasına gerek duyarak öğrencilerini söz konusu kurumlarda hastanın sosyal, ekonomik ve mesken sorunlarını incelemekle görevlendirmiştir (Duyan, 1996).

Hastalığın tıbbi tedavinin yeterli olmadığı, bunun yanında psiko-sosyal etmenlerin de ele alınması ve önleyici, takip edici yaklaşıma da yer verilmesi gerektiği görülmüş, sosyal durumu ihmal edilen hastalar ve aileleri ile ilişki kuracak, sorunlarının çözümlenmesinde yardımcı olacak bir meslek elemanının istihdam edilmesi gerekliliğine inanılmıştır. Bu düşünceden hareketle, tıbbi sosyal hizmet 1905 yılında ABD’de; Boston Massachusetts General Hospital, New York Bellevue Hospital, Baltimore John Hopkins Hospital gibi hastanelerde resmen uygulanmaya başlanmıştır (Önal Dölek, 2011).

Tıbbi sosyal hizmet yönetimi hem klinik hem de psiko-sosyal hizmetler bütünüdür. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının aldığı eğitim doğrultusunda birçok fonksiyonu bulunmaktadır.

Bunlar;

- Psiko-sosyal değerlendirme, teşhis/planlama/müdahale
- Finansal değerlendirme/planlama/müdahale
- Olayların çözümlenmesi
- Hasta ve ailesine danışmanlık

- Krize müdahale
- Kalite yönetimi
- Araştırma/geliştirme
- Taburculuk planlaması
- Sistemlerin kaynaşması
- Alışkanlıkların değişimi
- Takım işbirliği yapmak
- Hasta/ailesinin eğitimi
- Hasta/ailesini savunmak

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hasta ve ailesi için diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışır (www.sswlh.org, 2014).

Tıbbi sosyal hizmet ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler bireyle, grupta, aileyle, toplumla sosyal hizmet ve sosyal hizmet araştırması yöntemlerinin kullanıldığı ve başvuru, inceleme, müdahale, değerlendirme, uygulama, sonuçlandırma ve izleme aşamalarının gerçekleştirildiği tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını içermektedir (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2014).

Sosyal hizmet hasta yaşam kalitesinde önemli mesleklerden birisidir. Tıbbi alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları tedavi ekibi ile hasta ve ailesi arasında bilgi alışverişini sağlayan önemli köprü vazifesi görmektedir. Burada en önemli görev hasta ve ailesinin desteklenerek sosyal işlevselliğini olabilecek maksimum düzeye çıkarmaktır. Hastalığın tanınması ile başlayan zorlu süreç, hasta ve ailesinin yaşamalarını fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle kronik hastalıkların tanı, tedavi ve terminal dönemlerinde hasta ve ailesinin psiko-sosyal desteğe ciddi gereksinimleri vardır. Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, gereksinimine göre psiko-sosyal açıdan desteklenmesi hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmakta aynı zamanda yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Özbesler, 2013).

Hastalıkları doğru teşhis ve tedavi etmek amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tıp elemanlarının hastalığa yol açan fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik faktörler arasında ilişki üzerinde odaklaşmalarını zorunlu hale getirmiştir. Dolayısıyla sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışmaları da bu yönde yapılanmıştır. Tıbbi sosyal hizmetin odağında sosyo-ekonomik koşullar, sosyal destek ve sosyal sorunlar bulunmaktadır. Yukarıda sıralanan üç faktör sosyal, fiziksel ve psikolojik yakınmalara neden olmakta ve sosyal, fiziksel ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesine engel olmaktadır. Bu da sağlığın bozulmasına ve dolayısıyla yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Sağlığın bozulması ve yaşam kalitesinin azalması sonucunda ortaya belli bir stres çıkmaktadır. Bu stresin ortadan kaldırılması amacıyla gerçekleştirilen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları hastalıklara psiko-sosyal açıdan yaklaşmaktadır (Duyan, 2003).

Bununla birlikte yaşlı bilimi olan gerontolojiye değinilerek tıbbi sosyal hizmetin iki alt dalı olan **gerontolojik sosyal hizmet** ve **geriatrik sosyal hizmet** konularında kapsamlı bilgi verilecektir.

İnsanın yaşlanmasını ve yaşlılığını araştıran bilim dalı olan **gerontoloji**'nin tanımına yaşlanma açısından önemli ve yaşlılığı yapılandıran çevreler ve sosyal kurumlar da dahil edilmiştir. **Gerontoloji** disiplinler arası bilim kolu olarak çeşitli disiplinlerin sınırların ötesine taşan işbirliğini ve bu olgunun bedensel, psişik ve sosyal boyutlarını dikkate alan öncelikle biyoloji, tıp, psikoloji, sosyoloji ve diğer bilimlerin araştırmalarını kapsamaktadır (Tufan, 2014).

Gerontolojik sosyal hizmet yaşlanma sürecinin incelenmesini, yaşlı nüfus grubunun fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerini, yaşlanma ile ilgili toplum kaynaklarının incelenmesini ve ulusal yaşlanma politikaları üretilmesini ve yaşlılık programlarının oluşturulmasını kapsayan sosyal hizmetin uzmanlaşmış multi disiplinler alt alanıdır (Dayana ve ark., 2014).

Gerontolojik sosyal hizmet uzmanları bu alanda **eğitim, bilgi temeli, teorik perspektif ve uygulama alanları** ile uzmanlaşmaktadır.

Eğitim, sosyal hizmet uzmanları lisans düzeyinde genelci uygulama temelinde yetiştirilir. Lisans sonrası yüksek lisans görenler ise ileri ve sıklıkla uzmanlaşmış düzeyde uygulama yapabilmek için yetiştirilirler. Her iki düzeydede çeşitli kurumlar aracılığı ile yaşlı ve aileleri

ile çalışmak üzere istihdama katılırlar. **Bilgi temeli**, yaşa bağlı biyolojik ve psikolojik değişikliklere, yaşlıların aile dinamiklerine, yaşlılarda sıkça rastlanan medikal problemlere, müdahalelerine ve tedavi biçimlerine, evde bakım, yaşlılara finansal ve sosyal politika ve hizmetlere ilişkin bilgi sahibidirler. **Teorik perspektif**, gerontolojik sosyal hizmet uzmanları için temel olan teori ve yaklaşımlar, yaşlılık kuramları, yaşam döngüsü yaklaşımı, sosyal rol teorisi, üretken yaşlılık ve diğer bir anahtar içerik olan yaşam kalitesidir (Önal Dölek, 2011). **Uygulama alanları**, yaşlı refahı, zihinsel sağlık, yaşlıya bakım verenlerle çalışma, ekonomik alanda iyilik hali, yaşlanmanın sağlıkla ilgili sonuçları, yaşlıya bakım yönetimi, yaşlı ve yaşlıya bakım verenlerin kaynaklara ulaşması, yaşam rolü ve ilişkileri, yaşamın sonlanmasında bakım yönetimi gibi konularda yaşlı ve bakım veren aile bireylerinin biyo-psiko-sosyal yönden değerlendirilmesi konuları üzerinde çalışmalar yaparlar (Dayana ve ark., 2014).

Gerontolojik sosyal hizmet uzmanları Alzheimer hastalığı olan yaşlıya bakım veren aile bireyleri ile uygulama sürecinde öğretici ve eğitici olmak üzere iki şekilde müdahalede bulunur.

Öğretici uygulamalar: Bakım veren aile bireylerini yaşlanma sürecine ilişkin bilgilendirme, bakım verenleri yararlanabileceği kaynaklara ilişkin bilgilendirme, bakım verenlerle bakım sürecinde duygu ve düşünce paylaşımında bulunma, bakım verenlerle bakım sürecinde yaşanan sorunların ya da ihtiyaçların yazılı şekilde tartışma ortamı oluşturarak eğitici ve öğretici etkinlikler gerçekleştirmektir.

İyileştirici uygulamalar: Bu uygulama daha çok bakım verenlerle grup toplantısı yapmaya dayanmaktadır. Eğitici uygulama için geri bildirim sağlamaktadır. Bunlar: Sosyal hizmet uzmanının liderliğinde bakım verenlerle birlikte Alzheimer hastalığı olan yaşlıya bakım verme sürecinin aktif ve pasif dinleme yöntemleri ile tartışılması, bakım verenlerin bakım sürecinde ki başarı öykülerini anlatması ve referans gösterilmesini sağlama, bakım verenlerin beklentilerinin tartışılmasını sağlama ve en önemlisi bakım verenlerin yalnız olmadıklarını anlamalarını sağlama etkinliklerini içermektedir. Bu etkinlikler bakım veren aile bireylerinin geleneksel uygulamalardan uzaklaşmasını sağlamakla birlikte yaşam koşulları arasında ikilemde kalmalarını önlemektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin günlük yaşamda yemek yeme, giyinme, banyo yapma, temizliğini sağlama, ilaçlarını düzenli kullanma ve doktor kontrollerinin yapılması gibi

karşılaştığı problemlerin sıklığı yaşlı bireyin hastalığının ilerlemesi ile daha da şiddetlenmektedir. Özellikle yaşlı bireyin bilişsel kayıp nedeniyle hastalığı hakkında bilgisinin olmaması, kendi bakımını ve ihtiyaçlarının farkında olmaması her türlü bakımın başkası tarafından karşılanmasına neden olmaktadır. Bu durum bakım veren bireyin bakım vermede ki sorumluluğunun ve bakım yükünün artmasına neden olmaktadır. Bakım verenler ileri evrelerde yaşlının depresif, kuşkucu, düşmanca saldırgan davranışlar sergilemesi ile karşılaşabilmektedir. Bu noktada bakım verenin baş etme becerilerinin geliştirilmesi için bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır. Gerontolojik sosyal hizmet uzmanları aile ile birlikte sorunlara yönelik bakım planı oluşturarak, müdahale ederler ve çözüm önerileri oluşturular. Bakım verenin yaşadığı stresi azaltmaya ve sosyal işlevselliğini olabilecek en yüksek düzeye çıkarmaya çalışırlar. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım konusunda yardım alabileceği ülke kaynaklarının incelenmesi ve yeni kaynakların oluşturulması için çalışmalar yaparlar.

Gerontolojik perspektifinden bakan ‘geriatrik sosyal hizmet’ yaşlı bireyler ve aileleri ile çalışırlar. Bu bağlamda özellikle 65 yaş üzeri yaşlılarda görülen Alzheimer hastalığı tanısı almış yaşlı bireyler ve ailelerinin psiko-sosyal ve ekonomik sorunların belirlenmesi ve çözümlenmesi için çalışan ‘geriatrik sosyal hizmet’ konularına ayrıntılı olarak değinilecektir

1.8. Geriatrik Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet mesleği 20 yy. ortalarına kadar geniş kapsamlı geriatrik bilgiye ihtiyaç duymadı. O dönemde sosyal refah başlangıçta çocuk refahı fonksiyonlarını yürütmek için kurulmuştur. 1945’li yıllardan sonra yaşlanma ve sosyal hizmet karşımıza çıkmaktadır. Özellikle 1960 ve 1970 yıllarından sonra sosyal hizmet yaşlı insanları hedef nüfus gruplarından biri olarak kabul etmeye başlamıştır. Birçok mesleğin yaşlılar için özel bilgi, eğitim ve hizmet alma gerekliliği tanınmaya başlanmıştır. 1995 yılında Sağlık Meslek Bürosu sosyal çalışma alanında Geriatrik Eğitim Ulusal Forumu düzenledi. Mesleğin eğitiminde ve öğretiminde bir strateji özeti ortaya çıktı. 1990’lı yılların sonlarında, John A. Hartford Vakfı sağlık mesleklerinde ve sosyal hizmet mesleğinin dikkatini çekerek proje fonları ile geriatriyi güçlendirerek yaşlı bireylerin bakımını geliştirmeyi amaçlamıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının çabaları ile forumlar sayesinde Hartford Geriatrik Sosyal Hizmet Girişimi hazırlanmış

oldu. Bu girişimin geriatrik sosyal hizmet alanında önemli bir etkisi olmuştur (Rodríguez, 2013).

Geriatrik sosyal hizmet yaşlı bireylerin gelişimini artırmak için eğitim ve araştırmalardan sorumlu olan, yaşlı bireylerle çalışan alanında uzmanlaşmış multidisipliner bir meslektir. Geriatrik sosyal hizmet; yaşlı bireyi ilgilendiren ekonomik alanla, bakım veren aile bireyleri, mental sağlığı, yaşlanmanın sağlık ile ilgili sonuçları, akraba ilişkisi, bakım yönetimi, yaşam rolü ve ilişkileri, bakımın sonlanması, yaşam planı, otonomi, korunma, çeşitli yaşlılık toplulukları, kaynaklardan faydalanma, yaşam kalitesinin artması ve refah yönetimi ile yakından ilgilenir (Dayana ve ark., 2014).

Geriatrik hizmetlerin gelişimi tedavi ağırlıklı olsa da son yıllarda sosyal boyutu ve özellikle bakım üzerinde durulmaya başlanması sevindiricidir. Geriatrik hizmetler sağlık kuruluşlarında ve sosyal hizmet kuruluşlarında Tıp Doktoru, Hemşire, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Beslenme Uzmanı gibi profesyonel meslek elemanlarından oluşan bir ekiple verilir. Geriatrik ekipte yer alan meslek elemanları yaşlı kişi ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak ve sorunlarını çözmek için birlikte hareket eder. Her profesyonel kendi mesleki sınırları içinde destek verip, müdahil olduğu ekip çalışması sonuçlandığında karmaşık sorunları olan yaşlıların yaşam kalitesi artar. Geriatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı (yaşlı) hastanın tıbbi bakım ve tedaviyi kabul etmesi, hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak, hastalık nedeniyle ortaya çıkan sorunları çözmek için uğraşır. (Yaşlı) hastanın tedavisiyle ilgili sosyal, ekonomik ve duygusal faktörleri anlamasına yardımcı olan, onun ve ailesinin moralini destekleyerek güven duygusu veren, hasta ve ailesinin yararına toplum kaynaklarını harekete geçiren, işleyişi ve mesleki açıdan katkı vererek hastanenin daha iyi hizmet vermesine çalışan sosyal hizmet uzmanı geriatrik ekibin doğal üyesidir (Dönümcü, 2009).

Geriatrik sosyal hizmet; sosyal hizmetin uygulama alanlarından tıbbi sosyal hizmetin mesleki rol ve işlevleri doğrultusunda, 65 yaş üzeri yaşlılara yönelik spesifik hizmet verdiği bir alt alanıdır. Bu alanda çalışan meslek elemanlarına da geriatrik sosyal hizmet uzmanı denilmektedir (Önal Dölek, 2011).

Geriatrik sosyal hizmet yaşlıların ve ailelerinin yaşam kalitesini güçlendirmelerine ve sürdürmelerine yardımcı olur. Geriatrik sosyal hizmet uzmanları ise sağlığa ve iyilik haline etki eden fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin ilişkisini kurmak amacıyla bütüncül bir

değerlendirme yapmak üzere eğitim alırlar. Geriatrik sosyal hizmet gittikçe artan bir şekilde, birçok sağlık mesleklerinde olduğu gibi, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkabilecek problemlerin önlenmesi ve iyilik halinin sürdürülmesi üzerinde odaklaşmaktadır. Geriatrik sosyal hizmet uzmanları kriz müdahalesi, kısa tedavi modelleri ve yaşlıların baş etme kapasitelerini ve informal destek sistemlerini güçlendirmek için aileleriyle çalışma konusunda beceri sahibidir. Hizmet sunumuna etki eden engellerin ortadan kaldırılması geriatrik sosyal hizmetin bir diğer ayırıştırıcı yönüdür. Benzer şekilde, geriatrik sosyal hizmet uzmanları hem yaşlıların hem de yaşlılara hizmet veren kurum ve kuruluşların etkili ve verimli bir şekilde hizmet verebilmesi alabilmesi için hizmetlerin etkililiğini ve uygunluğunu izleme çalışması yapar. Yaşlı birey ve gruplarla doğrudan çalışmanın yanı sıra sosyal hizmet uzmanları yaşlılara yönelik hizmet veren organizasyonların ve diğer sosyal kurumların yaşlıların gereksinimlerine ve sosyal problemlerine yönelik araştırmaların geliştirilmesi için çalışmalar da yapar. Bu çalışmalar yönetim, toplum organizasyonu, politika ve program geliştirme ve değerlendirme, kaynak geliştirme, stratejik planlama şeklinde sıralanabilir. Bu roller etkili ve verimli hizmet sunan sistemlerin geliştirilmesinde ve işlevsel hale getirilmesinde oldukça önemlidir (Duyan, Sayar ve Özbek, 2008).

Sosyal hizmetler değişik ortamlarda yaşlılara hizmet vermektedir. Bunlar huzurevi, yaşlı bakım evi, yaşlı danışma merkezi ve yaşlının kendi evi de olabilmektedir. Geriatri alanında verilecek olan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sosyal hizmetlerin “Toplum tabanlı bakım yaklaşımı” çerçevesinde sunulması gerekmektedir. Toplum temelli yaklaşım sadece yaşlı bireyler için değil aynı zamanda özürlü ve kronik hastalığı olan bireyler içinde uygulanan bir modeldir. Burada kişiye kendi ayakları üstünde durma becerisi kazandırılmakta yaşlı bireyin toplumdaki kopuk yaşamasına izin verilmemekte ve toplumla bütünleştirilerek sosyal hayata katarak problemlerinin çözülmesi sağlanmaktadır. Toplum temelli yaklaşım kişinin güçlü olan yönleri ile ilgilenir, aile üyelerinden destek alır onlara sorumluluk yükler, kişinin kendi yaşamı ile ilgili söz sahibi olmasını ister ve destekler. Bu yaklaşımın maliyeti oldukça düşük fakat kazandırdıkları oldukça yüksektir. Aktif ve sağlıklı yaşlanmayla ilgili eğitimler ve sosyal etkinlikler düzenlemek bu yaklaşıma örnek olarak gösterilebilir (Uçku ve ark., 2012).

Sosyal hizmet uzmanı toplum temelli yaklaşımda son derece önemli bir meslektir. Bu mesleğin müdahaleleri birey ve bireyin ailesi, komşu-arkadaş ve terapi aldığı grup ve topluluk adına da yaşadığı toplum, toplumsal örgütler boyutunda olmaktadır (Uçku ve ark., 2012).

1.9. Geriatrik Sosyal Hizmet ve Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireyleri

Dünyada yaşlılara sunulan hizmetler ülkeler ayırımında çeşitlilik göstermektedir. Bu hizmetler arasında ağırlıklı olarak yaşlıların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik medikal model anlayışı ile sağlık hizmetleri veren ancak sosyal model anlayışıyla çok disiplinliliği ve disiplinler arası çalışmayı benimseyen geriatrik birimleri yer almaktadır. Kronik ya da akut sağlık problemlerine sahip olan yaşlılar, birkaç disiplinden koordine edilmiş bir bakım hizmeti aldıklarında yarar sağlayabilirler. Profesyonel meslek elemanlarının, birbirine bütünleşmiş bir müdahale planı ve hasta/yaşlı ile bakım veren aile için bakımı koordine edebilme yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir. Hastalar; bakım hizmetinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik konularda karmaşık problemleri olan hastalar ve aileleri için tıp, hemşirelik ve sosyal hizmet profesyonelleri tarafından geliştirilen bir bakım planına ihtiyaç duyarlar (Önal Dölek, 2013).

Uzun yaşam hem önemli fırsatlar hem de zorluklar ortaya çıkarır. Pek çok arzu ve isteğini gençliğinde elde etmiş olan yaşlı birey kişiselliği ve sosyalliğine katkı sağlayacak ve geliştirecek önemli fırsatlara sahiptir. Bununla birlikte ilerleyen yaş ile birlikte fırsatlar ve güçlükler dikkate alındığında bağımsızlık, sosyal iletişim, sağlık hizmetleri ve topluma katılım ile ilişkili güçlüklerle de karşılaşılır. Yaşlı bireyler; azalmış fiziksel ve mental beceriler, yüksek oranda kronik hastalıklara sahip olmaları ve Alzheimer tipi demans hastalığı gibi bazı hastalıkların ortaya çıkması yaşlı yaşamının ve ailesinin yaşam kalitesini etkilemektedir (Günaydın, 2010).

Sosyal hizmet uygulamasının birey, aile ve toplumla çalışma yaklaşımı içinde yaşlılarla kurum bakımında ya da ailesi ile birlikte yaşayan yaşlıların ailesi ile ilgili görev ve sorumlulukları ile mesleki bir çalışmanın başlatılması ve sürdürülmesi üzerinde odaklanmaktadır. Yaşlı bireyi Alzheimer tipi demans hastası olması özelinde düşünüldüğünde alıştığı ortamda ve çevresinde artık bağımsız yaşaması güçleşmektedir. Yaşlı ve ailesi yardım ve destek hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Hizmetler sunulurken yaşlı ve ailesi bir bütün olarak düşünülmelidir. Evinde tek başına yaşayamaması ve bakım veren aile bireyi ile kalamayacak durumda olması ve bakım verenin artık bakım veremeyecek durumda olması her iki tarafıda koruyacak kurum bakımı gibi düzenlemeler yapılabilir. Özellikle Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin yeni bilgiler, deneyimler edinme ve çevreye katılımı zorlaşması ile birlikte

bakım veren aile bireyinin bütün zamanının yaşlı birey ile geçirmesi kendisine zaman ayıramaması toplumdan soyutlanmasına neden olabilir. Her bireyin kendine özgü ihtiyaçları olabileceği kabul edildiğinde yaşlı birey ve bakım veren aile bireyinin ihtiyaçlarını karşılayacak çeşitli çözüm yollarının ve hizmetlerin en uygun olanının sunulması gerekir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

Genel olarak aile ani olarak hastalıkla karşılaştığında aile sistemini ve ilişkileri etkileyen bir kriz durumu yaşanır. Fiziksel ve duygusal yaşantılar, hastanın kaybından korkmak, ailedeki rollerin değişmesi ve yeniden düzenlenmesi, ekonomik zorluklar beraberinde gelir. Alzheimer tanısı konulan hastaları, onun bakımı ile uğraşan aile üyelerini, hatta uzak akrabalarını ve arkadaşlarını hem de onun bakımından sorumlu olan kişileri etkileyen bir süreçtir. Uzun dönemde davranış değişikliklerinin yol açtığı belirgin güçlükler, tam bellek yitimi, bunların doğurduğu sosyal sonuçlar, parasal yükler, kişisel ve evlilikle ilgili stres, bakım yerleri ve programlarının düzenlenmesi gibi sorunlar ortaya çıkar bakım verenlerin yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal bakımdan tümüyle işgal eden bir süreçtir (Yılmaz ve ark., 2007).

Yaşlıların çevresindeki sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi, sağlıklı yaşam ve yaşlanma konularında danışmanlık hizmeti sunulması, yaşlılara kendi kendilerine yetebilecekleri fikrinin özendirilmesi, kronik- dejeneratif hastalıklarla mücadele, sağlık eğitimi, yaşlılardaki engellilik probleminin çözülmesi ve bu çalışmalara toplum katılımının sağlanması ve yaşlının toplumla bütünleşmesi ana hedefler içinde olmalıdır (Uçku ve ark., 2012).

Yaşlı birey ve bakım verenler için geriatrik sosyal hizmet uzmanları genelci yaklaşım çerçevesinde mikro ve makro düzeyde uygulama süreci oluşturur.

Mikro düzeyde Alzheimer hastalığı olan yaşlı bireyin bakım verene bağımlılık düzeyini azaltmak, aile ve yakın çevre desteğini sürdürmek, yaşlı üzerindeki gerginlikleri azaltmak, yaşlılığa özgü ihtiyaçlar ve hizmetlere ilişkin bilgi vermek, ailenin ve bireyin sınırlarını bilmek, aile ve yakın çevre tarafından verilebilecek bakımın düzeyini belirlemektir. **Makro düzeyde** ki uygulamalar önyargılardan bağımsız olarak yaşlanmanın anlamını ve güçlü yanlarını bilmek, kültürel ve bireysel farklılıkları gözetmek, yaşlılara yönelik sosyal ve mesleki politikayı etkilemek, yaşlıların kendi kaderini tayin etme hakkını içeren bir etik anlayışı benimsemek, disiplinlerarası ve disiplinlerüstü işbirliği ile çalışmak, yaşlılara yönelik

varolan toplumsal ve kurumsal hizmetlerin geçerliğini ve uygulamasını eleştirel biçimde incelemektir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010).

Hem evde bakım hem de tıbbi ekibin bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanları yaşlı birey ve bakım veren aile bireyleri ile birlikte çalışmaktadır. Hasta bireyin hem yaşının ilerlemiş bulunması hem de bakım aldığı ortamının ev olması, sağlık profesyonellerinin onu değil yakınlarını muhatap alma eğilimini güçlendirmektedir. Evde bakım, tıbbi tedavinin yanı sıra banyo yapma, kıyafet değiştirme gibi bireysel bakım gereksinimlerinin; evi temizleme, çamaşır yıkama, ortamı yaşamı kolaylaştırıcı duruma getirme gibi evle ilgili gereksinimlerin; mali harcamaları düzenleme, seyahat etme, sosyal aktivitelere katılma gibi ekonomik ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasını da kapsamaktadır. Ev ortamının bir parçası olarak, gereksinim duyanlara geleneksel yaklaşımlarla verilen bakımın konunun dışında kaldığını; hasta yakınlarının tıbbi direktifler doğrultusunda verdiği paramedikal bakımdan ayrı bir olgu olduğunu vurgulamak yerinde olacaktır. Bu ayrım çerçevesinde, ikinci türde bakım vermesi söz konusu olan ev sakinlerinin sağlık profesyonelleri tarafından eğitilmesi önem taşımaktadır (Can ve ark., 2013).

Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlıkları zamanla azalması ile birlikte ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, yaşlı bireyi ve bakım veren aile bireylerini de aynı düzeyde yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Yaşlı bireye bakım verme ile birlikte kronik hastalıkların olması, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşam kalitesi değerlendirilmesinde önemli değişkenlerdir (Telatar ve Özcebe, 2004).

Psikodinamik yaklaşımlar demanslı hastaların aile üyelerine önemli destek sağlayabilir. Hastaya bakım verenler tedrici bozulmayı gözledikleri için suçluluk, keder, öfke ve tükenme duyguları ile mücadele ederler. Bakım verenlerde gelişen yaygın bir sorun, hastanın bakım hizmetinde kendilerini feda etmeleridir. Fedakarlıklarından dolayı tedricen gelişen güvenme genellikle suçluluk duygusu oluşturacağından baskılanır. Klinisyenler, bakım verenlerin sınırlı sevgiyle yaklaşım sağlayan karmaşık duygularını anlamalarına yardımcı olabilirler ve bu duyguları açığa vurmalarına anlayışla izin verebilirler. Aynı zamanda, hastanın

hastalığından dolayı birisini ya da başkalarını suçlama eğilimlerine ve demanslı hastanın aile üyelerinin yaşamlarında oynadıkları rolün değerine dikkat edilmelidir (Abay, 2004).

Hasta ve bakım verenin ihtiyaçlarına yönelik düzenlenecek rehberlik hizmetleriyle bakım verme sürecinin kalitesinin artırılması, bakım verenin stresinin azaltılması ve hasta yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilecektir. Bu konuda yapılan çalışmalarla bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlığında göreceli bir iyileşme sağlanırken, hastalar için sağlanacak merkezlerin artırılması, merkezlere ulaşımın kolaylaştırılması gibi konularda belirgin yol alındığı bildirilmiştir. Sadece düzenli aralıklarla hekim tarafından yapılan telefon görüşmeleriyle bile hastaların mortalitesi azalmış, birinci basamakta sağlık hizmetine ulaşmaları kolaylaştırılmıştır. Tıbbi sorunlarla ilgili bilginin artması sağlanırken kullanılacak ilaçlara uyumla birlikte hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlarına farkındalık artmış ve müdahale şansı olmuştur (Atagün ve ark., 2011).

Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların ancak üçte birinden azı demanslı hastalarına aile bireyleri tarafından bakım verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Genel olarak aile bireylerinin bakımı üstlendiği düşünülürse bu durumun çoğu zaman kendi istekleri dahilinde olmadığı anlaşılmaktadır. Bakım veren aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal sağlığının sürdürülmesi, bakım verenlerin yükünün belirlenmesi, hem bakım veren hem de bakım alanların gereksinimlerini karşılamaya yönelik önlemler alınması konularının da önem arz ettiği görülmektedir (Tekin, Dişçigil ve Altunbaş, 2011).

Yapılan çalışmalar ve kuramsal çerçeve sonucunda Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım sürecinde psiko-sosyal desteğe ihtiyacı olduğu fakat bakım verenlerin yalnızca yaşlı için tıbbi hizmet aldıkları kendi psiko-sosyal desteklerini ihmal ettikleri görülmektedir. Ülkemizde psiko-sosyal boyutta hizmet veren geriatrik sosyal hizmetin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Aynı zamanda Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin refahı devlet politikası olmalıdır. Buna yönelik çalışmalar ve girişimler yapılması gerekmektedir.

1.10. Kaynak özetleri

Yaşlı bireylere ve özellikle bakıma ihtiyacı olan kendi bakım gereksinimini karşılayamayan bireylere bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini araştırmaya yönelik yapılan çalışmalar mevcut olmakla birlikte azlığı dikkat çekmektedir. Alzheimer hastalığını yaşayan bireylerin giderek bakımını karşılayamaz hale gelmesi bakım veren bireylerin sağlıklarını korumada yetersiz kalması ve yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle günümüzde hastaya bakım veren bireylerin yaşam kalitesini araştıran çalışmaların arttığı görülmektedir.

Türkiye’de yapılan literatür çalışması sonucunda sınırlı sayıda araştırma olduğu gözlenmiştir. Araştırma kapsamında ulaşılabilen Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren bireylerin yaşam kalitesini inceleyen ve buna yönelik yurtiçinde ve dışında yapılan bazı araştırma ve derlemelerin yayın yılı dikkate alınarak sıralanmış ve özetlenmiştir.

Karlawish ve arkadaşları (2001) tarafından Alzheimer hastalığı olan yaşlı bireyin yaşam kalitesini değerlendirmek için yapılan çalışmada yaşam kalitesi ile ilişkili olarak bakım verenin ve hastanın yaşam kalitesi tanımlanmıştır. Hastanın ve bakım verenin sosyodemografik verileri, bakım verenin deneyimleri, demansın şiddet derecesi anketi ve genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Analize göre hastanın yaşam kalitesinin, bakım verenin yaşam kalitesinden daha düşük olduğu bulunmuştur. Bakım verenin depresyonu, bakım yükü, demansın şiddetinin yüksek olması, hastanın mental sağlığının azalmasına bağlı olmaktadır. Yaklaşık olarak başlangıç ve orta düzey Alzheimer hastalığı olan yaşlının bakım verenine göre yaşam kalitesi kendinin hasta olduğunu düşünene göre daha farklı olduğu bulunmuştur. Demansın şiddeti ve bakım verenlerin depresyon deneyimleri ve bakım verenlere negatif yük etkisi yaşam kalitesini değerlendirmede etki eden faktörler olarak alınmıştır. Bu çalışma ile hastaların problematik davranışları, bakım yükü, bakım verenin depresyonun taramalarının sonuçları klinisyenlerin baskın olarak bu sonuçlarla ilgilenmelerine neden olmaktadır.

Yalçın ve arkadaşları (2005) tarafından Alzheimer hastalığı entellektüel işlevlerin gerilemesi, çeşitli nöropsikiyatrik davranış ve rahatsızlıkları ve günlük yaşam etkinliklerini bozan ilerleyici dejeneratif bir bunamadır. Bu hastaların büyük bölümü evde yaşar ve yakınları tarafından bakılır. Hastaların bakımını üstlenen aile üyelerinin yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali sorunlar ‘hasta yakını yükü’ olarak tanımlanır. Bakıcılar, üstlenmek

zorunda kaldıkları bu yüke, sıklıkla hazırlıksız yakalanmaktadırlar. Doktor, hasta yakınının yükünü azaltmak ve her iki tarafın yaşam kalitesini yükseltmek için yapılandırılmış bir yaklaşım kullanılabilir. Bu yapılandırılmış yaklaşımın öğeleri; hasta ve yakını ile bir ittifak oluşturmak, bilişsel belirtilerin aileye açıklanması, güvenlik konularının tartışılması (kişisel güvenlik, ev güvenliği ve çevrenin düzenlenmesi), bedensel hijyen ve tıbbi bakımın düzenlenmesi, psikopatolojik belirtilerle başa çıkılması ve bakım verenlere destekten oluşmaktadır.

Thomas ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmaya teşhis edilmiş 1.410 demanslı hasta ile bu hastalara bakım verenler dahil edilmiştir. Bakım verenlerin yaşam kalitesi hastaya verilen bakımla bağıntılıdır. Kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Düşük yaşam kalitesi bakım verenlerin kırılabilirliğini artırmaktadır. Bu nedenle demanslı hasta ile birlikte bakım verenlerde de beslenme bozukluğu görülmekle birlikte sıklıkla hastalanmaktadırlar. Hastalarının bakımı ile çok ilgili olmaları ve bakım verenlerin yaşam doyumlarını düşürmektedir. Bakım verenlerin yaşam kalitesi ve kırılabilirliklerini ölçmek için Pixel'in çalışmalarında ki verilerden geliştirilmiş ölçek kullanılmıştır. Her ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Sonuçlar hem hastaların hem de bakım verenlerin sosyodemografik verilerini, tıbbi ve terapötik verileri ile ilişkilidir.

Thomas ve arkadaşları (2006) tarafından teşhis edilmiş 100 demanslı hasta ve evde bakım verenler üzerinde yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi ile hastaların yaşam kalitesi karşılaştırılmıştır. Bakım verenlerde önemli davranış bozuklukları ve demans gelişmesi eğilimi olduğu bulunmuştur. Kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Alzheimer hastalığı olan bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesini ölçmek için 20 sorudan oluşan pixel'in geliştirdiği ölçek ile Robins'in demans hastalarının yaşam kalitesini ölçmek için geliştirdiği ADRQL (Alzheimer hastalığına ilişkin yaşam kalitesi ölçeği) kullanılmıştır. Bu ölçek hem hastaların hem de bakım verenlerin sosyodemografik verilerini içermektedir. Hastaların tıbbi ve terapötik verileri özellikle nöropsikolojik içeriği değerlendirilmiştir. Folstein'in biliş testi, Cornell'in depresyon ölçeği, ön değerlendirme, Katz'ın bağımlılığı dizini, Cumming'in demansın psikolojik ve davranışsal belirtileri ve bakım verenlerin depresyonunu hekimin değerlendirdiği nöropsikiyatrik içerik kullanılmıştır.

Carrasco'ya (2007) göre demans ve Alzheimer hastalığı hasta ve ailelerine büyük bir yük getirmesi nedeniyle sonuçları yıkıcı olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ancak demans ve

Alzheimer hastalığının yaşam kalitesi kavramı ile ilişkisine son on yılda odaklanılmıştır. Bu hastalık göz önüne alındığında, ana hedefi tedavisi mümkün olmadığından hastaların yaşam kalitesini korumaktır. Yaşam kalitesi farklı tedavilerin etkisinin, sağlık ve sosyal müdahalelerin değerlendirmesinde ölçüm aracıdır. Yaşam kalitesi ölçümü ile uzmanların bakım verenlerin ve hastaların değer sistemlerinin değerlendirmesine fırsat vermektedir. Aynı zamanda tedavi ve müdahale yöntemlerine farklı bir bakış açısı getirmesine izin vermektedir. Ayrıca, ağırlıklı olarak ABD ve İngiltere de demans için yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir.

Yılmaz ve Turan, (2007) tarafından yazılan bir makalede Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarında tükenmişlik kavramının son yıllarda oldukça önemli bir konu haline geldiği belirtilmektedir. Bakımı üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı birçok değişken artırabilir. Hastalığın düzeyi, hastanın iletişim kurma yetersizliği, kişilik değişiklikleri, davranışsal, psikolojik işaret ve belirtiler gibi hastayla ilgili değişkenler, bakım verenin cinsiyeti, başarılı olamama korkusu, idealleri, fiziksel ve psikolojik sağlıkta bozulma gibi bakım veren ile ilgili değişkenler ve hastayla bakımını üstlenen kişi arasındaki ilişki bakımı üstlenenin yaşadığı sıkıntının düzeyini etkilemektedir. Tükenmişliğe yönelik adımlar tartışılırken, alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, tükenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması gerekmektedir ve farmakolojik olan ve olmayan tedavi yaklaşımlarının hekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmelerinin önemi açıktır.

Barlas ve Onan, (2008) tarafından yazılan bir makalede Alzheimer, ‘yaşlılık ve öncesi en çok görülen bunama nedenlerinden biri olup genellikle sinsi başlayan, ilerleyici olan ve zihinsel işlevlerde, bellek, yargılama, algılama ve soyut düşünmede ağır yetersizliklerin söz konusu olduğu bir beyin hastalığıdır’. Şeklinde tanımlanmaktadır. Hastalarda fiziksel sorunların yanı sıra, sıklıkla donukluk ve ilgi kaybı, dolaşma, oryantasyon bozukluğu, ilgi odağı olma isteği ve düşkünlük, öfke ve saldırganlık gibi davranış sorunları ile kişisel bakım, beslenme ve eliminasyon ile ilgili sorunlar görülür. Alzheimer tanısı konmuş hastanın davranışlarında bozulma ve yaşamını tek başına sürdüremeyecek duruma gelmesi aile içi rollerde değişime neden olarak aile bireylerini olumsuz etkiler ve bu bağlamda hastanın aile desteğine gereksinimi vardır. Hastanın tanı, tedavi ve bakım giderleri aile için yük oluşturabilir. Aile bireylerinde kronik yorgunluk, öfke, çatışma, sosyal çevre kaybı ve depresyon gelişebilir. Hastanın ailede yarattığı bu sıkıntılar iyi bir hasta aile ilişkisi, sosyal ve ekonomik destek ve

uygun başa çıkma yollarını kullanmakla azaltılabilir. Bu makale, Alzheimer hastası ve ailesi ile iletişim üzerine odaklanmaktadır.

Korkut ve Berk (2009) 2008 yılında Alzheimer hastalarına ve sağlıklı yaşlılara bakım veren kadın yakınlarının bakım verme tarzı, problem çözme stratejileri, öfke tarzları ve sağlık durumunun incelenmesi amacıyla bir çalışma yürütmüştür. 22 Alzheimer hastasına bakım veren, 20 herhangi bir demans tanısı almamış yaşlıya bakım veren ve yaşlı ile beraber yaşayan olmak üzere toplam 42 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin öfke, kontrol kaybı, korku, suçluluk ve yalıtılmışlık hissi gibi problemlere daha yatkın oldukları bilinmektedir. Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren kadınların sağlıklı, herhangi bir demans tanısı almamış yaşlılarla beraber yaşayıp onların bakımında katkıda bulunan kişilerle arasında öfke seviyesi ve problem çözme yaklaşımları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Akyar ve Akdemir, (2009) tarafından Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak 50 bakım veren ile yapılan araştırmada, veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Ki-kare ve Fisher's exact testleri uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre bakım verenlerin %64'ü bakım verme nedeniyle ailede güçlük yaşamakta, güçlük yaşayanların %40,6'sı bakımda destek alamama, %34,4'ü psikolojik ve %18,8'i ekonomik sorunlar yaşamaktadır. Bakım verenlerin %90'ının günlük yaşamı etkilenirken, hastası ileri evrede olan bakım verenlerin %83,3'ü bakımda sorun yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin hastanın amaçsız gezinme sorunu olması ile ailede güçlük ve bakımda sorun; fekal inkontinansı olması ile bakımda sorun yaşaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken, hastanın diğer sorunları ile ailede güçlük, bakımda sorun yaşaması arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Bakım verenlerin destek alma durumları ile ailede güçlük yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmazken, Alzheimer hastası dışında bakım verilen bir başka kişinin olması ile ailede güçlük yaşaması arasındaki fark; bakım verenin bakımda sorun yaşaması ile bilgi gereksinimi olma durumu arasındaki fark ve bakım verenin ekonomik durumunun hastalık nedeniyle etkilenmesi ile ailede güçlük yaşaması arasındaki fark önemli bulunmuştur.

Özer (2010) tarafından yapılan derlemede demanslı hastaların öz bildirimine dayanan ve yakınların yaptığı değerlendirmelerin bir arada yaşam kalitesi ölçümlerine yansımaları gerektiğini söylemiştir. Bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğine ilişkin de çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastaların davranışsal, bilişsel ve işlevsel bozuklukları, önemli oranda yük ve sıkıntıya neden olabilmektedir. Bakım verme yoğunluğu ve baş etme becerilerinin ya da desteğin düşük olması, yine durumu kötüleştirmektedir. Aileye müdahale yöntemleri olmakla birlikte ekonomik ve sağlık sistemi ile ilgili güçlükler, bakım verenlerin ihtiyaçları olan yardımı alabilmelerini engellemektedir. Bakım verenin yaşam kalitesi, hastanın evde bakımının sürdürülebilmesi ve yaşam süresi için önemlidir.

Kuzu Kurban ve arkadaşları (2010) tarafından Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması çalışmasında yaşam kalitesi ölçeği (DUKE) ve geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) kullanılarak yapılan araştırmada 38 AH'ı olan ve 77 AH'ı olmayan hastayla çalışılmıştır. DUKE yaşam kalitesi ölçeğine göre fonksiyonel sağlık alanında alınan puan ortalamaları AH'ı olanlarda, AH'ı olmayanlara göre daha düşük bulunmuş, disfonksiyonel sağlık alanında ise her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Geriatrik depresyon ölçeğine göre AH'ı olanlarla AH'ı olmayanlar arasında fark bulunmazken, GDÖ'ne göre AH'ı olmayanlarda olanlara göre daha fazla depresyon saptanmıştır.

Tekin ve arkadaşları (2011) tarafından demans hastalarının bakımı, toplumsal bakış açısı, davranış ve bilgi kaynakları araştırmasında Alzheimer derneği tarafından 2008 yılında İzmir ve Mersin'de halk eğitim toplantısına katılan 118 kişiyle çalışılmıştır. Katılımcıların 50 yaş üstü bireyler çoğunluğu oluşturması hastalıkla ilgili merakları veya yakınlarının bakım gereksinimleri ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma sonucunda demans konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin oranındaki azlık bilgi gereksinimini göstermiştir.

REACH (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health; Alzheimer'lı hastalara bakım verenlerin sağlığını iyileştirmek için kaynaklar) 1995'de AH'ı olan bireylere bakım verenlerin ve ailenin sağlığının etkilenme düzeyinin araştırılması ile davranışların yönetimi, beceri eğitimi oluşturmak ve en iyi yönetme biçimlerini geliştirmek amacıyla bir proje araştırması yapmıştır. Araştırma 1,222 aile bireyi kapsamında 18 ay süre ile Pittsburgh Üniversitesi tarafından yürütülmüştür. Araştırmada bakım verenler eğitim, davranış ve

çevresel değişkenlerle test edilmiştir. AH'ı olan yaşlı birey ile birlikte en az altı ay yaşayan ve günde 4 saat bakım veren 21+ yaştaki bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada diğer hastalara bakım verenlerden farklı olarak hastanın bilişsel ve fiziksel yetersizliklerin deneyimlenmesi sebebiyle bakım yükü ve stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu olumsuz etkilerin sonucu olarak açıkça görülmüş ki AH'ı olan yaşlıya bakım veren aile bireyleri daha sık sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Özellikle acile başvurma, hastanede uzun süre kalma, tıbbi testlere ve kişilik problemleri ile psikolog veya psikiyatriştlere başvurma, kronik hastalıklar, sağlığı ile ilgili kendinle hesaplaşma görülmektedir. AH'ı olan yaşlıya bakım veren aile bireylerinin sağlık ihtiyaçlarının desteklenmesi gerekmektedir (Schulz ve Cook, 2011).

1.11. Araştırmanın amacı

Araştırmanın temel amacı bilişsel kayıp ile kendini gösteren Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini ortaya koymaktır.

Bu amaç doğrultusunda belirlenen araştırma soruları aşağıda ki gibidir:

- a. Alzheimer tipi demanslı yaşlının sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- b. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- c. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini gösteren sağlık durumu, psikolojik durumu ve sosyal kaygıları ölçek puan sonucuna göre yaşam kaliteleri ne düzeydedir?
- d. Alzheimer tipi demanslı yaşlının sosyodemografik özelliklerinin bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesine etkisi nasıldır?
- e. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin sosyodemografik özelliklerinin bakım verenin yaşam kalitesine etkisi nasıldır?
- f. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım sürecinde en çok karşılaştıkları güçlükler ve ihtiyaç duydukları destek sistemleri nelerdir?

1.12. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma yalnızca Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi İbni Sina Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilmiştir. Ankara'da bulunan diğer üniversite hastanelerinden izin alınamamasından dolayı araştırmanın süresi uzamış ve daha az sayıda hastaya ulaşılmıştır. Araştırmanın diğer sınırlılığı ise; Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi İbni Sina Hastanesi geriatri polikliniğine ayaktan başvuran yaşlı ve bakım veren sayısı haftanın gün ve saatlerinde değişiklik göstermesi nedeniyle araştırmaya nöroloji polikliniği, cerrahi polikliniği ve acil servise ayaktan başvuran ve bu kliniklerde yatan Alzheimer tipi demanslı yaşlı ve bakım verenleri de dahil edilmiştir. Bu araştırma, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden yaşlı bireyler ve bakım verenler, araştırmanın soru formu ve bu formda yer alan ölçekler ile sınırlandırılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümü “Araştırma Evreninin Saptanması ve Örnek Seçimi”, “Veri Toplama Yöntem ve Araçları” ile “Verilerin Değerlendirilmesi” başlıkları altında verilmiştir.

2.1. Araştırma Evrenin Saptanması ve Örnek Seçimi

Araştırma evrenini Ankara'daki hastanelerde Alzheimer tipi demans tanısı almış 65 yaş ve üzerinde ki bireyler ve bu bireylere bakım veren aile üyeleri oluşturmaktadır. Araştırma örneğine Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri polikliniği, Cerrahi polikliniği, Nöroloji polikliniği ve Acil servise ayaktan başvuranlar ile aynı zamanda yataklı servislerde yatan Alzheimer tipi demanslı yaşlılar ve bu yaşlılara bakım veren aile bireyleri dahil edilmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınarak bu polikliniklere başvuran ya da yatan 262 Alzheimer tipi demanslı kadın ve erkek yaşlılar ile bu hastalara bakım veren 262 aile bireyi olmak üzere 524 kişi araştırma kapsamına alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini belirlemeye yönelik verilerin elde edilmesinde anket tekniğinden yararlanılmıştır. Bu bölümde hem yaşlı birey hem de bakım veren için anket formunun hazırlanması, uygulanması ve anket formuna geçerlilik ve güvenilirlik testi uygulanması konuları açıklanmıştır.

2.2.1. Anket Formunun Hazırlanması

Araştırmada veri toplama amacıyla iki anket formu bulunmaktadır. Bu anket formları katılımcı tarafından anlaşılabilir şekilde, konu ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak kapsamlı bir şekilde hazırlanmıştır. Birincisi ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlı anket formu’dur.

Birinci ankette; Alzheimer tipi demanslı yaşlı birey onam formu, yaşlı bireyi tanıtıcı sosyodemografik bilgi formu ile Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığını belirlemeyi amaçlayan cümlelerin yer aldığı bölüm bulunmaktadır.

İkinci ankette ise; Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi onam formu, bakım veren aile bireyini tanıtıcı sosyodemografik bilgi formu ile Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçek bulunmaktadır.

2.2.1.1. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlı Anket Formu

Alzheimer tipi demanslı yaşlı anket formunda; ‘yaşlı bireyi tanıtıcı sosyodemografik bilgiler’, ‘hastalığa ve bakıma ilişkin bilgiler’ ile ‘günlük yaşamda karşılaşılan problemlerin sıklığı ölçeği’ olmak üzere üç alt bölüm yer almaktadır. Birinci alt bölümde cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, meslek, medeni durum, ailedeki birey sayısı ve çocuk sayısı gibi yaşlı bireyi tanıtıcı sosyodemografik bilgiler bulunmaktadır. İkinci alt bölümde yaşlı bireyin hastalığına ve bakıma ilişkin olarak; hastalığın tanı süresi, evresi, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, başka hastalıkları, düzenli ilaç kullanma durumu, nerede ve kim tarafından bakıldığı gibi sorular sorulmuştur. Üçüncü alt bölümde ise; ‘36 saatlik gün, Alzheimer hastalığı ve ileri yaşta bellek kaybı olan kişilerin bakımında hasta yakınları için rehber’ konulu çalışmada yer alan günlük yaşamda karşılaşılan problemlerin yaşanma sıklığını değerlendiren ölçek bulunmaktadır. Bu kaynak Alzheimer tipi demanslı hastalara bakım veren aileler için oluşturulmuştur. Kaynakta hasta yakınlarının hasta bakımı sırasında karşılaşılabilecekleri sorunları ve bunların çözüm alternatifleri sunulmuştur. Ölçekte bulunan günlük yaşamda karşılaşılan problemlerin sıklığı 5’li Likert tipi 20 cümleden oluşmaktadır (Çizelge 2.1).

Çizelge 2. 1. Alzheimer tipi demanslı yaşlı anket formu

Sorular	Soru sayısı	Anket
Yaşlı Bireyi Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	10	Nominal/ordinal
Hastalığa ve Bakıma İlişkin Bilgiler	9	“
Günlük Yaşamda Karşılaşılan Problemlerin Sıklığı	20	5’li Likert
a. Yemek yeme		“
b. Pasaklılık		“
c. Atıştırma – yeme bozukluğu		“
d. Yenmemesi gereken şeylerin yenmesi		“
e. Kusma		“
f. Çatal, kaşık, bıçak kullanımı		“
g. Ağız sulanması		“
h. Solunum problemi		“
ı. Yutamama		“
i. Boğulma atakları		“
j. Kilo kaybı		“
k. Yıkanma/banyo		“
l. Giyim		“
m. Ağız bakımı, diş fırçalama		“
n. İdrar tutamama		“
o. Dışkı tutamama		“
ö. Temizleme		“
p. Yürüme ve denge problemi		“
q. Bellek kaybı		“
r. Doktora gitme/ilaç kullanımı		“

2.2.1.2. Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireyi Anket Formu

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin sosyodemografik bilgileri, bakım veren bireyin eşini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler, bakım veren yaşam kalitesi ölçeği ve 4 açık uçlu sorunun bulunduğu anket formu 78 sorudan oluşmaktadır. Anket formunda yer alan bölümler ve sorular Çizelge 2.2’ de özetlenmiştir.

Çizelge 2.2. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi anket formu

Sorular	Soru Sayısı	Ölçek
Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	14	Nominal-Ordinal
Bakım Veren Bireyin Eşini Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	5	
Bakım Veren Yaşam Kalitesi Ölçeği	24	
a. Sağlık durumu	5	
b. Psikolojik durumu	10	
c. Sosyal kaygılar	9	
d. Manevi durum	7	
Açık Uçlu Sorular	4	
a. Bakım sürecinde en çok hangi güçlüklerle karşılaşılıyorsunuz?		
b. En çok hangi konuda yardım ve desteğe ihtiyaç duyuyorsunuz?		
c. Aileden beklentileriniz neler?		
d. Kurumlardan ve devletten beklentileriniz neler?		

2.2.2. Anket formunun uygulanması

Hazırlanan anket formu, 20 Ağustos- 30 Kasım 2013 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesine başvuran Alzheimer tipi demans tanısı konmuş yaşlı bireyler ve bu bireylere bakım veren aile üyelerine gönüllülük çerçevesinde, sosyodemografik verilerin dışında kimliği tanımlayıcı soruların yer almadığı bir formatta uygulanmıştır. Anket formları hazırlandıktan sonra 10 yaşlı birey ve 10 bakım veren aile bireyine uygulanarak ödeneme çalışması yapılmıştır. Ödeneme çalışmasında ankette yer alan soruların anlaşılabilirliği ve süresi belirlenmiştir. Yaklaşık 45 dakika süren anketler katılımcılara gerekli bilgilendirme yapıp onamı alındıktan sonra karşılıklı görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Hastalığın evresine bağlı olarak yaşlılara anket uygulama süresi uzamıştır. Bazı durumlarda yaşlı bireyi yormamak için yaşlı hakkında ki bazı somut bilgiler (örn: öğrenim düzeyi, çalışma durumu v.b.) bakım veren aile bireyinden de alınmıştır. Araştırma da 262 yaşlı birey ve 262 bakım veren birey anketi olmak üzere 524 anket değerlendirilmeye alınmıştır.

2.2.3. Anket Formuna Geçerlilik ve Güvenirlik Testinin Uygulanması

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için yürütülen bu çalışmada Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyleri için yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizine ilişkin sonuçları değerlendirilerek bu ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması aşağıda açıklanmıştır.

Katılımcılara uygulanan anket formları değerlendirilerek ölçeklerin yapı geçerliliği ve güvenilirlik testi yapılmıştır. Testin doğrulayıcı faktör analizi için Lisrel 8.8 programı kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini kontrol etmek için doğrulayıcı faktör analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Ölçeğin boyutlarının birbiri ile ilişkili olması nedeniyle çıkan değerler, ölçeğin alt boyutlarını hatalı gibi gösterebilmektedir. Bu nedenle uzmanların görüşü alınarak çıkan değerlere göre ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının geçerliliği kabul edilebilir bulunmuştur.

Anket formunun güvenilirliği için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ayrıca anket formunda yer alan ölçeğin alt boyutlarının ayırt etme gücü madde analizi yapılarak incelenmiştir. Bu amaçla madde toplam puanları arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır.

Ölçek: ‘Alzheimer Tipi Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’

Bu çalışmada bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçeğin orijinali ‘kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği aile versiyonu’ başlığında toplam 37 sorudan oluşmaktadır. Ferrell ve arkadaşları (1998) tarafından kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye yönelik geliştirilen ölçek 1994-1998 yıllarında 219 hasta yakınına ulaşılarak test edilmiştir. Ölçek: fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali, sosyal kaygılar, manevi iyilik hali olmak üzere dört boyuttan oluşmuştur. Bu çalışmada National Medical Center and Beckman Research Institute (Ferrell ve Grant, 1998) tarafından ‘kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılan versiyon (Quality of Life Family Version)

araştırmacıların da izni ile Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeği olarak adapte edilmiştir. Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçeği 4 boyut (sağlık durumu, psikolojik durum, sosyal kaygılar ve manevi durum) ve toplamda 31 maddeden oluşturulmuştur. Her soru 4 şıktan oluşmuştur. Buna göre puan aralığı en düşük ‘1’ ve en yüksek ‘4’ tür. Bu doğrultuda beklenen toplam puan sonucu için en düşük ‘31’ en yüksek ‘124’ dr. Böylece alınan puana göre bakım veren aile bireyi yaşam kalitesi düzeyi belirlenmektedir.

Dil geçerliği:

Ölçek önce araştırmacı tarafından daha sonra iki ayrı uzman tarafından Türkçeye evrilmiştir. Bu eviriler dikkate alınarak tek bir Türkçe lek oluşturulmuştur. Bu Türkçe lek yeniden dil uzmanınca İngilizceye çevrilip daha sonra tekrar Türkçeye çevrilmiş, uzman görüşü alınarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

Yapı geçerliği:

Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireyleri yaşam kalitesi leği 4 boyuttan oluşmaktadır. Sağlık durumu, psikolojik durum, sosyal kaygılar ve manevi durumu şeklinde yaşam kalitesi leği alt boyutlara ayrılmıştır.

Orijinal ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik retest sonucunda güvenirlik için hesaplanan Cronbach Alpha sonucu 0,89, yarıya bölme tekniğine göre iç tutarlılık sayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi leği güvenirlik ölçüm sonucu Cronbach Alpha modeline göre 0,92 olarak belirlenmiştir. 4 boyut için ayrı ayrı Cronbach Alpha güvenirlik katsayısına bakılmıştır. Sağlık durumu için Cronbach Alpha değer 0,85, psikolojik durum için 0,84, sosyal kaygılar için 0,76, manevi durum için 0,58 olarak bulunmuştur. Manevi durum Cronbach Alpha değer düşük bulunması nedeniyle ölçekten çıkarılmış ve analizlere dahil edilmemiştir. Ölçeğin diğer boyutlarının değerlerinin literatüre göre “yüksek derecede güvenilir” olduğu; leği oluşturan soruların, yapılan araştırmanın doğruluğunu ortaya çıkarabilecek nitelikte, birbirleriyle ilişkili, tutarlı, anlaşılır ve yeterli sayıda olduğu belirlenmiştir. Araştırma, ilgilenilen sorunları büyük oranda yansıtmaktadır.

Açımlayıcı faktör analizi, birbiriyle ilişkili olan çok sayıdaki değişkeni, aslında az sayıda ve aralarında anlamlı ortak bir yapı bulunan faktörler halinde sınıflandırmaya ve gruplandırmaya yarayan keşfedici bir istatistik tekniğidir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucu elde edilen 24 madde ve 3 boyuttan oluşan ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Örneklemin yeterliliğini değerlendirmek üzere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri hesaplanmıştır. KMO değeri 0.92 olup, faktör analizi yapmak için oldukça uygun olduğuna karar verilmiştir. Değişkenlerin birbiri ile korelasyon gösterip göstermediğini sıyanan Barlett's testi anlamlılığı da ($p=0,000$; $p<0,10$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermiştir. Analiz sonucunda uyum istatistiklerinden olan ölçeğin ki-kare değeri (P) olasılığı beklenenden küçük bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçek alt boyutları ile uyumsuz olduğu söylenebilir. Bu nedenle uzmanların görüşüne göre P değeri genellikle uyumsuz çıktığı için ki-kare serbestlik derecesine (sd) başvurulmuştur. Ki-kare sd 5-3 arasında ise orta düzeyde uyum, 3'den küçük ise iyi uyum olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Bu çalışmada ki-kare/sd ($944,27 / 246$) 3.84 bulunduğu için orta düzeyde uyumlu olduğu sonucu çıkmıştır. Verilerin t-testi ve varyans analizine uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla veriler normallikleri ve varyansların homojenliğine ilişkin testler yapılmıştır. Elde edilen değerlere göre veriler t-testi ve varyans analizi için uygun olduğu görülmüştür.

Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinin Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fix Index - CFI) ve Norm Dayanaklı Uyum İndeksi (Normed Fit Index -NFI) değerleri 0,90-0,95 arasında orta düzeyde uyum, 0,95'den büyük ise iyi uyum olarak yorumlanmaktadır. Bu çalışmada 1 çıktığından çok iyi uyum olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index - GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index - AGFI) değerleri sd'ye aşırı bağımlı olduğundan sırası ile 0,85 ve 0,80'nin üzerinde çıkması kabul edilebilir bir uyum olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada GFI 0,98, AGFI ise 0,97 olduğundan iyi uyum olduğunu göstermektedir. Ölçeğin hata indeksi Yaklaşık Ortalama Hataların Kare Kökü (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA) 0,5'den küçük olması iyi uyum, 0,8-0,5 arası orta uyum, 0,10-0,8 arası ise kabul edilebilir uyum olarak yorumlanmaktadır. Bu çalışmada RMSEA değeri 0,10 düzeyinde olduğundan kabul edilir olarak değerlendirilmiştir. Genellikle RMR-SRMR değerinin sırası ile 0,8 ve 0,10'dan küçük olması beklenir. Bu çalışmada RMR değeri 0,04 iken SRMR değeri 0,07 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin uyum ve uyumsuzluk (hata) İndeksleri bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin kabul edilir değerlerde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Çizelge 2.3).

Çizelge 2.3: Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği

Bakım veren yaşam kalitesi ölçeği	Cronbach Alpha	Madde ayıricılığı	KMO	Barlett' s testi	CFI	NFI	GFI	AGFI	RMSE A	RMR	SRMR
Sağlık durumu	0,85	0,61-0,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psikolojik durumu	0,84	0,34-0,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sosyal kaygılar	0,76	0,17-0,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Genel toplam	0,92	-	0,92	0,00	1,0	1,0	0,98	0,97	0,10	0,04	0,07

Ölçeğin alt boyutlarının madde ayıricılıklarına madde – toplam puan korelasyonları ile iç tutarlık güvenilirliğine ise Cronbach Alpha tekniği kullanılarak bakılmıştır. Sağlık durumu testinin iç tutarlık güvenilirliği 0,85 olarak hesaplanmıştır. Testin yüksek düzeyde iç tutarlık ve güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilir. Sağlık durumu testinin madde ayıricılıkları 0,61-0,71 arasında çıkmıştır. Maddelerin ayıricılıklarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Psikolojik durum testin iç tutarlık güvenilirliği 0,84 olarak hesaplanmıştır. Testin iç tutarlık ve güvenilirliği saptanmıştır. Psikolojik durum testinin madde ayıricılığı 0,34-0,71 arasında çıkmıştır. Maddelerin ayıricılıklarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal kaygılar testinin iç tutarlık güvenilirliği 0,76 olarak hesaplanmıştır. Testin iç tutarlık ve güvenilirliği vardır. Sosyal kaygılar testinin madde ayıricılığı 0,17-0,75 arasında çıkmıştır. Maddelerin ayıricılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak ölçeğin kabul edilebilir uyum iyiliği sınırları içinde olduğu ve analiz sonuçlarına göre belirlenen üç faktörlü modelin kabul edilebileceği görülmektedir. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeği'nin alt boyutlarından bazı sorular (sağlık durumu (5), psikolojik durum (2-3-4-5-7-10), sosyal kaygılar (1)) tersyönlü (reverse) puanlanarak, hesaplanmıştır. 24 cümleden her biri 4 seçenekten oluşturulan ölçekten en az 24 en çok 96 puan alınmaktadır. Buna göre Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi düzeyi değerlendirilmektedir.

2.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, “SPSS istatistik 15.0” programında analiz edilerek değerlendirilmiştir. Her soruya ilişkin frekans ve yüzde değerlerini gösteren çizelgeler hazırlanarak aritmetik ortalamalar hesaplanmıştır. Cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, meslek bağımsız değişken, yaşam kalitesi araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlı birey ve bakım veren aile bireylerini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler kapsamında; cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, aile birey sayısı, çocuk sayısı, meslek ve ekonomik duruma ilişkin değişkenler ile yaşam kalitesini belirlemeye yönelik faktörlerin frekans dağılımları, ortalamaları, standart sapmaları ve varyansları incelenmiştir. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeği ile bağımsız değişkenlerin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına ilişkin yapılan karşılaştırmalı sonuçlar t-testi ve varyans analizi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçları 0,05 anlamlılık düzeyine (p) göre (Güven Aralığı= %95'e) değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu araştırmada elde edilen bulgular; ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlı birey’ ile ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi’ olmak üzere iki başlık altında yapılandırılmıştır.

3.1. Alzheimer tipi demanslı yaşlı birey

Bu bölümde bulgular; ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyi tanıtıcı sosyodemografik bilgiler’, ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin hastalığına ve bakımına ilişkin bilgiler’ ile ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığı’ başlıkları altında açıklanmıştır.

3.1.1. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyi tanıtıcı sosyodemografik bilgiler

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye ait sosyodemografik bilgiler; cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, meslek, medeni durum, ailedeki birey sayısı, çocuk sayısı gibi bilgiler ile açıklanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya ait sosyodemografik bilgiler Çizelge 3.1’ de verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin yarısından fazlası (%54,6) kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan yaşlı erkeklerin oranı ise %45,4’dür. Yaşlı bireylerin yaş aralığı 66 ile 98 arasında değişmekte olup; kadınların ortalama yaşı 80,2, erkeklerin ise ortalama yaşı 80,8 olarak bulunmuştur. Çoğunlukla Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin 76- 85 (kadın %56,8- erkek %55,6) yaş grubunda oldukları bulunmuştur. Kadınların 86 ve daha büyük yaşta olanları ile 75 ve daha küçük yaşta olanların oranı (%21,6) eşittir. Erkeklerin ise 86 ve daha büyük yaşta olanların oranı %24,3 iken 75 ve daha küçük yaşta olanların oranı %20,1 olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin öğrenim düzeyine bakıldığında, kadınların yarısından fazlasının okur- yazar olmadıkları (%55,2) görülmektedir. Kadınların okur-yazar olanlarının oranı %13,9’dur.

Üniversite mezunlarının oranı ise %12,5, ilkokul mezunlarının oranının %6,9 olduğu anlaşılmaktadır. Erkeklerin ise %29,4'ünün okur-yazar oldukları bulunmuştur. Yine erkeklerin %27,7'si ilkokul mezunu ve %21,8'i üniversite mezunudur. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin neredeyse tamamı çalışmamaktadırlar (çalışmayan %70,6, emekli %29,4). Erkeklerin de tamamına yakınının emekli olduğu (%98,4) anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin %73,4'ü ev hanımlarından oluşmaktadır. Yine kadınların %11,8'inin öğretmen, memur, bankacı olarak, %8,3'ünün işçi olarak çalıştıkları görülmektedir. Erkek Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%29,4) serbest meslek, esnafılık yaptıkları, %21,8'inin işçi ve %15,9'unun öğretmen, memur, bankacı oldukları anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin tamamının sosyal güvencesi vardır. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin çoğunluğunun dul/boşanmış oldukları (%58,7), erkek yaşlı bireylerin ise çoğunluğunun evli (%61,3) oldukları anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin aynı evde birlikte yaşadıkları aileleri çoğunlukla 3-6 bireyden (%54,5) oluşurken erkek yaşlı bireylerin ailesi 1-2 (%58,8) bireyden oluştuğu anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin sahip oldukları çocuk sayısının çoğunlukla 4 ve daha az (kadın %51,7- erkek %60,5) olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.1. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyi tanıttıcı sosyodemografik bilgiler

Sosyodemografik bilgiler	Yaşlı birey					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	143	54,5	119	45,4		
<u>Yaş</u>						
66-75	31	21,6	24	20,1	262	100
76- 85	81	56,8	66	55,6		
86-98	31	21,6	29	24,3		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Öğrenim düzeyi</u>						
Okur yazar değil	79	55,2	13	10,9	262	100
Okur yazar	20	13,9	35	29,4		
İlkokul	10	6,9	33	27,7		
Ortaokul	5	3,4	4	3,3		
Lise	11	7,6	7	5,8		
Üniversite	18	12,5	26	21,8		
Lisansüstü	0	-	1	0,8		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Çalışma Durumu</u>						
Çalışıyor	0	-	1	0,8	262	100
Çalışmıyor	101	70,6	1	0,8		
Emekli	42	29,4	117	98,4		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Meslek</u>						
Evhanımı	105	73,4	1	0,8	262	100
Avukat, Mühendis, Doktor	9	6,2	15	12,6		
Öğretmen, Memur, Bankacı	17	11,8	19	15,9		
İşçi	12	8,3	26	21,8		
Çiftçi	-	-	18	15,1		
Serbest meslek, Esnafılık	-	-	35	29,4		
Asker	-	-	5	4,2		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Medeni Durum</u>						
Evli	53	37,0	73	61,3	262	100
Bekar	6	6,9	4	3,3		
Dul/boşanmış	84	58,7	42	35,2		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Ailedeki birey sayısı</u>						
1-2	65	45,5	70	58,8	262	100
3 -6	78	54,5	49	41,2		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Çocuk sayısı</u>						
Çocuk yok	14	9,7	9	7,5	262	100
1-4	74	51,7	72	60,5		
5-8	59	41,2	38	31,9		
Toplam	143	100	119	100		

3.1.2. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin hastalığına ve bakımına ilişkin bilgiler

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin çoğunluğunun AH'ı tanı alma süresinin 3- 6 yıl arasında (kadın %59,4- erkek %49,5) yoğunlaştığı görülmektedir. AH'ı tanısı alan hastaların yaklaşık yarısının hastalığın şiddetli evresinde (kadın %48,9- erkek %50,4) oldukları bulunmuştur. Kadınların %27,2'sinin, erkeklerin ise dörtte birinden azının (%27,7) erken evrede oldukları belirlenmiştir. Orta evrede olan kadınların oranı %23,7 iken erkeklerin oranı ise %21,8'dir. Yaşlı bireylerin AH'ı hakkında bilgi düzeyleri sorgulandığında yaşlı bireylerin çoğunluğunun bilgi sahibi olmadıkları (kadın %75,5- erkek %71,4) bilmiyorum dedikleri görülmektedir. Çok az biliyorum diyen kadın hastaların oranı %16,0 iken iyi biliyorum diyen kadın hastaların oranı %8,3'dür. Erkek hastalardan çok az biliyorum diyenlerin oranı %23,5 iken iyi biliyorum diyenlerin oranı %5,0'dir. Kadın yaşlı bireylerin %55,9'nun, erkek yaşlı bireylerin %55,4'nün başka bir hastalığı olduğu ve yaşlıların en çok hipertansiyon hastalığı tedavisi gördükleri (kadın %53,5- erkek %47,8) bulunmuştur. Kadın yaşlıların %50,4'ü AH'ı ve diğer hastalıkları ile ilgili olarak ilaçlarını düzenli ve saatinde kullandıklarını belirtirlerken; erkek hastaların %57,2'i bunu söylemiştir. Kadın yaşlı bireylerin %58,7'sinin kendi evinde, %41,3'nün ise bakım verenin evinde bakım aldığı; erkek yaşlı bireylerin ise %73,1'inin kendi evinde, %26,9'nun ise bakım verenin evinde bakım aldığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadın yaşlı bireylerin bakımını karşılayanların çoğunluğunu (%33,5) eşler oluştururken; bakımı kızı tarafından karşılananların oranı %28,6, oğlu tarafından karşılananların oranı %8,3, gelini tarafından karşılananların oranı %18,8, akrabası tarafından karşılananların ise %10,4 oranında olduğu belirlenmiştir. Yine erkek yaşlı bireylerin bakımını karşılayanların yarısından fazlasını (%54,6) eşler oluştururken; bakımı kızı tarafından karşılananların oranı %14,2, oğlu tarafından karşılananların oranı %15,9, gelini tarafından karşılananların oranı %9,2, akrabası tarafından karşılananların ise %5,8 oranında olduğu belirlenmiştir. AH ile ilgili olarak verilen sağlık hizmetlerinden ve sağlık personelinin yaklaşımından yaşlıların çoğunluğu (kadın %83,3- erkek %76,5) memnun olduklarını belirtmektedirler. Ancak kadın yaşlıların %16,7'si ve erkek yaşlıların %23,5'i bu konuda ki memnuniyetsizliklerini bildirmişlerdir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin hastalığına ve bakımına ilişkin bilgiler

	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Kaç yıl önce tanı aldınız</u>						
0-2	45	31,4	41	34,4	262	100
3-6	85	59,4	59	49,5		
7-15	13	9,0	19	15,9		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Hastalığın evresi</u>						
Erken evre	39	27,2	33	27,7	262	100
Orta evre	34	23,7	26	21,8		
Şiddetli evre	70	48,9	60	50,4		
Toplam	143	100	119	100		
<u>AH hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?</u>						
İyi biliyorum	12	8,3	6	5,0	262	100
Çok az biliyorum	23	16,0	28	23,5		
Bilmiyorum	108	75,5	85	71,4		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Başka bir hastalığınız var mı?</u>						
Evet	80	55,9	66	55,4	262	100
Hayır	63	44,1	53	44,6		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Varolan hastalıklar</u>						
Hipertansiyon	68	53,5	45	47,8	262	100
Diyabet	30	23,6	11	11,7		
Kalp hastalığı	17	13,3	26	27,6		
*Diğer	12	9,4	12	12,7		
Toplam	127		94	100		
<u>AH yada diğer hastalıklar için doktora verdiği ilaçlarınızı düzenli olarak ve saatinde kullanıyor musunuz?</u>						
Evet	72	50,4	68	57,2	262	100
Hayır	71	49,6	51	42,8		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Nerede bakılıyorsunuz?</u>						
Kendi evimde	84	58,7	87	73,1	262	100
Bakımverenin evinde	59	41,3	32	26,9		
Toplam	143	100	119	100		
<u>Size kim bakıyor?</u>						
Eşim	48	33,5	65	54,6	262	100
Oğlum	12	8,3	19	15,9		
Gelinim	27	18,8	11	9,2		
Kızım (büyük kızım, küçük kızım)	41	28,6	17	14,2		
Akrabam	15	10,4	7	5,8		
Toplam	143	100	119	100		

<u>AH ile ilgili olarak verilen sağlık hizmetlerinden ve sağlık personelinin yaklaşımdan memnun musunuz?</u>						
Evet	119	83,3	91	76,5	262	100
Hayır	24	16,7	28	23,5		
Toplam	143	100	119	100		

*Diğer hastalıklar: Aynı hastada birden fazla hastalık mevcut. Koah, kolesterol, böbrek yetmezliği, Akdeniz ateşı, hepatit c.

3.1.3. Alzheimer tipi demanslı yaşı bireyin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığının değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşı bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığına ait veriler Çizelge 3.3’de değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşı bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerden en çok yaşadıkları sorun bellek kaybıdır (%95,8). İkinci sırada ise yaşı bireylerin bellek kaybına bağlı olarak doktora gitme ve ilaç kullanma durumunun (%88,9) etkilenmesi sorunu yer almaktadır. Aynı yaşı bireylerin yıkanma ve banyoda (%70,6), giyinmede (%67,9), temizlenmede (%65,6), kilo kaybında (%65,6), yürüme ve dengede sorun yaşama sıklıkları da yüksektir (%62,6). Yemek yemede (%60,6), ağız bakımı/diş fırçalamada (%56,1), pasaklı olmada (%45,4), idrar tutamamada (%42,7), çatal kaşık bıçak kullanımında (%39,7), dışkı tutamamada (%38,2) sorun yaşama sıklıklarında azımsanmayacak düzeydedir. Alzheimer tipi demanslı yaşı bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları en az sorun yaşadıkları konu ağız sulanması (%0,8), solunum güçlüğü (%0,8), kusma (%1,5), boğulma atakları (%1,9), atıştırma yeme bozukluğu (%2,3), yutamama (%2,3), yenmemesi gereken şeylerin yenmesi (%2,7) olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.3. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığı

Günlük yaşamda karşılaşılan problemler	Her zaman		Sık sık		Ara sıra		Nadiren		Hiçbir zaman		Top Lam	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yemek yeme	159	60,6	45	17,1	19	7,2	6	2,2	33	12,6	262	100
Pasaklılık	119	45,4	65	24,8	33	12,6	16	6,11	29	11,0	262	100
Atıştırma – yeme bozukluğu	6	2,3	3	1,1	37	14,1	49	18,7	167	63,7	262	100
Yenmemesi gereken şeylerin yenmesi	7	2,7	8	3,1	71	27,1	67	25,6	109	41,6	262	100
Kusma	4	1,5	1	0,4	7	2,7	25	9,5	225	85,9	262	100
Çatal, kaşık, bıçak kullanımı	104	39,7	64	24,4	29	11,1	14	5,3	51	19,5	262	100
Ağız sulanması	2	0,8	4	1,5	27	10,3	61	23,3	168	64,1	262	100
Solunum problemi	2	0,8	15	5,7	36	13,7	67	25,6	142	54,2	262	100
Yutamama	6	2,3	16	6,1	64	24,4	71	27,1	105	40,1	262	100
Boğulma atakları	5	1,9	8	3,1	29	11,1	52	19,8	168	64,1	262	100
Kilo kaybı	172	65,6	30	11,5	29	11,1	14	5,3	17	6,5	262	100
Yıkanma / banyo	185	70,6	29	11,1	12	4,6	17	6,5	19	7,3	262	100
Giyim	178	67,9	30	11,5	15	5,7	17	6,5	22	8,4	262	100
Ağız bakımı, diş fırçalama	147	56,1	17	6,5	21	8,0	33	12,6	44	16,8	262	100
İdrar tutamama	112	42,7	35	13,4	31	11,8	29	11,1	55	21,0	262	100
Dışkı tutamama	100	38,2	13	5,0	31	11,8	46	17,6	72	27,5	262	100
Temizleme	172	65,6	26	9,9	20	7,6	13	5,0	31	11,8	262	100
Yürüme ve denge problemi	164	62,6	56	21,4	37	14,1	3	1,1	2	0,8	262	100
Bellek kaybı	251	95,8	10	3,8	1	0,4					262	100
Doktora gitme / ilaç kullanma	233	88,9	16	6,1	6	2,3	6	2,3	1	0,4	262	100

3.2. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi

Bu bölümde bulgular; ‘Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler’, ‘bakım veren aile bireyinin eşini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler’, ‘bakım veren aile bireyininin yaşam kalitesi’ başlıkları altında oluşturulmuştur.

3.2.1. Bakım veren aile bireyini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler; cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, meslek, medeni durum, ailedeki birey sayısı, çocuk sayısı gibi bilgiler ile açıklanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler Çizelge 3.4’ de verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin yaklaşık üçte birini erkekler oluştururken; çoğunluğunu kadınlar (%67,6) oluşturmaktadır. Kadın bakım veren aile bireyinin %47,4’ü 60 ve daha küçük yaştaadır. Kadınların %36,1’i 61-75 yaş grubunda, %16,3’ü 76 ve daha büyük yaştaadır. Erkek bakım veren aile bireyleri ise daha çok (%40,0) 61-75 yaş grubundadır. Erkeklerin %34,1’i 76 ve daha büyük yaşta, %25,8’nin de 60 ve daha küçük yaşta olduğu bulunmuştur. Bakım veren aile bireylerinin yaş aralığı 36-91 arasında değişmekte olup kadın bakım verenin ortalama yaşı 61,8, erkek bakım verenin ortalama yaşı 68,9 olarak bulunmuştur. Kadın bakım veren aile bireyleri daha çok üniversite mezunu (%27,1)’dur. Kadınların %23,1’inin ilkokul mezunu olduğu, okur-yazar olmayan ve okur-yazar olanların oranının ise (%12,9) eşit olduğu bulunmuştur. Erkek bakım verenler daha çok (%35,2) ilkokul mezunudur. Erkeklerin %27,0’nın üniversite mezunu olduğu, %18,8’nin ise okur- yazar olduğu bulunmuştur. Kadın bakım veren aile bireylerinin yalnızca %9,0’u çalışırken; çoğunluğunun çalışmadıkları (%63,2) ve emekli oldukları (%27,6) görülmektedir. Erkek bakım verenlerin ise çoğunluğu emekli (%81,1)’dir. Erkeklerin yalnızca %17,6’sı çalışmaktadır. Kadın bakım veren aile bireylerinin çoğunluğu (%63,8) ev hanımıdır. Erkek bakım verenlerin daha çok serbest meslek, esnaflık (%29,4) yaptığı, %28,2’sinin ise işçi olduğu görülmektedir. Bakım veren aile bireylerinin tamamının sosyal güvencesi vardır. Bakım verenlerin neredeyse tamamını evliler (kadın %85,3- erkek %98,8) oluşturmaktadır. Kadın bakım verenlerin çoğunlukla 3-4 kişilik ailelerde (%45,1), %42,9’u ise kendileri ve

yaşlı birey olmak üzere 2 kişilik ailede yaşadıkları bulunmuştur. Erkek bakım verenlerin ise çoğunlukla kendileri ve yaşlı birey olmak üzere 2 kişilik ailede yaşadıkları (%54,1) ve %38,8'i 3-4 kişilik ailelerde yaşadığı bulunmuştur. Bakım verenlerin çocuk sayısının çoğunlukla 3 ve altı arasında (kadın %58,1- erkek %51,7) yoğunlaştığı görülmektedir. Bakım verenler çoğunlukla çekirdek aile yapısında yaşamaktadırlar (kadın %54,2-erkek %63,5). Kadın bakım verenlerin aile geliri çoğunlukla (%37,2) 1501-2500 TL arasında iken erkek bakım verenlerin aile geliri çoğunlukla %38,8'i 501-1500 TL arasındadır.

Çizelge 3.4. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler

Sosyodemografik bilgiler	Bakım veren aile bireyi					Toplam	
	Kadın		Erkek				
	Sayı	%	Sayı	%			
	177	67,6	85	32,4			
Yaş					262	100	
36-60	84	47,4	22	25,8			
61-75	64	36,1	34	40,0			
76-91	29	16,3	29	34,1			
Toplam	177	100	85	100			
Öğrenim düzeyi					262	100	
Okur yazar değil	23	12,9	-	-			
Okur yazar	23	12,9	16	18,8			
İlkokul	41	23,1	30	35,2			
Ortaokul	18	10,1	8	9,4			
Lise	24	13,5	8	9,4			
Üniversite	48	27,1	23	27,0			
Lisansüstü	-	-	-	-			
Toplam	262		100,0				
Çalışma Durumu					262	100	
Çalışıyor	16	9,0	15	17,6			
Çalışmıyor	112	63,2	1	1,1			
Emekli	49	27,6	69	81,1			
Toplam	177	100	85	100			
Meslek					262	100	
Evhanımı	113	63,8	-	-			
Avukat, Mühendis, Doktor	11	6,2	9	10,5			
Öğretmen, Memur, Bankacı	44	24,8	17	20,0			
İşçi	8	4,5	24	28,2			
Çiftçi	1	0,5	10	11,7			
Serbest meslek, Esnafılık	-	-	25	29,4			
Asker	-	-	-	-			
Toplam	262		100,0				
Medeni Durum					262	100	
Evli	151	85,3	84	98,8			
Bekar	15	8,4	-	-			
Dul/boşanmış	11	6,2	1	1,1			
Toplam	262		100,0				

<u>Ailedeki birey sayısı</u>					262	100
2	76	42,9	46	54,1		
3- 4	80	45,1	33	38,8		
5- 6	21	11,8	6	7,0		
Toplam	262		100,0			
<u>Çocuk sayısı</u>					262	100
Çocuk yok	22	12,4	5	5,8		
1- 3	103	58,1	44	51,7		
4 -7	52	29,3	36	42,3		
Toplam	262		100,0			
<u>Aile yapısı</u>					262	100
Çekirdek aile	96	54,2	54	63,5		
Geniş aile	80	45,1	31	36,4		
Parçalanmış	1	0,5	-	-		
Toplam	177	100	85	100		
<u>Aile geliri</u>					262	100
0-500 TL	2	1,1	-	-		
501-1500 TL	59	33,3	33	38,8		
1501-2500 TL	66	37,2	32	37,6		
2501 ve üzeri TL	50	28,2	20	23,5		
Toplam	177	100	85	100		

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin çoğunlunun (kadın %37,2- erkek %56,4) hastanın eşi olduğu görülmektedir. Kadın bakım veren aile bireylerinin çoğunlukla bakım verirken bakıma yardım edecek bir kişiye (%69,4), evde sağlık hizmetlerine (%64,4), aile üyelerinin desteğine (%63,2), hasta ile ilgili yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için yardım alabilecekleri bir kuruma (%38,4) ve psikoloğa (%34,4) ihtiyaç duyduklarını söylerken; erkek bakım veren aile bireyleri ise en çok aile üyelerinin desteğine (%87,0), evde sağlık hizmetlerine (%68,2), bakıma yardım edecek bir kişiye (%63,5), mali destek alabileceği bir birime (%29,4), hasta ile ilgili yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için yardım alabilecekleri bir kuruma (%23,5) ihtiyaç duyduklarını söylemiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin hastaya yakınlığı ve destek ihtiyacı

	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastayla yakınlık durumu				
Eşi	66	37,2	48	56,4
Çocuğu (kızı/oğlu)	56	31,6	32	37,6
Gelini/damadı	38	21,4	-	-
Torunu	4	2,2	-	-
Akrabası	13	7,3	5	5,8
Diğer	-	-	-	-
Toplam	143	100	119	100
*Yakınıza bakım verirken ne tür desteğe ihtiyaç duyuyorsunuz?				
Bakıma yardım edecek bir kişiye	123	69,4	54	63,5
Aile üyelerine(kardeş, evlat)	112	63,2	74	87,0
Psikolog	61	34,4	18	21,1
Sosyal hizmet uzmanı	-	-	-	-
Hasta ile ilgili yaşadığım sorunlarla baş edebilmek için yardım alabileceğim bir kurum	68	38,4	20	23,5
Hastanın evde tedavi edilme sürecinde yaşanan sıkıntılar için evde sağlık hizmetlerine	114	64,4	58	68,2
Mali destek alabileceğim bir birime	36	20,3	25	29,4
Komşu	-	-	-	--
Hiç desteğe ihtiyaç duymuyorum	15	8,4	6	7,0
Toplam	177	100	85	100

*Bakım veren bireyler birden fazla seçenek işaretlemiştir.

3.2.2. Bakım veren aile bireyinin eşini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler

Bakım veren aile bireylerinden hastanın eşi olanlar (114) ve evli olmayan diğer (27) bakım verenler toplam anket sayısından çıkarılarak veriler değerlendirilmiştir. Hastaya bakım veren aile bireylerinden (kızı, oğlu, gelini ve akrabası) evli olanların verileri değerlendirmeye alınmıştır. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya kadın bakım veren aile bireylerinin eşlerinin daha çok 50-59 yaş grubunda (%47,7) ya da 60-71 yaş grubunda (%46,5) oldukları görülmektedir. Erkek bakım veren aile bireylerinin eşlerinin de çoğunlukla 50-59 yaş grubunda (%45,4) yoğunlaştığı görülmektedir. Kadın bakım verenlerin eşlerinin daha çok ilkokul mezunu (%43,1), %19,3'nn ise lise veya niversite mezunu oldukları anlaşılmaktadır. Erkek bakım verenlerin eşlerinin de daha çok (%36,3) ilkokul mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Kadın bakım veren aile bireylerinin eşlerinin yarısından fazlasının çalıştıkları (%59,1) alışanların ise daha çok serbest meslek (teknik işler vb.), (%38,4) yaptıkları bulunmuştur. Erkek bakım veren aile bireylerinin eşlerinin daha çok memur (%42,8) olduğu görülmektedir. Bakım veren

aile bireylerinin yakın bir aile büyüğüne bakmasını çok iyi ve anlayışla karşılayan erkek eşlerin oranı %54,5'dir. Kadın eşlerin oranı ise %33,3'dür. (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6: Bakım veren bireyin eşini tanıttıcı sosyodemografik bilgiler

Sosyodemografik bilgiler	Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Yaş</u>				
36-49	5	5,6	10	30,3
50-59	42	47,7	15	45,4
60-71	41	46,5	8	24,2
Toplam	88	100	33	100
<u>Öğrenim düzeyi</u>				
Okur yazar değil	-	-	2	6,0
Okur yazar	2	2,2	7	2,2
İlkokul	38	43,1	12	36,3
Ortaokul	14	15,9	2	6,0
Lise	17	19,3	4	12,1
Üniversite	17	19,3	6	18,1
Lisansüstü	-	-	-	-
Toplam	88	100	33	100
<u>Eşin çalışma durumu</u>				
Çalışıyor	52	59,1	7	21,3
Çalışmıyor	36	40,9	26	78,7
Toplam	88	100	33	100
<u>Eşin mesleği</u>				
Memur	6	11,5	3	42,8
İşçi	16	30,7	1	14,2
Uzman meslek grubu(avukat, doktor, mühendis vb.)	5	9,6	2	28,5
Serbest meslek(teknik işler vb.)	20	38,4	-	-
Özel sektör	4	7,6	1	14,2
Diğer	1	1,9	-	-
Toplam	52	100	7	100
<u>Eşinizin hastaya bakmanıza ilişkin görüşü nedir?</u>				
Çok iyi /anlayışla karşılıyor	48	54,5	11	33,3
İyi/ anlayışla karşılıyor	33	37,5	5	15,1
Olumlu karşılamıyor/anlayışla karşılamıyor	7	7,9	12	36,3
Hiç olumlu karşılamıyor/hiç anlayışla karşılamıyor	-	-	5	15,1
Toplam	88	100	33	100

*Çalışan sayısı

3.2.3. Bakım veren aile bireyinin karşılaştığı güçlükler ile yardım ve destek ihtiyacı

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin bir parçası olarak bakım veren bireylerin bakım sürecinde en çok hangi güçlüklerle karşılaştıkları, en çok hangi konuda yardım ve desteğe ihtiyaç duydukları, aileden beklentilerinin neler olduğu, kurumlardan ve devletten beklentilerinin neler olduğu değerlendirilmiştir.

3.2.3.1. Bakım sürecinde en çok karşılaşılan güçlükler

Bakım veren aile bireylerinin en çok karşılaştıkları güçlükler çoğunlukla hastanın giyim, banyo, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını karşılama, alt bakımını yapma (N=175), hastaya sürekli bir şeyler anlatma, hatırlatma, yaptıklarını düzeltme (N=23) olarak sıralanmıştır (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.7. Bakım sürecinde en çok karşılaşılan güçlükler

	N
Hastanın giyim, banyo, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını karşılama, alt bakımını verirken	175
Hastaya sürekli bir şeyler anlatmak, hatırlatmak, yaptıklarını düzeltmek	23

3.2.3.2. Bakım sürecinde en çok yardım ve desteğe ihtiyaç duyulan konular

Bakım veren aile bireylerinin en çok yardım ve desteğe ihtiyaç duydukları konular ev işlerini yapma, yemek yapma, temizlik ve faturaların yatırılmasıdır (N=55). Ayrıca hastanede refakatçi olarak kalacak birisine (N=50) çoğunlukla ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta bireyi yalnız bırakmama (N=44), hastanın hastaneye gelmesinde sorun yaşama (N=30), kendilerine bakamama (N=23) yardım ve desteğe ihtiyaç duyulan konular arasında belirtilmiştir (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Bakım sürecinde en çok yardım ve desteğe ihtiyaç duyulan konular

	N
Ev işlerini yapacak birilerine (yemek yapma, temizlik ve faturaların yatırılması gibi..)	55
Yalnız bırakamıyorum	44
Kendime bakamıyorum	23
Hastanede refakatçi olarak kalacak birisine	50
Hastanın hastaneye gelmesinde sorun yaşıyorum	30

3.2.3.3. Bakım sürecinde aileden beklentiler

Bakım veren aile bireyleri aileden en çok hastanın bakımını karşılarken özellikle hastayla ilgilenme düzeyinde yardım etmelerini beklemektedirler (N=136). Ayrıca bakım verenler hastayı diğer çocuklardan yanlarına alıp bakmalarını beklediklerini (N=44) ifade etmişlerdir (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. Bakım sürecinde aileden beklentiler

	N
Hastanın diğer çocuklarının da yanlarına alıp bakmaları	44
Hastanın bakımını karşılarken yardım etmeleri	136

3.2.3.4. Bakım sürecinde kurumlardan ve devletten beklentiler

Bakım veren aile bireyleri bakım sürecinde kurumdan ve devletten çoğunlukla eve eğitimli sağlık personeli gelmesini beklediklerini ifade etmişlerdir (N=70). Buna göre; bakım verenler hastaya bakan bir kurum olmalı (N=29), hastaya bakım verene maaş bağlanmalı (N=18), hasta alt bezi ücretsiz olmalı (N=18) şeklinde görüşlerini açıklamışlardır (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.10. Bakım sürecinde kurumlardan ve devletten beklentiler

	N
Hastaya bakan bir kurum olmalı	29
Hastaya bakım verene maaş bağlanmalı	18
Hasta alt bezi ücretsiz olmalı	18
Eve eğitimli sağlık personeli gelmeli	70

3.2.4. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi

Bu bölümde Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi i) sağlık durumu, ii) psikolojik durum, iii) sosyal kaygılar başlıkları altında incelenmiştir.

Bakım veren aile bireylerinin sağlık durumu açısından yaşam kalitesine ilişkin bilgilerin yer aldığı ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dir. Araştırmada bakım veren aile bireyleri sağlık durumları ile ilgili olarak belirlenen cümlelerden 9,8 puan almışlardır. Bu puan aile bireylerinin sağlık durumu açısından yaşam kalitesini %49 düzeyinde açıklamaktadır. Psikolojik açıdan yaşam kalitesi değerlendirme alt ölçeğinden alınacak en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Bu araştırmada Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin psikolojik açıdan yaşam kalitesi puanı 21,9'dur. Bu puan yaşam kalitesini %55 düzeyinde açıklamaktadır. Sosyal kaygılar alt ölçeğinden alınacak en düşük puan 9 en yüksek puan 36'dır. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyleri sosyal kaygılar alt ölçeğinden 17,3 puan almışlardır. Bu puan bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesini sosyal kaygılar açısından %49 düzeyinde (orta düzeyde) iyi olduğunu açıklamaktadır. Ayrıca bu araştırmada kullanılan 'Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyi yaşam kalitesi ölçeği Türkçe formu'ndan alınacak en düşük puan 24 en yüksek puan 96'dır. Bu araştırmada bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ölçeğinden toplam 49,1 puan aldıkları; yaşam kalitelerinin çok düşük olmamakla birlikte yüksek de olmadığı belirlenmiştir. Bu puanın açıkladığı %52 düzeyindeki yaşam kalitesi bakım veren bireylerin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerin orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Çizelge 3.11)

Çizelge: 3.11 Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi (N: 262)

Bakım verenin yaşam kalitesi	Alınabilecek en düşük puan	Alınabilecek en yüksek puan	Alınan puan	Alınan puan yüzdesi %
Sağlık durumu	5	20	9,8	49
Psikolojik durumu	10	40	21,9	55
Sosyal kaygılar	9	36	17,3	49
Genel toplam	24	96	49,1	52

3.2.4.1. Bakım veren aile bireylerinin sağlık durumu açısından yaşam kalitesi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin çoğunlukla kendilerini yorgun hissettikleri (x: 1,72), ağrı ve sıvı sorunu yaşadıkları (x: 1,74) belirlenmiştir. Ayrıca yaşlı yakınına bakmaya başladıktan sonra uyku düzenlerinin çok bozulduğu (x: 1,79) bulunmuştur. Aile bireylerinin genel sağlık durumlarının orta düzeyde iyi olduğu (x: 2,23) sonucu bulunmuştur (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.12. Bakım veren aile bireylerinin sağlık durumu açısından yaşam kalitesi

Sağlık durumu	Çok yorgun hissediyorum		Yorgun hissediyorum		Yorgun hissetmiyorum		Hiç yorgun hissetmiyorum		Toplam		- X
	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	
1. Kendi yorgunluk durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	101	38,5	134	51,1	25	9,5	2	0,8	262	100	1,72
2. Yakınınıza bakmaya başladıktan sonra yeni düzeninizi ve iştah durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok değişiklik oldu		Değişiklik oldu		Değişiklik olmadı		Hiç değişiklik olmadı		262	100	2,36
	Sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	28	10,7	133	50,8	78	29,8	23	8,8			
3. Ağrı ve sızı durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok ağrı ve sızı hissediyorum		Ağrı ve sızı hissediyorum		Ağrı ve sızı hissetmiyorum		Hiç ağrı ve sızı hissetmiyorum		262	100	1,74
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	91	34,7	147	56,1	23	8,8	1	,4			
4. Yakınınıza bakmaya başladıktan sonra uyku düzeninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok bozuldu		Az bozuldu		Bozulmadı		Hiç bozulmadı		262	100	1,79
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	111	42,4	102	38,9	40	15,3	9	3,4			
5. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok sağlıklıyım		Sağlıklıyım		Sağlıklı değilim		Hiç sağlıklı değilim		262	100	2,23
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	38	14,5	132	50,4	85	32,4	7	2,7			

3.2.4.2. Bakım veren aile bireylerinin psikolojik durumu açısından yaşam kalitesi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin yakınına Alzheimer tipi demans teşhisi konulduğu için çok üzüldükleri (x: 1,59), yakınlarının tedavi ve bakım süreci ile baş etme konusunda çok zorlandıkları (x: 1,61), yakınlarının tedavi süreci ve hastalığının geleceği ile ilgili endişelendikleri (x: 1,72) belirlenmiştir. Ancak diğer yandan bakım veren aile bireylerinin yaşamlarında ki olayları kontrol edebilme durumlarını (x: 2,95), genel olarak yaşam kalitelerini (x: 2,54), konu ve olaylara konsantre olma durumlarını (x: 2,52), daha iyi olarak değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Kendilerini mutlu hissetme (x: 2,20), yaşamlarından

tatmin olma (x: 2,03) ve genel olarak psikolojik durumlarını değerlendirme düzeyleri (x: 2,41) yaklaşık orta düzeydedir (Çizelge 3.13).

Çizelge 3.13. Bakım veren aile bireylerinin psikolojik durumu açısından yaşam kalitesi

Psikolojik durum	Çok zorlanıyorum		Zorlanıyorum		Zorlanmıyorum		Hiç zorlanmıyorum		Toplam		- X
	Sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	
1.Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci ile baş etme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	147	56,1	82	31,3	21	8,0	12	4,6	262	100	1,61
2.Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok iyi		İyi		İyi değil		Hiç iyi değil		262	100	2,54
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	33	12,6	103	39,3	99	37,8	27	10,3			
3.Kendi mutluluk durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok mutluym		Mutluym		Mutlu değilim		Hiç mutlu değilim		262	100	2,20
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	7	2,7	70	26,7	154	58,8	31	11,8			
4.Yaşamınızda ki olayları kontrol edebilme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok kontrol ediyorum		Az kontrol ediyorum		Kontrol edemiyorum		Hiç kontrol edemiyorum		262	100	2,95
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%	sayı	%			
	73	27,9	123	46,9	48	18,3	18	6,9			
5.Yaşamınızın tatmin edici durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok tatmin edici		Tatmin edici		Tatmin edici değil		Hiç tatmin edici değil		262	100	2,03
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%	sayı	%			
	5	1,9	50	19,1	157	59,9	50	19,1			
6.Bu günlerde konu ve olaylara konsantre, hatırlama durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok zorlanıyorum		Zorlanıyorum		Zorlanmıyorum		Hiç zorlanmıyorum		262	100	2,52
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	9	3,4	141	53,8	78	29,8	34	13,0			

7.Alzheimer olan yakınınıza baktığınız için kendinizi ona karşı yararlı olma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok yararlı hissediyorum		Yararlı hissediyorum		Yararlı hissetmiyorum		Hiç yararlı hissetmiyorum		262	100	2,29
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	87	33,2	58	22,1	70	26,7	47	17,9			
8.Yakınına Alzheimer-demans teşhisi konması sizi nasıl etkiledi?	Çok üzdü		Üzdü		Üzmedi		Hiç üzmedi		262	100	1,59
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	106	40,5	156	59,5	-	-	-	-			
9.Yakınınızın tedavi süreci ve hastalığının geleceği sizi nasıl etkiledi?	Çok endişelendiriyor		Endişelendiriyor		Endişelendiriyor		Hiç endişelendirmiyor		262	100	1,72
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	Sayı	%			
	102	38,9	131	50,0	28	10,7	1	,4			
10.Genel olarak psikolojik sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok iyi		İyi		İyi değil		Hiç iyi değil		262	100	2,41
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	31	11,8	113	43,1	97	37,0	21	8,0			

3.2.4.3. Bakım veren aile bireylerinin sosyal durumu açısından yaşam kalitesi

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile bireylerinden çalışıyor olanlar çoğunlukla yakınlarının tedavi ve bakım sürecinin iş yaşamlarına engel olduğunu belirtmektedirler. Bakım veren bireyler Alzheimer hastalığının üzüntü verici olduğunu (x: 1,67) ve hastalığın tedavi sürecinin arkadaşlar ve komşular ile görüşmelerine engel olduğunu (x: 1,93) açıklamaktadırlar. Diğer yandan yakınlarının hastalığı ve tedavi sürecinde kendi çevrelerinden uzaklaştıklarını (x: 2,03), bu sürecin cinsel yaşamlarına engel olduğunu (x: 2,09) ve evdeki aktivitelerine engel olduğunu (x: 2,07) belirtenler orta düzeydedir. Bireyler arası ilişkileri değerlendirme durumu ise daha iyidir (x: 2,89). Bu bölümde bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi açısından en iyi değerlendirdiği konu ekonomik durumdur (x: 2,95) (Çizelge 3.14).

Çizelge 3.14. Bakım veren aile bireylerinin sosyal durumu açısından yaşam kalitesi

Sosyal kaygılar	Çok üzüntü verici		Üzüntü verici		Üzüntü verici değil		Hiç üzüntü verici değil		Toplam		- X
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
1.Yakınınızın Alzheimer hastalığı ailenizi nasıl etkiledi?	87	33,2	174	66,4	1	0,4	-	-	262	100	1,67

2. Ailenizdeki diğer bireylerden aldığımız sosyal desteğin düzeyi nedir?	Çok destek alıyorum		Destek alıyorum		Destek almıyorum		Hiç destek almıyorum		262	100	2,28
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	Sayı	%			
	31	11,8	153	58,4	51	19,5	27	10,3			
3. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci bireylerarası ilişkilerinizi(komşular/ arkadaşlar ile görüşme) nasıl etkiledi?	Çok engel oluyor		Engel oluyor		Engel olmuyor		Hiç engel olmuyor		262	100	1,93
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	Sayı	%			
	81	30,9	134	51,1	29	11,1	18	6,9			
4. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?	Çok engel oluyor		Engel oluyor		Engel olmuyor		Hiç engel olmuyor		242	100	2,09
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	Sayı	%			
	52	19,8	99	37,8	64	24,4	27	10,3			
5. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci iş yaşantınızı nasıl etkiledi?	Çok engel oluyor		Engel oluyor		Engel olmuyor		Hiç engel olmuyor		22	100	0,17
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	Sayı	%			
	2	0,8	18	6,9	1	0,4	1	0,4			
6. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci evdeki aktivitelerinizi nasıl etkiledi?	Çok engel oluyor		Engel oluyor		Engel olmuyor		Hiç engel olmuyor		262	100	2,07
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	Sayı	%			
	66	25,2	133	50,8	40	15,3	23	8,8			
7. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci nedeniyle kendi çevrenizden uzaklaşma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok uzaklaşma neden oluyor		Uzaklaşmama neden oluyor		Uzaklaşmama neden olmuyor		Uzaklaşmama hiç neden olmuyor		262	100	2,03
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	62	23,7	148	56,5	33	12,6	19	7,3			
8. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci nedeniyle ortaya çıkan ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok kötü		Kötü		Kötü değil		Hiç kötü değil		262	100	2,95
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	4	1,5	69	26,3	124	47,3	65	24,8			
9. Genel olarak bireylerarası ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok iyi		İyi		İyi değil		Hiç iyi değil		262	100	2,89
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%			
	7	2,7	76	29,0	116	44,3	63	24,0			

3.2.5. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bazı bağımsız değişkenler ile ilişkisi

Bulguların bu bölümünde Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin bazı bağımsız değişkenler ile ilişkisi istatistiksel analizler ile ortaya konulmuştur. Öncelikle yaşlı bireyin yaşı, öğrenim düzeyi, mesleği, ailedeki birey sayısı, çocuk sayısı, yaşlının Alzheimer tanısı alma süresi, hastalık evresi, hastalık bilgi düzeyi, düzenli ilaç kullanma durumu, bakılma yeri gibi değişkenler ile bakım verenlerin yaşam kalitesi arasında ki ilişki değerlendirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin cinsiyeti, yaşı, öğrenim düzeyi, mesleği, medeni durumu, ailedeki birey sayısı, ekonomik durumu ile yaşam kalitesi arasında ki ilişki açıklanmıştır.

3.2.5.1. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının yaşı ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi üzerinde yaşlının yaşlının etkili olduğu, bunun da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yarattığı bulunmuştur ($p=,000$, $p<,050$). Yaşam kalitesi ölçeğinin genelinde olduğu gibi; yaşlının yaşlının bakım verenlerin sağlık durumu ($p=,000$, $p<,050$), psikolojik durum ($p=,000$, $p<,050$) ve sosyal kaygılar ($p=,000$, $p<,050$) açısından yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin yaşı yükseldikçe bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesine ilişkin olumlu değerlendirmeleri de azalmaktadır (Çizelge 3.15).

Çizelge 3.15. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının yaşına göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının yaşı	N	\bar{X}	S	F	p
Sağlık durumu	66-75	55	11,7	3,0	25,0	,000*
	76-85	147	9,7	2,6		
	86 -98	60	8,3	2,3		
Psikolojik durum	66- 75	55	25,5	6,0	22,8	,000*
	76-85	147	21,3	4,6		
	86 -98	60	19,9	3,3		
Sosyal kaygılar	66- 75	55	21,2	5,3	22,3	,000*
	76-85	147	17,4	3,6		
	86 -98	60	16,8	3,0		
Genel toplam	66- 75	55	58,6	13,3	26,9	,000*
	76-85	147	48,6	10,0		
	86 -98	60	45,0	7,6		

* $p<,050$

3.2.5.2. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının öğrenim düzeyi ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının öğrenim düzeyi değişkeni ile ilişkisinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=,018$, $p<,050$). Ayrıca bakım verenlerin sağlık durumu ($p=,039$, $p<,050$), psikolojik durum ($p=,016$, $p<,050$) ve sosyal kaygılar açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri yaşının öğrenim düzeyi ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Yaşlı bireyin öğrenim düzeyi yükseldikçe bakım veren bireylerin yaşam kalitesine ilişkin olumlu değerlendirmeleri de artmaktadır ($p=,014$, $p<,050$) (Çizelge 3.16).

Çizelge 3.16. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının öğrenim düzeyine göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşının öğrenim düzeyi	N	- X	S	F	p
Sağlık durumu	Okur-yazar olmayan-okur-yazar olan	147	9,4	2,8	3,2	,039*
	İlkokul-ortaokul	52	10,5	2,5		
	Lise-üniversite-yl	63	10,2	3,1		
Psikolojik durum	Okur-yazar olmayan-okur-yazar olan	147	21,2	4,9	4,1	,016*
	İlkokul-ortaokul	52	21,7	4,9		
	Lise-üniversite-yl	63	23,4	5,2		
Sosyal kaygılar	Okur-yazar olmayan-okur-yazar olan	147	17,6	4,1	4,3	,014*
	İlkokul-ortaokul	52	17,9	3,7		
	Lise-üniversite-yl	63	19,4	4,5		
Genel toplam	Okur-yazar olmayan-okur-yazar olan	147	48,3	11,0	4,0	,018*
	İlkokul-ortaokul	52	50,1	10,3		
	Lise-üniversite-yl	63	53,2	12,2		

* $P<,050$

3.2.5.3. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının mesleği ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının mesleği ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=,013$, $p<,050$). Ayrıca ölçek alt boyutlarında bakım verenlerin sağlık durumu ($p=,016$, $p<,050$), psikolojik durum ($p=,022$, $p<,050$) ve sosyal kaygılar açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin yaşının mesleğine göre ($p=,012$, $p<,050$) anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerden çalışanların ev hanımı olanlara göre yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır (Çizelge 3.17).

Çizelge 3.17. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının mesleğine göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının mesleği	N	\bar{X}	S	F	p
Sağlık durumu	Ev hanımı	106	9,3	2,7	4,1	,016*
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh. vs.)	65	9,9	3,1		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	91	10,4	2,6		
Psikolojik durum	Ev hanımı	106	20,8	4,6	3,8	,022*
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh. Vs.)	65	22,9	5,5		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	91	22,2	5,2		
Sosyal kaygılar	Ev hanımı	106	17,2	3,7	4,4	,012*
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh. Vs.)	65	19,0	4,7		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	91	18,5	4,2		
Genel toplam	Ev hanımı	106	47,4	10,1	4,4	,013*
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh. Vs.)	65	51,9	12,7		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	91	51,2	11,2		

*p<,050

3.2.5.4. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının ailesindeki birey sayısı ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının ailedeki birey sayısı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur ($p=,063$, $p>,050$). Ölçek alt boyutlarında ise bakım verenlerin yaşam kalitesinin sağlık durumu ($p=,150$, $p>,050$) ve sosyal kaygılar ($p=,137$, $p>,050$) düzeyinde yaşlının ailesindeki birey sayısı ile ilişkili olmadığı; ancak yalnızca psikolojik durum açısından ($p=,037$, $p<,050$) anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu görülmektedir (Çizelge 3.18).

Çizelge 3.18. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının ailesindeki birey sayısına göre t-testi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının ailesindeki birey sayısı	N	- X	S	T	p
Sağlık durumu	1-2 3 -6	135 127	10,1 9,6	3,1 2,5	1,4	,150
Psikolojik durum	1- 2 3 -6	135 127	22,5 21,2	5,9 3,9	2,1	,037*
Sosyal kaygılar	1-2 3 -6	135 127	18,5 17,7	5,0 3,1	1,4	,137
Genel toplam	1- 2 3 -6	135 127	51,1 48,5	13,3 8,6	1,8	,063

*p<,050

3.2.5.5. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının çocuk sayısı ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde yaşlının çocuk sayısının ilişkili olduğu, bunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu bulunmuştur (p=,002, p<,050). Ölçek alt boyutlarında sağlık durumu (p=,011, p<,050), psikolojik durum (p=,001, p<,050) ve sosyal kaygılar açısından da (p=,011, p<,050) yaşlının sahip olduğu çocuk sayısı yine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yaratmada etkili olmaktadır (Çizelge 3.19) .

Çizelge 3.19. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının çocuk sayısına göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının çocuk sayısı	N	- X	S	F	p
Sağlık durumu	Çocuk yok 1-4 5 -8	23 146 93	11,0 10,0 9,2	2,7 2,8 2,7	4,6	,011*
Psikolojik durum	Çocuk yok 1-4 5 -8	23 146 93	23,8 22,5 20,3	4,8 5,4 4,1	7,1	,001*
Sosyal kaygılar	Çocuk yok 1-4 5 -8	23 146 93	18,6 18,7 17,0	4,5 4,5 3,3	4,5	,011*
Genel toplam	Çocuk yok 1- 4 5 -8	23 146 93	53,4 51,3 46,7	11,2 12,0 9,4	6,2	,002*

*p<,050

3.2.5.6. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının Alzheimer tanısı alma süresi ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının Alzheimer tipi demans tanı alma süresi ile ilişkili olduğu, bununda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu bulunmuştur ($p=,000$, $p<,050$). Ayrıca tanı alma süresi azaldıkça bakım verenlerin hem sağlık durumu ($p=,000$, $p<,050$), hem psikolojik durum ($p=,000$, $p<,050$) hem de sosyal kaygılar ($p=,000$, $p<,050$) açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumlu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.20).

Çizelge 3.20. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının Alzheimer tanısı alma süresine göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının tanı alma süresi	N	- X	S	F	p
Sağlık durumu	0-1	51	13,0	2,6	66,5	,000*
	2-4	122	9,7	2,3		
	5+	89	8,2	2,1		
Psikolojik durum	0-1	51	27,9	4,7	71,8	,000*
	2-4	122	21,1	4,2		
	5+	89	19,4	3,5		
Sosyal kaygılar	0-1	51	23,6	4,1	95,6	,000*
	2-4	122	17,1	3,0		
	5+	89	16,2	2,7		
Genel toplam	0-1	51	64,5	10,1	98,5	,000*
	2-4	122	48,1	8,6		
	5+	89	43,9	7,4		

* $p<,050$

3.2.5.7. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının hastalık evresi ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlının hastalık evresi bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerini etkilemektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p=,000$, $p<,050$). Ayrıca hastalık evresi şiddetlendikçe sağlık durumu ($p=,000$, $p<,050$), psikolojik durum ($p=,000$, $p<,050$) ve sosyal kaygılar açısından bakım verenlerin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri de daha olumsuz olmaktadır ($p=,000$, $p<,050$) (Çizelge 3.21).

Çizelge 3.21. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının hastalık evresine göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının hastalık evresi	N	- X	S	F	p
Sağlık durumu	Erken	72	12,2	2,7	61,4	,000*
	Orta	60	10,2	2,2		
	Şiddetli	130	8,4	2,2		
Psikolojik durum	Erken	72	26,0	5,4	55,7	,000*
	Orta	60	22,3	4,0		
	Şiddetli	130	19,4	3,6		
Sosyal kaygılar	Erken	72	21,9	4,7	62,0	,000*
	Orta	60	17,7	3,0		
	Şiddetli	130	16,2	3,8		
Genel toplam	Erken	72	60,2	11,5	73,2	,000*
	Orta	60	50,2	8,4		
	Şiddetli	130	44,0	7,7		

*p<,050

3.2.5.8. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının hastalık bilgi düzeyi ile ilişkisi

Yaşlının hastalığı konusunda ki bilgi düzeyi ile bakım verenlerin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=,000, p<,050). Hastalığı konusunda bilgi sahibi olmayan yaşlıya bakım verenlerin sağlık durumu (p=,000, p<,050), psikolojik durum (p=,000, p<,050) ve sosyal kaygılar açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumsuz olduğu belirlenmiştir (p=,000, p<,050) (Çizelge 3.22).

Çizelge 3.22. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşlının hastalık bilgi düzeyine göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşlının hastalık Bilgi düzeyi	N	- X	S	F	p
Sağlık durumu	İyi biliyorum	18	12,6	2,8	35,7	,000*
	Çok az biliyorum	51	11,9	2,7		
	bilmiyorum	193	9,0	2,4		
Psikolojik durum	İyi biliyorum	18	25,3	6,5	35,1	,000*
	Çok az biliyorum	51	26,0	4,9		
	bilmiyorum	193	20,4	4,2		
Sosyal kaygılar	İyi biliyorum	18	21,7	4,7	42,3	,000*
	Çok az biliyorum	51	21,5	4,6		
	bilmiyorum	193	16,8	3,2		
Genel toplam	İyi biliyorum	18	59,7	12,6	45,5	,000*
	Çok az biliyorum	51	59,5	11,3		
	bilmiyorum	193	49,8	9,0		

*p<,050

3.2.5.9. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının düzenli ilaç kullanma durumu ile ilişkisi

Alzheimer tipi demans hastalığı ve diğer hastalıklar ile ilgili ilaçlarını düzenli alan yaşlılara bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri hem genel olarak ($p=,000$, $p<,050$) hem de sağlık durumu ($p=,000$, $p<,050$), psikolojik durum ($p=,000$, $p<,050$) ve sosyal kaygılar ($p=,000$, $p<,050$) alt boyutlar açısından daha olumludur (Çizelge 3.23).

Çizelge 3.23. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının düzenli ilaç kullanma durumuna göre t-testi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşının düzenli ilaç kullanması	N	- X	S	T	p
Sağlık durumu	Evet	140	10,7	2,6	5,7	,000*
	Hayır	122	8,8	2,8		
Psikolojik durum	Evet	140	23,4	4,9	5,4	,000*
	Hayır	122	20,1	4,7		
Sosyal kaygılar	Evet	140	19,2	4,3	4,5	,000*
	Hayır	122	16,8	3,7		
Genel toplam	Evet	140	53,3	11,0	5,6	,000*
	Hayır	122	45,8	10,4		

* $p<,050$

3.2.5.10. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının bakılma yeri ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya yaşının kendi evinde bakım veren aile bireylerinin hem genel olarak ($p=,030$, $p<,050$), hem de sağlık durumu ($p=,037$, $p<,050$) ve psikolojik durum ($p=,015$, $p<,050$) açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumlu olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlıdır (Çizelge 3.24).

Çizelge 3.24. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin yaşının bakılma yerine göre t-testi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Yaşının bakılma yeri	N	- X	S	T	p
Sağlık durumu	Kendi evinde	171	10,1	2,9	2,0	,037*
	Bakım verenin evinde	91	9,3	2,6		
Psikolojik durum	Kendi evinde	171	22,4	5,6	2,4	,015*
	Bakım verenin evinde	91	20,8	3,8		
Sosyal kaygılar	Kendi evinde	171	18,4	4,8	1,4	,147
	Bakım verenin evinde	91	17,6	2,8		
Genel toplam	Kendi evinde	171	51,0	12,5	2,1	,030*
	Bakım verenin evinde	91	47,8	8,2		

* $p<,050$

3.2.5.11. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin cinsiyeti ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren erkeklerin kadınlara kıyasla hem genel olarak ($p=,012$, $p<,05$), hem de psikolojik durum ($p=,026$, $p<,05$) ve sosyal kaygılar ($p=,004$, $p<,05$) açısından yaşam kalitesine ilişkin daha olumlu değerlendirmelerde buldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel açıdan da anlamlıdır (Çizelge 3.25).

Çizelge 3.25. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin cinsiyetine göre t-testi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım veren cinsiyeti	N	- X	S	T	p
Sağlık durumu	Kadın	177	9,6	2,8	-1,7	,089
	Erkek	85	10,3	2,8		
Psikolojik durum	Kadın	177	21,4	4,9	-2,2	,026*
	Erkek	85	22,9	5,3		
Sosyal kaygılar	Kadın	177	17,6	3,9	-2,9	,004*
	Erkek	85	19,2	4,5		
Genel toplam	Kadın	177	48,6	10,7	-2,5	,012*
	Erkek	85	52,4	12,1		

* $p<,050$

3.2.5.12. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin yaşı ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş; bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ortaya koyduğu bulunmuştur ($p=,005$, $p<,050$). Bakım veren bireyin yaşı yükseldikçe yaşam kalitesine ilişkin hem sağlık durumu ($p=,001$, $p<,050$), hem psikolojik durum ($p=,030$, $p<,050$) hem de sosyal kaygılar ($p=,001$, $p<,050$) açısından değerlendirmelerinin olumsuz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.26).

Çizelge 3.26. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin yaşına göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım veren yaşı	N	-- X	S	F	P
Sağlık durumu	36- 60	106	10,5	2,9	7,3	,001*
	61-75	98	9,8	2,8		
	76 -91	58	8,7	2,4		
Psikolojik durum	36- 60	106	22,1	4,8	3,5	,030*
	61-75	98	22,5	5,4		
	76 -91	58	20,3	4,8		
Sosyal kaygılar	36- 60	106	18,0	3,8	7,2	,001*
	61-75	98	19,1	4,5		
	76 -91	58	16,5	3,8		
Genel toplam	36- 60	106	50,7	10,5	5,5	,005*
	61-75	98	51,4	12,1		
	76 -91	58	45,6	10,4		

*p<,050

3.2.5.13. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin öğrenim düzeyi ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin öğrenim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu bulunmuştur (p=,004, p<,050). Ölçek alt boyutlarında sağlık durumu (p=,002, p<,050), psikolojik durum (p=,009, p<,050) ve sosyal kaygılar açısından (p=,019, p<,050) yaşam kalitesi ile ilgili daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır (Çizelge 3.27).

Çizelge 3.27. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin öğrenim düzeyine göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım verenin öğrenim düzeyi	N	- X	S	F	P
Sağlık durumu	Okur yazar olmayan-okur yazar olan	62	8,7	2,6	6,3	,002*
	İlkokul-ortaokul	97	10,1	2,6		
	Lise-üniversite-yl	103	10,2	3,0		
Psikolojik durum	Okur yazar olmayan-okur yazar olan	62	20,1	5,2	4,7	,009*
	İlkokul-ortaokul	97	22,2	4,4		
	Lise-üniversite-yl	103	22,6	5,4		
Sosyal kaygılar	Okur yazar olmayan-okur yazar olan	62	16,9	4,6	4,0	,019*
	İlkokul-ortaokul	97	18,1	3,4		
	Lise-üniversite-yl	103	18,8	4,4		
Genel toplam	Okur yazar olmayan-okur yazar olan	62	45,8	11,7	5,5	,004*
	İlkokul-ortaokul	97	50,5	9,7		
	Lise-üniversite-yl	103	51,6	12,0		

*p<,050

3.2.5.14. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin mesleği ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin mesleği ile ilişkili olmadığı bulunmuştur ($p=,100$, $p>,050$). Yaşam kalitesinin ölçek alt boyutlarında ise bakım verenin mesleğinin sağlık durumu ($p=,309$, $p>,050$) ve psikolojik durum ($p=,213$, $p>,050$) ile ilgili olmadığı görülürken, sosyal kaygılar boyutunda ($p=,035$, $p<,050$) yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Ev hanımı olan bakım verenlerin sosyal kaygılarının fazla ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu anlaşılmaktadır (Çizelge 3.28).

Çizelge 3.28. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin meslek gruplarına göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım veren meslek grupları	N	-- X	S	F	P
Sağlık durumu	Ev hanımı	113	9,5	2,6	1,1	,309
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh.vs,)	81	10,2	3,0		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	68	9,9	2,9		
Psikolojik durum	Ev hanımı	113	21,2	4,8	1,5	,213
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh.vs,)	81	22,5	5,4		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	68	22,1	5,0		
Sosyal kaygılar	Ev hanımı	113	17,4	3,9	3,4	,035*
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh.vs,)	81	19,0	4,5		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	68	18,2	4,0		
Genel toplam	Ev hanımı	113	48,3	10,6	2,3	,100
	Uzman meslek grupları(Av. Dr. Müh.vs,)	81	51,8	12,1		
	İşçi, çiftçi, serbest meslek	68	50,2	11,3		

* $p<,050$

3.2.5.15. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin medeni durumu ile ilişkisi

Bakım verenin medeni durumunun Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ile ilgili olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ortaya koymadığı bulunmuştur ($p=,066$, $p>,050$). Yaşam kalitesi ölçek alt boyutlarında sağlık durumu ($p=,108$, $p>,050$) ve psikolojik durum ($p=,087$, $p>,050$) açısından medeni durumun etkili olmadığı, ancak sosyal kaygıların ($p=,038$, $p<,050$) bekar, dul/boşanmış olanlarda evli olanlara kıyasla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.29).

Çizelge 3.29. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin medeni durumuna göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım veren medeni durum	N	-- X	S	F	P
Sağlık durumu	Evli	235	9,8	2,7	2,2	,108
	Bekar	15	10,9	3,9		
	Dul/boşanmış	12	8,5	3,1		
Psikolojik durum	Evli	235	22,0	5,0	2,4	,087
	Bekar	15	22,4	5,4		
	Dul/boşanmış	12	18,7	4,5		
Sosyal kaygılar	Evli	235	18,3	4,1	3,3	,038*
	Bekar	15	17,6	5,1		
	Dul/boşanmış	12	15,1	3,0		
Genel toplam	Evli	235	50,2	11,2	2,7	,066
	Bekar	15	51,0	13,4		
	Dul/boşanmış	12	42,5	9,2		

*p<,050

3.2.5.16. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin ailesindeki birey sayısı ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin aile birey sayısı değişkeni ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olmadığı bulunmuştur ($p=,104$, $p>,050$). Ailedeki birey sayısı ölçek alt boyutlarında sağlık durumu ($p=,091$, $p>,050$) ve sosyal kaygıları ($p=,527$, $p>,050$) etkilememektedir. Ancak psikolojik durum açısından ($p=,030$, $p<,050$) 5-6 kişilik ailede olanların yaşam kalitesi açısından daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan da anlamlıdır (Çizelge 3.30).

Çizelge 3.30. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin ailesindeki birey sayısına göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım veren aile birey sayısı	N	-- X	S	F	P
Sağlık durumu	2 3-4 5-6	122 113 27	9,9 9,5 10,8	3,0 2,6 2,6	2,4	,091
Psikolojik durum	2 3-4 5-6	122 113 27	22,3 21,0 23,4	5,8 4,3 3,7	3,5	,030*
Sosyal kaygılar	2 3-4 5-6	122 113 27	18,3 17,7 18,5	5,0 3,2 3,6	,641	,527
Genel toplam	2 3-4 5-6	122 113 27	50,6 48,3 52,9	13,1 9,4 8,9	2,2	,104

*P<,050

3.2.5.17. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin ekonomik durumu ile ilişkisi

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin ekonomik durum değişkeni ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olmadığı bulunmuştur (p=,292, p>,050) (Çizelge 3.31).

Çizelge 3.31. Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin bakım verenin ekonomik durumuna göre varyans analizi sonuçları

Bakım veren yaşam kalitesi	Bakım veren ekonomik durum	N	-- X	S	F	P
Sağlık durumu	0-500TL 1501-2500 TL 2501 TL+	94 98 70	9,6 10,0 9,9	2,9 2,8 2,8	,512	,600
Psikolojik durum	0-500 TL 1501-2500 TL 2501 TL+	94 98 70	21,4 22,2 22,0	5,4 4,8 5,0	,731	,482
Sosyal kaygılar	0-500 TL 1501-2500 TL 2501 TL+	94 98 70	17,3 18,5 18,5	4,7 3,8 3,8	2,2	,112
Genel toplam	0-500 TL 1501-2500 TL 2501 TL+	94 98 70	48,4 50,8 50,5	12,3 10,6 10,7	1,2	,292

P>,050

4. TARTIŞMA

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirilmelerin incelendiği bu araştırmada;

Araştırmaya katılan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin yarısından fazlası (%54,6) kadınlardan oluşmaktadır. Yaşlı bireylerin yaş aralığı 66 ile 98 arasında değişmekte olup; kadınların ortalama yaşı 80,2, erkeklerin ise ortalama yaşı 80,8 olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylerin öğrenim düzeyine bakıldığında; kadınların yarısından fazlasının okur-yazar olmadıkları (%55,2), erkeklerin ise çoğunluğunun %29,4'ünün okur-yazar oldukları anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin neredeyse tamamı çalışmamaktadırlar (çalışmayan %70,6, emekli %29,4). Erkeklerin de tamamına yakınının emekli olduğu (%98,4) anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin %73,4'ü ev hanımlarından oluşmaktadır. Erkek Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%29,4) serbest meslek, esnaflık yaptıkları anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin tamamının sosyal güvencesi vardır. Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin çoğunluğunun dul/boşanmış oldukları (%58,7), erkek yaşlı bireylerin ise çoğunluğunun evli (%61,3) oldukları anlaşılmaktadır.

Kuzu Kurban ve ark., (2010) yaptığı bir çalışmada, AH'ı olan yaşlı bireylerin yaş ortalamaları 73,8'dir. AH'ı tanı alma süreleri ortalama 4 yıl bulunmuştur. AH'ı olan yaşlı bireylerin %50'si kadın ve %71,1'i evlidir. %23,7'sinin formal eğitimi olmadığı görülmüştür. %42,1'nin AH'ından başka kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur, %78,9'u kendi evinde ve %63,2'si eşi tarafından bakım almaktadır.

Alzheimer tipi demanslı kadın yaşlı bireylerin aynı evde birlikte yaşadıkları ailelerin çoğunlukla 3-6 bireyden (%54,5) oluşurken erkek yaşlı bireylerin ailesi 1-2 (%58,8) bireyden oluştuğu anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin sahip oldukları çocuk sayısının çoğunlukla 4 ve daha az (kadın %51,7- erkek %60,5) olduğu görülmektedir. Alzheimer tipi demanslı erkek yaşlı bireylerin çoğunluğunun evde eşi ile birlikte yaşadıkları anlaşılmaktadır. Bazı erkek yaşlı bireylerin yalnız yaşadıkları ve yaşlı bireyin bakımının çocuğu (kızı/oğlu), gelini ya da akrabası tarafından gün içerisinde belirli saatlerde ziyaretlerde bulunarak ihtiyaçlarını karşılamak sureti ile yapıldığı anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin çoğunluğunun AH'ı tanı alma süresinin 3- 6 yıl arasında (kadın %59,4- erkek %49,5) yoğunlaştığı görülmektedir. AH'ı tanısı alan hastaların yaklaşık yarısının hastalığın şiddetli evresinde (kadın %48,9- erkek %50,4) oldukları anlaşılmaktadır. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin çoğunluğunun tanı alma süresine bakıldığında hastalık evresi ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Bu durum yaşlı birey ve yakınları tarafından hastalığın belirtilerinin geç fark edilmesi ve unutkanlık belirtisinin yaşlılık sürecine bağlanarak normal bir durum olarak algılanması nedeniyle hastalığın belirtilerinin daha yoğun yaşandığı ve belirgin şekilde fark edildiği dönemde doktora başvurulduğunu göstermektedir. Bu durum yaşlı bireyin hastalığın geç tanı almasına neden olmaktadır. Şiddetli evrede hasta yakınları için evde yapılacak müdahalelerin kısıtlanmakta ve yardıma ihtiyaç artmaktadır. Bu nedenle aile bireylerinin Alzheimer tipi demans hakkında önceden bilgilendirilmeleri önemli hale gelmektedir.

Bakım veren aile bireyleri uzun süre ve şiddetli evrede bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaya bakım verme sürecinde artmış bakım yükü, stres, depresyon ve diğer sağlık komplikasyonları ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle davranış bozukluğu, fiziksel ve psikolojik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Brodaty, Donkin, 2009).

Yaşlı bireylerin AH'ı hakkında bilgi düzeyleri sorgulandığında yaşlı bireylerin çoğunluğunun bilgi sahibi olmadığı (kadın %75,5- erkek %71,4) bilmiyorum dediği görülmektedir. Kadın yaşlı bireylerin %55,9'nun, erkek yaşlı bireylerin %55,4'nün başka bir hastalığı olduğu ve yaşlıların en çok hipertansiyon hastalığı tedavisi gördükleri (kadın %53,5- erkek %47,8) bulunmuştur. Kadın yaşlıların %50,4'ü AH'ı ve diğer hastalıkları ile ilgili olarak ilaçlarını düzenli ve saatinde kullandıklarını belirtirlerken; erkek hastaların %57,2'i bunu söylemiştir. Kadın yaşlı bireylerin %58,7'nin kendi evinde, erkek yaşlı bireylerin ise %73,1'inin kendi evinde bakım aldığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadın yaşlı bireylerin bakımını karşılayanların çoğunluğunu (%33,5) eşler oluştururken; yine erkek yaşlı bireylerin bakımını karşılayanların yarısından fazlasını da (%54,6) eşler oluşturmaktadır. AH ile ilgili olarak verilen sağlık hizmetlerinden ve sağlık personelinin yaklaşımından yaşlıların çoğunluğu (kadın %83,3- erkek %76,5) memnun olduklarını belirtmektedirler. Yaşlı bireylerin çoğunluğunun hastalığı hakkında bilgisi olmadığı, Alzheimer tipi demans hastalığına başka bir hastalığın da eşlik ettiği görülmektedir. Yaşlı bireye bakım veren aile bireyi için diğer hastalıkların doktor kontrollerinin ve aynı zamanda düzenli ilaç kullanma

takibinin yapılması sorumluluğunun eklendiği görülmektedir. Araştırma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu ve Alzheimer tipi demans hastalığı olan yaşlı bireylerin bağımlılık düzeyinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlı bireye çoğunlukla eşinin baktığı ve eşlerin ileri yaş grubunda olduğu düşünüldüğünde; eşin de kronik hastalıklara sahip olmasına ve kendi ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmesine Alzheimer tipi demanslı yaşlı bakımının eklenmesi bakım verenlerin yaşamını daha da zorlaştırmaktadır. Hasta bireyin çoğunluğunun kendi evinde alışık olduğu ortamda bakılıyor olmasının hasta birey için olumlu olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerden en çok bellek kaybı (%95,8) konusunda sorun yaşamaktadırlar. Yaşlıların bellek kaybına bağlı olarak doktora gitme ve ilaç kullanma durumlarının da (%88,9) etkilendiği görülmektedir. Ayrıca yaşlı bireyler en çok yıkanma/banyo yapma (%70,6), giyinme (%67,9), temizlenme (%65,6) gibi konularda desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Yemek yemede (%60,6) yaşanan probleme bağlı kilo kaybı (%65,6)'nın yüksek olduğu görülmektedir. Yürüme ve denge problemin de sorun yaşama sıklığı (%62,6)'nın yüksek olması hasta bireyin yalnız hareket etmesi ve dışarı yalnız çıkmasına engel olmakta, buna bağlı olarak bağımlılık düzeyi artmaktadır. Ağız bakımı/diş fırçalama (%56,1), çatal kaşık bıçak kullanımı (%39,7), aktivitelerinde de desteğe ihtiyaç duydukları görülmektedir. Alzheimer tipi demans hastasının pasaklılık (%45,4) durumu da ciddi düzeydedir. İdrar tutamama (%42,7), dışkı tutamama (%38,2) en çok günlük yaşamda karşılaşılan problemler olarak belirtilmektedir. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı en az sorun yaşadığı problem ağız sulanması (%0,8), solunum problemi (%0,8), kusma (%1,5), boğulma atakları (%1,9), atıştırma yeme bozukluğu (%2,3), yutamama (%2,3), yenmemesi gereken şeylerin yenmesi (%2,7), çatal-kaşık-bıçak kullanımı (%39,7) olduğu görülmektedir. Alzheimer tipi demans hastalığının yaşlı bireyin günlük yaşamında oldukça yüksek düzeyde bakıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bakım veren bireyin yaşlı bireye günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin çoğunluğun da yardım ettiği anlaşılmaktadır.

Taşdelen ve Ateş'in (2012) çalışmasında Alzheimer tipi demans hastalarının %74'ünün beslenme aktivitesinde (yeterli beslenme, yemek için gerekli olan araçları kullanabilme) yarı bağımlı; %57,6'sının boşaltım aktivitesinde (tuvelete gidebilme) yarı bağımlı; %40,7'sinin hareket aktivitesinde (oturup kalkma, yürüme, yatıp kalkma, merdiven inip çıkma, vb.),

%83,1'inin saç tarama, diş fırçalama, tırnak kesme gibi öz bakımını yapma aktivitesinde, %85,3'ünün banyo yapma aktivitesinde, %81,9'unun giyinme aktivitesinde, %78'inin telefon tuşlarına basma, telefon açma, iletişim kurabilme aktivitesinde, %96,6'sının alış veriş yapma aktivitesinde (mağazaya gitme, parayı kullanabilme, ihtiyaçlarını karşılama, aldıklarını taşıyabilme), %96'sının ev işi yapma aktivitesinde (çamaşır yıkama, temizlik yapma, yemek yapma vb.), %72,3'ünün ilaçlarını kullanmada (doğru zamanda, uygun ilacı alma, ilaçlarını tanıma) tam bağımlı oldukları belirlenmiştir.

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin yaklaşık üçte birini erkekler oluştururken; çoğunluğunu kadınlar (%67,6) oluşturmaktadır. Bakım veren aile bireylerinin yaş aralığı 36-91 arasında değişmekte olup kadın bakım verenin ortalama yaşı 61,8, erkek bakım verenin ortalama yaşı 68,9 olarak bulunmuştur. Kadın bakım veren aile bireylerinin çoğunluğunun üniversite mezunu (%27,1) oldukları erkek bakım verenlerin çoğunluğunun ise (%35,2) ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Kadın bakım veren aile bireylerinin çoğunluğunun çalışmadıkları (%63,2), erkek bakım verenlerin ise çoğunluğunun emekli (%81,1) olduğu görülmektedir. Kadın bakım veren aile bireylerinin çoğunluğu (%63,8) ev hanımıdır. Erkek bakım verenlerin çoğunluğu ise serbest meslek, esnaflık (%29,4) yaptığı görülmektedir. Bakım veren aile bireylerinin tamamının sosyal güvencesi vardır. Bakım verenlerin neredeyse tamamını evliler (kadın %85,3- erkek %98,8) oluşturmaktadır. Kadın bakım verenlerin çoğunlukla 3-4 kişilik ailelerde (%45,1), erkek bakım verenlerin ise çoğunlukla kendileri ve yaşlı birey olmak üzere 2 kişilik ailede yaşadıkları (%54,1) bulunmuştur. Bakım verenlerin çocuk sayısının çoğunlukla 3 ve altı arasında (kadın %58,1- erkek %51,7) yoğunlaştığı görülmektedir.

Akça Kılıç ve Taşçı (2005) tarafından yapılan yaşlı bireye bakım verenlerin incelendiği araştırmada, tamamına yakınının (%96,9) kadın, %26,9'unun 38-43 yaş grubunda, %81,3'ünün evli, %56,3'ünün ilkokul mezunu, %42,5'inin emekli sandığına bağlı, %71,3'ünün ev hanımı oldukları ve zamanlarının neredeyse tamamını yaşlı bireylere bakmakla geçirdikleri belirlenmiştir.

Taşdelen ve Ateş (2012), yaptıkları çalışmada yaşlı bireye bakım verenlerin %83,6'sının kadın, %52,5'inin 46-64 yaşları arasında, %79,1'inin evli, %47,5'inin ilkokul mezunu, %63,3'ünün ev hanımı oldukları bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin çoğunlunun (kadın %37,2- erkek %56,4) hastanın eşi olduğu görülmektedir. Bakım verenler çoğunlukla çekirdek aile yapısında yaşamaktadırlar (kadın %54,2-erkek %63,5). Kadın bakım verenlerin aile geliri çoğunlukla (%37,2) 1501-2500 TL arasında iken; erkek bakım verenlerin aile geliri çoğunlukla %38,8'i 501-1500 TL arasındadır. Kadın bakım veren aile bireylerinin çoğunlukla bakım verirken bakıma yardım edecek bir kişiye (%69,4) ihtiyaç duyduklarını söylerken; erkek bakım veren aile bireyleri ise en çok aile üyelerinin desteğine (%87,0) ihtiyaç duyduklarını söylemiştir. Yaşlı bireyin evinde eşi ile birlikte çekirdek aile şeklinde yaşadığı, ekonomik durumun çok yüksek olmadığı görülmektedir. Bu durum yaşlı bireylerin çocuklarından ayrı yaşadıklarını destek sistemlerinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya kadın bakım veren aile bireylerinin eşlerinin daha çok 50-59 yaş grubunda (%47,7) oldukları görülmektedir. Erkek bakım veren aile bireylerinin eşlerinin de çoğunlukla 50-59 yaş grubunda (%45,4) yoğunlaştığı görülmektedir. Kadın bakım verenlerin eşlerinin daha çok ilkokul mezunu (%43,1) oldukları, erkek bakım verenlerin eşlerinin de daha çok (%36,3) ilkokul mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Kadın bakım veren aile bireylerinin eşlerinin yarısından fazlasının çalıştıkları (%59,1) çalışanların ise daha çok serbest meslek (teknik işler vb.), (%38,4) yaptıkları bulunmuştur. Erkek bakım veren aile bireylerinin eşlerinin daha çok memur (%42,8) olduğu görülmektedir. Bakım veren aile bireylerinin yakın bir aile büyüğüne bakmasını çok iyi/ anlayışla karşılayan erkek eşlerin oranı %54,5'dir. Kadın eşlerin oranı ise %33,3'dür. Bakım veren aile bireylerinin eşi orta yaş üzerinde ve düşük öğrenim düzeyinde oldukları ortaya çıkmıştır. Eşlerin belirli bir yaş üzerinde olmaları bakım sürecinde bakım veren eşine karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranmaları için etkili olduğu söylenebilir.

Bakım veren aile bireyleri bakım sürecinde en çok hastanın günlük yaşam ihtiyacını karşılarken özellikle giyinme, banyo, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını karşılamada, alt bakımını yaparken yardım ve desteğe ihtiyaç duyduklarını, ev işlerini yapacak birilerini istediklerini (yemek yapma, temizlik ve faturaların yatırılması gibi..); aileden beklediklerini, hastanın bakımını karşılarken yardım etmelerini; kurumdan ve devletten ise eve eğitimli sağlık personelinin gelmesini beklediklerini ifade etmişlerdir.

Bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki aşağıdaki gibi açıklanabilir;

Bakım veren aile bireylerinin sağlık durumu alt ölçeğinden 9,8 puan (%49), psikolojik durum alt ölçeğinden 21,9 puan (%55) ve sosyal kaygılar alt ölçeğinden 17,3 puan (%49) aldıkları; ve genel olarak yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları 49,1 puan (%52) ile yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin orta düzeyde olduğu,

Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireyin yaşı yükseldikçe, öğrenim düzeyi düştükçe bakım veren aile bireyinin sağlık durumu, psikolojik durum ve sosyal kaygılar açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumsuz olduğu ($p<0,05$),

Ev hanımı olan Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireye bakım veren aile bireyinin çalışan ve bir meslek sahibi olan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım verenlere kıyasla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu ($p<0,05$),

Ailedeki birey sayısının bakım verenin psikolojik durumu açısından yaşam kalitesini etkilediği ($p<0,05$),

Çocuk sahibi olma durumunun ve çocuk sayısının sağlık durumu, psikolojik durum ve sosyal kaygılar açısından ve genel olarak bakım verenin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinde farklılık yarattığı ($p<0,05$),

Yaşlının Alzheimer tanı alma süresi arttıkça, hastalığın şiddeti yükseldikçe ve yaşlının hastalığı hakkında bilgi düzeyi azaldıkça, yaşlı ilaçlarını düzenli almadıkça hem genel olarak hem de sağlık durumu, psikolojik durum ve sosyal kaygılar açısından bakım verenin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumsuz olduğu ($p<0,05$),

Yaşlıya, yaşlının kendi evinde bakım verenlerin sağlık durumu ve psikolojik durum açısından yaşam kalitesine ilişkin daha olumlu değerlendirmelere sahip oldukları ($p<0,05$),

Erkek bakım verenlerin kadınlara kıyasla, 60 ve daha küçük yaştaki bakım verenlerin daha ileri yaştakilere kıyasla, lise-üniversite ya da yüksek lisans mezunu olan bakım verenlerin

diğer öğrenim düzeyindeki bireylere kıyasla yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumlu olduğu ($p<0,05$),

Bakım veren ev hanımlarının çalışanlara kıyasla daha çok sosyal kaygılar yaşadıkları ($p<0,05$),

Bekar ve dul/boşanmış bakım verenlerin evli olanlara kıyasla sosyal kaygı yaşama düzeyinin yüksek olduğu ($p<0,05$),

Bakım verenin ailesindeki birey sayısı arttıkça psikolojik durum açısından yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinde olumlu olduğu ($p<0,05$),

Bakım verenin ekonomik durumu ile yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Yaşın ilerlemesi ile yaşlı bireyin daha bağımlı hale geldiği ve hastalıktan etkilenme şiddetinin daha ağır ($p<0,05$) olduğu dikkate alındığında; bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumsuz olması kaçınılmazdır.

Yaşar'ın çalışmasında (2009) yaşlıda zaman algısı, bellek kayıpları ve duygu kayıpları yaşlanmaya bağlı iletişim engelleri arasında belirtilmiştir. Bakım verenlerin yaşlılarla iletişim kurmada uygun yaklaşımları bilmemeleri, bakım vermede yaşlı ile iletişim sorunlarının sürmesine ve baş edilmemesine neden olacaktır. Yaşlanmayla birlikte bireyde gelişen ruhsal, fiziksel, sosyal ve iletişim sorunlarının yaşlının bakıma katılmada uygunsuz davranmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bireylerin yaşlıya bakım verirken ve sosyal destek sağlarken kendi bireysel gereksinimlerini karşılayamamaları ve kendileri için sosyal destek almamaları durumunda günlük yaşamlarının etkileneceğinden, bakım verende bakım yükünün oluşturduğu baskı strese ve yaşlı ile iletişim sorunlarına neden olabilmektedir.

Literatürde yaşlı bireylerin bakımı ve bu bireylerin bakım verenlerine getirdikleri yük farklı gruplarda değerlendirilmiştir. Özellikle inme, Parkinson ve Alzheimer gibi nörolojik hastalıkların varlığında bakım veren bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının kötüleştiği ve tükenmişliğin arttığını gösteren çalışmalar vardır. Bakım veren bireyler uzun dönemde, hastanın bakımını sürdürmede zorluklarla karşılaşmakta; depresyon, acı çekme ve aşırı

yorgunluğa yatkın hale gelerek fiziksel/ruhsal ve sosyal problemler yaşayabilmektedirler. Özellikle hastanın bağımlılık düzeyi ve kognitif fonksiyonları ile ilişkili olduğu, bakım verme süresi ve gün içerisinde hastaya ayrılan zaman arttıkça bakım yükünün de arttığı ortaya konmuştur. Geriatrik hastalara bakım veren bireyler sıklıkla hastanın kızı, oğlu, eşi veya aileden birisi olmaktadır (Karahan, İslam, 2013).

Akça Kılıç ve Taşçı'nın (2005) araştırmasında yaşlı bireylere bakım verenlerin yaşlı bireyin ruhsal, fiziksel ve duygusal durumunda ki değişiklikler nedeniyle bağımlı hale gelmesi ile yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin de GYA'nde sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Bakım veren bireylerin %20'si yaşlı bakımı nedeniyle günlük yaşantısının etkilendiğini, bireylerin %62,5'i yaşlı bakımının sosyal iletişime engel olduğunu belirtmektedirler. Bakım veren bireylerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, meslek ve iş kaybı yaşadıkları, ev yaşantılarının kısıtlandığı ve sosyal ilişkilerinin bozulduğu saptanmıştır.

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren erkek aile bireylerinin sağlık durumu, psikolojik durumu ve sosyal kaygılarının kadın Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım verenlere göre daha iyi olduğu görülmektedir. Kadın bakım veren aile bireylerinin bakım verme rolünün yanında diğer aile üyelerinin ve ev işlerinin yerine getirilmesi sorumluluğunu üstlenmesi yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Türk toplumunun geleneksel aile yapısı içinde olması kadının bakım veren rolünde daha çok yer aldığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında cinsiyetin önemli bir değişken olduğunu görülmektedir.

Alzheimer tipi demanslı hastaya bakım verenlerin önemli bölümü eşlerdir. Hasta eş ile tek başlarına ilgilenenlerin genellikle kadınlar olduğu, desteğin genellikle çocuklar ve onların eşleri tarafından verildiği anlaşılmaktadır. Demanslı eşlerine bakanların kişisel ve sosyal yaşamları bozulmakta ve bir şey yapamamanın verdiği suçluluğu yaşamaktadırlar. Bakım veren kadınlar risk grubudurlar, daha fazla nöropsikiyatrik ve psikopatolojik belirti gösterirler. Bakım veren erkekler, rol, sorumluluk ve ilişkilerindeki değişimlere uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle erkeklerin bakım vermeye bağlı stres ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir (Dökmen, 2012).

Ayrıca bakım veren aile bireyinin yaşının ilerlemesi ile birlikte kendi yaşamında karşılaştığı problemlerle mücadele ederken aynı zamanda hasta yaşlı bireye bakım vermenin eklenmesi bakım veren aile bireyi için yaşam daha zor hale gelmektedir. Bakım veren aile bireyinin

yaşam kalitesi göstergeleri olan sağlık durumunun, psikolojik durum ve sosyal kaygılarının olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Bakım veren aile bireylerinin ileri yaşta olması bazı sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Waliser ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %36'sının bakım vermede yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Bu kişilerin bakım verirken güçlük yaşadıkları, bakım veren rolünü üstlendikten sonra 1/3'nün fiziksel sağlık sorunu yaşadıkları; bu kişilerin daha yoğun bakım sundukları, 65 yaşın üstünde oldukları ve 4/5'nin bakım verirken yardım almadıkları belirtilmektedir. Bu durumda bakım veren bireyin sağlıklı davranışlara ağırlık vermediği ve ölüm riskini artırdığı belirtilmektedir. Bakım verenin karşılaştığı bu zorluklar fiziksel, sosyal, psikolojik ve finansal açıdan farklı sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Evde bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, psikolojik durumlarının olumsuz yönde etkilendiği; stres yaşadıkları ve depresyona girdikleri belirtilmiştir.

Yaşar'ın (2009) araştırmasında elde edilen bulgulara göre okur-yazar olmayan bireylerin bakım yükünün, okur-yazar olan gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kartal'ın (2007) çalışmasında eğitim durumlarına göre yaşam güçlüğü puan ortalamalarına bakıldığında yüksek okul mezunlarının diğer gruplara göre daha düşük düzeyde yaşam güçlüğü puanına sahip oldukları bulunmuştur. Bunun öğrenim düzeyi eksikliği, yaş faktörü, sağlık sorunları nedenleri ile baş etme becerilerinin gelişmemesi ile ilişkisi olduğu söylenebilir (Yaşar, 2009).

Akyar ve Akdemir'in (2009) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin %64'ünün bakımda güçlük yaşadıkları, bakım verenlerin %70'inin hastaya bakmaya başladıktan sonra sorun yaşadıkları saptanmıştır. Bakım verenlerin %54'ünün ekonomik durumunun bakım vermeye bağlı olarak olumsuz etkilendiği, %90'ının günlük yaşamının etkilendiği ve bu etkilenmenin en çok sosyal yaşantıda olduğu belirtilmiştir. Bakım veren aile bireylerinin yaşadıkları sorunlar ise yaşlı bireyin GYA'nin uygulanması, yaşlı bireyin davranış değişiklikleri ile baş etme, yaşlı bireyin gereksinimini belirleme, hastanın yanında kalma ve bakıcı ile yaşanan sorunlar olduğu belirlenmiştir.

Ekonomik durumu hastalık nedeniyle etkilenen bakım verenlerin %85,2'si ailede güçlük, %77,8'i bakımda sorun yaşamakta ve %66,7'sinin tanı konulmuş hastalığı bulunmaktadır. Ekonomik durumunun hastalık nedeniyle etkilenmediğini ifade eden bakım verenlerin

%47,8'inin bakımla ilgili bilgi gereksinimi olduğu, %82,6'sının günlük yaşamının etkilendiği ve %7,9'unun hastasını bakım evine yerleştirmek istemediği saptanmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009).

Evli kadının yaşlı bakımı ile ilgili sorumluluklarının yanında aile içinde eş, anne, evin temizlik işleri ve kişilerin bakımı gibi oynadığı çok amaçlı rollerinin olması, evde yaşayan kişi sayısı artıkça bakım veren bireyin fiziksel iş yükünün artması, bakıma yardımcı kişi olma durumunda da evde birden fazla kuşağın bir arada yaşıyor olması azalan dinlenme zamanlarının bakım veren bireyin sağlık etkilenimini artırmaktadır. Bakım verenlerin özgürlüklerini kısıtladığı için psikolojisini olumsuz etkilediği söylenmektedir (Akça Kılıç ve Taşçı, 2005). Diğer yandan bekar bireylerin ise yakının bakımını üstlenmesi nedeni ile evlenmemiş olma olasılığı psiko-sosyal destek sisteminden bireyi yoksun bırakmaktadır.

Bu alışma ile bakım verenlerin yaşadıkları baş edilemeyen bu sorunların ve bakım verme yükünün yaşam kalitesine etkisi ve başetme yöntemlerini geliştirmeleri konusundaki gereksinimleri açıkça ortaya konulmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin yaşadığı sorunların ve günlük yaşamda bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım veren aile bireylerinin yaşadıkları güçlüklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi, bakım verenlerin sağlık durumu, psikolojik durumu ve sosyal kaygıları açısından yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hastaların çoğunluğunun kendi evinde ve aileleri tarafından bakıldığı günlük yaşamını karşılamada bağımlılık düzeylerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bakım veren aile bireylerinin çoğunluğunun kadın ve ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunluğunu eşler oluşturmaktadır. İleri yaşta olması bakım verenin de yaşlı olduğu, kadın bakım verenin üniversite mezuniyeti olduğu ve çalışmadıkları, erkek bakım verenin ise öğrenim düzeyinin ilkökul mezuniyeti olduğu ve daha çok emekli oldukları görülmektedir. Bakım verenlerin çekirdek aile yapısının ve çocuk sayısının 3 ve daha az olduğu görülmektedir. Bu durum yaşlı bireylerin ev içinde destek sistemlerinin kısıtlı olduğunu göstermektedir. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin 3-6 yıl süresince tanı aldıkları ve hastalığın şiddetli evresinde oldukları bulunmuştur. Bu noktada bakım verenlere Alzheimer tipi demans hastalığı hakkında ve bireyin bağımlılık düzeyi ile ilgili olarak destek sistemlerinin önemi konusunda farkındalık sağlayacak eğitimler verilmelidir. Aynı zamanda evde bakım verenler için kurum desteği hizmetleri oluşturulmalıdır.

Kadın bakım veren aile bireylerinin sağlık durumu, psikolojik durumu ve sosyal kaygıları açısından yaşam kalitesinin erkek Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım verenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. 76 yaş üzeri bakım verenlerin sağlık durumu 60 yaş altı ve 61-75 yaş arasında olan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerine göre daha kötüdür. 61-75 yaş arasında olan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerinin psikolojik durumları 76 yaş üzeri olan bakım veren aile bireyelerine göre daha iyi bulunmuştur. 60 yaş altı ve 61-75 yaş arasında olan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerinin sosyal kaygılarının 76 yaş üzeri olan bakım veren aile bireyelerine göre daha az olduğu görülmüştür. Lise-üniversite-yüksek lisans mezunu olan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerinin, okur- yazar olmayan ve okur- yazar olanlara göre sağlık durumlarının, psikolojik durumlarının iyi ve sosyal kaygılarının daha az olduğu sonucu bulunmuştur. Uzman meslek grubunda çalışan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım

veren aile bireylerinin sosyal kaygılarının ev hanımı olanlara göre daha az olduğu görülmüştür. Evli olanların sosyal kaygıları bekar, dul/boşanmış olanlara göre daha azdır.

Araştırma bulguları ve araştırma sürecinde ki gözlemler sonucunda oluşan öneri; Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesi üzerinde yalnızca hastalığın fiziksel etkilerinden kaynaklı değil aynı zamanda psiko-sosyal tüm sorunların önemli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bakım veren aile bireyelerine yönelik oluşturulan öneriler mikro, mezzo ve makro düzeyde geneli sosyal hizmet çerçevesinde geriatrik sosyal hizmet çalışmalarının oluşturulması sağlanmalıdır.

Bu amaçla oluşturulan önerilerde geneli sosyal hizmet yaklaşımı ile **mikro, mezzo ve makro** düzeyde gerçekleştirilmiştir.

Yaşlı bireylerin ve ailelerinin desteklenmesi için geriatrik sosyal hizmet alanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının bilgi, beceri temelinde görev ve sorumlulukları ile mesleki çalışmalarının başlatılması gerekmektedir. Geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının işe alınması ve çalıştırılması girişimleri ve yaşlı bakım merkezlerinin oluşturulması gerekmektedir. Geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının savunma, uzlaştırma, aracılık etme, planlama, karar verme, uygulama, izleme ve değerlendirme gibi rolleri bulunmaktadır. Bu rolleri kullanarak Alzheimer tipi demanslı yaşlı birey ve bakım veren aile bireyleri için sorunlarının ve gereksinimlerin belirlenmesi, çözüm önerilerinin planlanması, uygulanan çözüm önerisinin izlem ve değerlendirmesini yaparak istenen hedefe ulaşılmasında **mikro düzeyde** çalışmalar yapılmalıdır.

Bakım verenin bitmek bilmeyen görevlerle karşı karşıya kalması onun kendi ihtiyaçlarını da gözardı etmesine ve özbenlik saygısının düşmesine neden olmaktadır. Hasta için özverili çalışması bakım verenin kendi fiziksel ve ruhsal gereksinimlerini ihmal etmesine neden olmaktadır. Bu nedenle kendi iç duygusunun farkında olması kişisel sağlık ve bakım gereksinimlerinin farkında olması önemlidir. Kendine hak ettiği değeri vermesi onun benlik saygısını da yükseltecektir. Bakım veren için kendine bilgi, psikolojik danışmanlık için yardım alabilecek hizmetlerin varlığı bu bireyler için önemli bir gereksinim olmaktadır. Bakım veren için sık karşılaşılan sorunlar, ihtiyaçlar ve endişeler noktasında destek sistemlerinin varlığı çok önemlidir. Bakım verenin kendi rolünün farkında olması tecrübelerinin ve duygularının farkında olması kişinin özsaygısını yükseltecektir. Hasta

bireyin temel gereksinimlerinin sağlanması bakım sürecinde zor bir görev olmaktadır. Bakım vermenin stresli bir görev olmasının yanında duygusal ve fiziksel bir zorlanma olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Yaşlı ve bakım veren aile bireylerinin sorunlarının çözümü ve ihtiyaçlarının karşılanmasından sorumlu olan geriatrik sosyal hizmet mesleği müdahalesine gereksinim duyulmaktadır. Yaşlı bireyin ve aile üyelerinin gelişimi, sorunların ve ihtiyaçların çözümlenmesi için **mikro düzeyde** çalışmalar yapılmalıdır. Geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yardım noktalarını değerlendirerek amaca yönelik çözümler sunmasına ihtiyaç vardır. Bakım yönetiminde bakımın kabullenilmesi, servislerin koordine edilmesinde, yaşlı bireyin bakımının başarılı bir şekilde sürdürülmesinde duygusal, sosyal, finansal, manevi destek ve danışmanlık sağlanması gerekmektedir. Bakım verenin kendisinin sorumluluklarını bilerek destek sistemlerinden yardım alarak hem yaşlı birey için hem kendisi için daha yararlı olması açısından geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının yardımına ihtiyaç vardır. Kriz yönetiminde yaşlı birey ve bakım veren aile bireyinin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve desteklenmesini gerekmektedir. Kriz sürecinde aile ile birlikte çalışan ve çözüm önerileri oluşturan ve bu konuda bilgi ve beceri ile donanımlı olan geriatrik sosyal hizmet müdahale planına ihtiyaç vardır. Bakım verenin kendi sağlığını ihmal etmeden sağlıklı ve mutlu olması aynı zamanda yaşam kalitesinin yükseltilmesi için çalışılmalar yapılmalıdır.

Alzheimer tipi demanslı yaşlı için bakım programı oluşturulmalı ve evde sağlık bakımı aileye desteği güçlendirmek için sosyal bakım ile birleştirilmelidir. Ülkemizde bulunan sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler bu konuda aktif hale gelmeli ve birlikte çalışma konusunda desteklenmelidir. Aynı zamanda konunun önemini açıklayan ve gündemde tutan organizasyonlar düzenlenmelidir. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyleri için diğer hastalarla ve yakınları ile iletişim kurabileceği deneyimlerini paylaşabileceği ve yeni arkadaşlıklar kurabileceği geriatrik sosyal hizmet birimleri oluşturulmalıdır. Duygusal ve psikolojik destek, problem çözüm teknikleri ve yönetebilme, eğitim ve refakatçi desteğine her zaman ulaşılması için **mezzo düzeyde** danışmanlık oluşturulmalıdır.

Ülkemizde farklı ve tüm tıp alanlarının (göz, diş, nöroloji, geriatri, kalp v.b.) bulunduğu geriatri hastanelerinin kurulmasına ihtiyaç vardır. Bununla birlikte hastanelerde geriatrik sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edildiği geriatrik sosyal hizmet birimi oluşturulması gerekmektedir. Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasında hem de

bakımı konusunda bakım verenlere geriatrik sosyal hizmet uzmanından destek ve danışmanlık sağlanması önemlidir.

Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerine yardım için araştırma yapan aynı zamanda bilgi ve danışmanlık verebilen geriatrik sosyal hizmeti veren merkezlere ihtiyaç vardır. Bu merkezlerde evde bakım, finansal destek, yasal konularda yetkili destek, bakım verenin kısa süre bakıma ara vermesine yardımcı olacak bakıcı desteği, sağlık ve gelişim için destek, ilgiye ihtiyacı olduğunda ya da stresli zamanlarında yardımcı olacak yazılı ve sözel bilgi desteği veren geriatrik sosyal hizmet birimleri yer almalıdır. Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerinin tanıyı kabul etmeleri ile hastayı nasıl etkileyeceği konusunda bilgi sahibi olmalarının yanı sıra ve bakım yükü ile baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır. Bakım veren aile bireyi evde yaşlıya bakamayacağı ve duygusal sorunlar yaşayabileceği göz önünde bulundurularak destek sistemleri oluşturulmalıdır. Toplum organizasyonları, halk eğitimi, yerel, bölgesel ve ulusal planlar, yasal savunma organizasyonları yapılmalıdır. Bakım verenin her konuda ulaşabileceği eğitim programı veren ve destek olan planlayan **makro düzeyde** çalışmalar yapılmalıdır.

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte gelecek yıllarda daha çok insanın Alzheimer tipi demanstan etkilenmesi beklenmektedir. Buna yönelik sağlık politikaları üretilmesi; erken teşhis için hastalık hakkında bilgilendirme yapılması, hastanın ve bakım verenin yaşam kalitesinin artırılması için bakım verenin güçlendirilmesi ve desteklenmesine yönelik çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.

Ülkemizde Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyelerinin yaşam kalitesine yönelik yapılmış çalışmalar kısıtlı olması nedeni ile konu ile ilgili araştırmalar ve çalışmaların sayısının artırılması literatürün zenginleşmesi açısından önemlidir.

ÖZET

Alzheimer-demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Bu araştırma Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmış ve yürütülmüştür. Bu amaçla araştırmada ebeveyni ya da akrabası olup Alzheimer tipi demans tanısı belirlenmiş bireye bakan aile bireylerinin sağlık, psikolojik ve sosyal açıdan yaşam kalitesi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda AH'ı olan yaşlı bireyin günlük yaşamda karşılaştığı problemlerin sıklığı incelenmiştir. Araştırma örnekleminin 65 yaş ve üzerindeki AÜTF İbni Sina Hastanesi Geriatri polikliniği, Cerrahi polikliniği, Nöroloji polikliniği ve Acil Servise başvuran aynı zamanda yataklı servislerde yatan Alzheimer tipi demanslı yaşlılar ile bu yaşlılara bakım veren aile bireyleri oluşturmaktadır. AÜTF İbni Sina Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınarak bu polikliniklere başvuran ve yatan 262 Alzheimer tipi demanslı kadın ve erkek yaşlılar ile bu yaşlılara bakım veren 262 aile bireyi olmak üzere 524 kişi araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada anket tekniğinden yararlanılmıştır. Ankette yer alan Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyinin yaşam kalitesi ölçeğindeki Likert tipi cümlelere verilen yanıtlar puanlanmış, aracın yapı geçerliliğini kontrol etmek için bir doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi tekniği kullanılmıştır. Araştırmada Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan formun Türkçeye uyarlaması yapılmış; "Cronbach Alpha" sayısı 0,92 olarak hesaplanmış ve ölçeğin Türkiye'de uygulanabilir olduğu görülmüştür. Ölçeğin alt boyutları için doğrulayıcı faktör analizine bakılmıştır. Sağlık durumu Cronbach Alpha değeri 0,85, psikolojik durum 0,84, sosyal kaygılar 0,76, olarak bulunmuştur. Bu araştırma için geçerli ve güvenilir bir sonuç elde edilmiştir.

Araştırmada Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t-testi ve varyans analizi uygulanmıştır. Araştırma kapsamına Alzheimer tipi demanslı yaşlıların günlük yaşamda en çok; yıkanma/banyo (%70,6), giyinme (%67,9), temizlenme (%65,6), yemek yeme (%60,6), yürüme ve denge problemleri yaşadıkları (%62,6) bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadın bakım veren aile bireylerinin ortalama 61,8, erkek bakım veren aile bireylerinin ortalama 68,9 yaşında oldukları, bakım veren aile bireylerinin çoğunluğunun (%67,6) kadın olduğu ve daha çok üniversite mezunu olduğu (%27,1), erkek bakım verenlerin ise ilkokul mezunu (%35,2) oldukları görülmüştür. Erkeklerin kadınlara göre sağlık durumu ve psikolojik durumu daha iyi olup sosyal

kaygıları dūřūktūr. Alzheimer tipi demanslı yařlı bireyin yařı yūkseldikçe, ōđrenim dūzeyi dūřtūkçe bakım veren aile bireyinin sađlık durumu, psikolojik durumu ve sosyal kaygılar ađısından yařam kalitesine iliřkin deđerlendirmelerinin olumsuz olduđu bulunmuřtur.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, bakım veren, geriatrik sosyal hizmet, yaşam kalitesi, yaşlı

SUMMARY

Evaluation of life quality of family members taking care of Alzheimer-dementia patients

In this research, it has been aimed to evaluate life quality of family members taking care of the elderly with Alzheimer-Dementia (AD). For this purpose, quality of life in the aspect of health, psychological, social conditions of the family members taking care of their parents or relatives who have AD was studied. Moreover, the frequency of daily life problems of elderly people with AD was observed. The participants of this research consisted of 65-year-old and older people with AD and under medical service at the Geriatric, Neurology, Surgery and Emergency polyclinics at İbni Sina Hospital of Ankara University School of Medicine (AUSM) and the family members taking care of these patients. With the permission of chief physician of İbni Sina Hospital, 524 individuals in total were studied, including both 262 female and male AD patients registered to these polyclinics and 262 family members of theirs.

As a research technique, survey analysis has been used and life quality of the family members was scored according to their answers to the statements represented by Likert Scale. Construct validity of the scale was checked by confirmatory and exploratory factor analysis. The survey form of this research to evaluate life quality of family members taking care of the elderly with AD was adapted and translated into Turkish; "Cronbach Alpha" value was found 0,92 which confirms that this scale can be applied to the study in Turkish. Also, confirmatory factor analysis has been checked for the sub-dimensions of the scale; Cronbach Alpha values for health condition, psychological condition and social concerns were found 0,85, 0,84 and 0,76, respectively. These results have been found valid and reliable for this research.

Furthermore, in order to determine whether life quality of family members depends on age and/or gender, t-test and variance analysis were performed in this research. As result, average age of female care-taking family members was 61,8 while average age of male care-taking family members was 68,9. Most of those family members were female (67,6%) and college graduates (27,1%) whereas 35,2% of male family members were primary school graduates. According to the results, AD patients mostly suffered from bathing (70,6%), dressing (67,9%), self-cleaning (65,6%), eating (60,6%), walking and balance problems (62,6%) in their daily lives. Compared to females, health and psychological conditions of males were better; and their social concerns were lower. Lastly, the increase in age and the decrease in the education level of the AD patients negatively affected the life quality of caring family members in the aspect of their health conditions, psychological conditions and social concerns.

Keywords: Alzheimer's disease, care-taker, geriatric social service, life quality, the elderly

KAYNAKLAR

- ABAY E, 2004, (yazarlar: Kaplan H. I, Sadock B. J) Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevleri, 56-57
- AKSARAY G, KAPTANOĞLU C, 1999, Alzheimer Hastalığının İlaç Tedavisinde Yenilikler, Düşünen Adam Dergisi, **12(1)**: 35-41
- AKPINAR B, KÜÇÜKGÜÇLÜ Ö, 2012, The Validity and Reliability of The Turkish Version of The Quality of Life Scale For Patients With Alzheimer's Disease (QOL-AD), Journal of Neurological Sciences, **29(3) 32**: 554-565
- AKYAR İ, AKDEMİR N, 2009, Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 32-49
- AKÇA KILIÇ N, TAŞCI S, 2005, 65 Yaşüstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi **14**: 30-36
- ANDERSON M. A, 2007, Caring For Older Adults Holistically, Fourth Edition, F a Davis Company, 290-297
- ARIOĞUL S, CANKURTARAN M, HALİL M. G, YAVUZ B. B, 2006, Geriatri ve Gerontoloji MN Medikal&Nobel Kitabevi.
- ALTIN M, 2006, Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Basılmamış Uzmanlık Tezi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği.
- ALZHEIMER SOCIETY OF CANADA, 2009, Enhancing Quality of Life For People Living With Dementia. www.alzheimer.ca, 2013
- AMERICAN ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012, Alzheimer's Disease Facts And Figures, www.alz.org, 2013
- ATAGÜN M. İ, BALABAN Ö. D, ATAGÜN Z, ELAGÖZ M, ÖZPOLAT A.Y, 2011, Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, **3(3)**: 513-552
- ATLI T, 2012, Yaşlıda Unutkanlığa Yaklaşım, Klinik Gelişim Dergisi, 25-3, 24-27
- BARNES E. D, YAFFE K, 2011, The Projected Effect of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence, Lanset Neurol **10**: 819-28
- BARLAS G.Ü, ONAN N, 2008, Alzheimer Hastası ve Aileleri ile İletişim, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **11(4)**: 105-111
- BİNGÖL A, 2004, (yazar: Petersen R.) Mayo Clinic Alzheimer Hastalığı, Rochester, Minnesota 27-37
- BRODATY H, DONKIN M, 2009, Family Caregivers of People With Dementia, Dialogues Clin Neurosci Jun **11(2)**: 217-228, www.ncbi.nlm.gov, 2014
- CAN H, KARAKAŞ S, 2005, Alzheimer Tipi Demans ve Birinci Basamakta Nörolojik Değerlendirme, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, cilt 14, sayı 2, 22-25
- CAN H, İRKEÇ C, KARAKAŞ S. 2009, Demans Şiddet Derecelendirme Ölçeğine Bağımlıdır: Kısa Durum Muayene Testi ile Reisberg Global Bozulma Ölçeğinin Karşılaştırılması, Klinik Psikiyatri Dergisi; **12**: 5-20
- CAN R, ABACI L. Ç, KADIOĞLU S, 2013, Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları, Cumhuriyet Tıp Dergisi; **35**: 448-456
- CANGÖZ B, 2013, Yaşlılığın Psikolojik Boyutu Yaşlıların Nöropsikolojik ve Psikolojik Açından Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gebam Bülteni 2, www.gebam.hacettepe.edu.tr, 2013

- CARTER C. L, RESNICK E. M, MALLAMPALLI M, KALBARCZYK A, 2012, Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease: Recommendations For Future Research, *Journal of Women's Health*, Volume 21, Number 10
- CARRASCO L, 2007, Quality of Life And Dementia, *Med Clin (Barc)* Jan 20, **128(2)**: 70-5
- CAHILL S, O'SHEA E, PIERCE M, 2012, Creating Excellence In Dementia Care, A Research Review For Ireland's National Dementia Strategy. TCD And The DSIDC, St James's Hospital, Dublin Irish Centre For Social Gerontology, NUIG
- CSWE, 2001, Strengthening The Impact Of Social Work To Improve The Quality Of Life For Older Adults & Their Families, A Blueprint For The New Millennium, www.cswe.org, 2013
- ÇİVİ S, KUTLU R, ÇELİK H. H. 2011, Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *Gülhane Tıp Dergisi*; **53**: 248-253
- DAFFNER K. R, SCINTO L. F. M, 2000, Alzheimer Hastalığının Erken Tanısı, Humana Yayıncılık, Totowa, New Jersey, 29-34
- DAYANA S. R, ARUNKUMAR B, ILANGO P, 2014, Gerontological Social Work in India an Emerging Field of Social Work, www.academia.edu, 2014
- DÖNÜMCÜ Ş, 2009, Disiplinlerarası İşbirliği; Yaşlı İnsan(lar)ın Gözündeki Sisi Işığa Dönüştürür, www.sosyalhizmetuzmani.org, 2014
- DÖKMEN Z.Y, 2012, Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **3(1)**: 3-38
- DUYAN V, SAYAR Ö. Ö, ÖZBULUT M, 2008, Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak, Yayın No:11, 180-181
- DUYAN V, 1996, Tıbbi Sosyal Hizmet (Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut), 72 TDFO, Bilgisayar Yayıncılık, Ankara
- DUYAN V, 2003, Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümler Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 25(4), özel eki
- EKER E, 2008, Alzheimer Hastalığı, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart S:85-110.
- ESIRI M. M, LEE V. M-Y, 2004, *The Neuropathology of Dementia*, Second Edition, Cambridge University Press, 4-7
- FERRI C. P, PRINCE M, BRAYNE C, BRODATY H, FRATIGLIONI L, GANGULI M, HALL K, HASEGAWA K, HENDRIE H, HUANG Y, JORM A, MATHERS C, MENEZES P. R, RIMMER E, SCAZUFCA M, 2005, Global Prevalence of Dementia: A Delphi Consensus Study, *Lancet* **366(9503)**: 2112-2117
- GAUTHIER S, 1999, *Clinical Diagnosis And Management of Alzheimer's Disease*, Second Edition, 17-23
- GAUTHIER S, 2000, Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi, 33-39
- GÜNAYDIN F. M, 2008, Demans Hastalarında Homosistein, Vitamin B12 ve Folat İlişkisi, Basılmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- GÜNAYDIN R, 2010, Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, **13(4)**: 278-284
- GREEN R. C, CUPPLES L. A, KURZ A, AUERBACK S, GO R, SADOVNICK D, DUARA R, KUKULL W. A, CHUI H, EDEKI T, GRIFFITH P. A, FRIEDLAND R. P, BACHMAN D, FARRER L, 2003, Depresyon As A Risk Factor For Alzheimer Disease, *Arch Neurol*, 753-759
- HABLEMİTOĞLU Ş, ÖZMETE E, 2010, Yaşlı Refahı, Yaşlılar için Sosyal Hizmet, 89-98.
- HOOPER M. N, 2000, *Alzheimer's Disease Methods And Protocols*, Humana Press&Totowa, New Jersey, 24-30

- IŞIK A. T, 2012, Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı, Geriatrik Sendromlar Dizisi 5, 183-197
- IŞIK E, TANER E, IŞIK U, 2008, Güncel Klinik Psikiyatri Dergisi, 450-455
- IQBAL K, SISODIA S. S, WINBLAD B, 2001, Alzheimer's Disease, Advances in Etiology, Pathogenesis And Therapeutics, John Wiley&Sons, LTD, 15-17
- IGSW, NYAM, 2005, Social Work Aging And Public Policy: A Bulletin From IgsW And Nyam, Policy Bulletin, vol.1, no. 1, www.cswe.org, 2013
- İNCE A, 2008, ADCS-ADL Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması ve Geçerlilik Güvenilirliği, Basılmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa
- JACQUES A, 1988, Understanding Dementia, Churcill Livingstone, Edinburgh London Melbourne and New York, 15-17
- KANE R. L, QUSLANDER J. G, ABRASS I. B, RESNICK B, 2009, Essentials of Clinical Geriatrics, Sixth Edition, McGrawHill Medical, 154-169
- KARAHAN A.Y, İSLAM S, 2013, Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt: 3, Ek Sayı: 1, 51-57
- KARLAWISH J. H, CASARETT D, KLOCINSKI J, CLARK C. M, 2001, The Relationship Between Caregivers 'Global Ratings of Alzheimer's Disease Patients' Quality of Life, Disease Severity, And The Caregiving Experience, J Am Geriatr Soc. Aug; **49(8)**: 1066-70
- KILIÇOĞLU A, YENİLMEZ Ç, 2005, Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler İle İlişkisi, Düşünen Adam Dergisi; **18(4)**: 187-195
- KORKUT Y, BERK S. Ö, 2009, Alzheimer Hastalarına ve Sağlıklı Yaşlılara Bakımveren Kadın Yakınlarda Bakım Verme Tarzı, Problem Çözme Stratejileri, Öfke Tarzları ve Sağlık Durumunun İncelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics; **12(1)**: 1-12
- KOCABIYIK N, 2008, Alzheimer Hastalarında Klinik Evrelerine Göre Serum Lipid Seviyelerinin Değerlendirilmesi, Basılmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- KÜÇÜKGÜÇLÜ Ö, 2003, Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı, Demans Dergisi; **3**: 86-92
- KÖROĞLU E, GÜLEÇ C, ŞENOL S, 2007, Psikiyatri Temel Kitabı, 139-141
- KUZU KURBAN N, ZENCİR M, KARTAL A, ŞAHİNER T, 2010, Alzheimer Hastalığı Olan ve Olmayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, **1**: 34-43
- LIU C-C, KANEKIYO T, XU H, BU G, 2013, Apolipoprotein E And Alzheimer Disease: Risk, Mechanisms And Therapy, Nature Reviews Neurology, Feb **9(2)**: 106-118
- MAJ M, SARTORIUS N, 2002, Dementia, Second Edition, WPA Series, 18-23
- MCKHANN G, DRACHMAN D, FOLSTEIN M, KATZMAN R, PRICE D, STADLAN E. M, 1984, Clinical Diagnosis of Alzheimer Disease, Neurology **34**: 939-944
- MULLER M, CÁRDENAS C, MEI L, CHEUNG C-H, FOSKETT J. K, 2011, Constitutive cAMP Response Element Binding Protein (CREB) Activation By Alzheimer's Disease Presenilin-Driven İnositol Trisphosphate Receptor (InsP3R) Ca²⁺ Signaling, www.pnas.org, 2013
- NAZARKO L, 2002, Nursing in Care Homes, Second Edition, Blackwell Science, 30-49
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2011, Alzheimer's Disease Fact Sheet, NIH Publication No:11- 6423
- NASW 2011, Investing in The Social Work Workforce, www.socialworkpolicy.org, 2013

- NHS 2011, Donopezil, Galantamine, Rivastigmine And Memantine For The Treatment of Alzheimer Disease, National Institute For Health And Clinical Excellence, Review of NICE Technology Appraisal Guidance 217, www.nice.org.uk, 2013
- NOWOTNY P, KWON M. J, GOATE M. A, 2001, Alzheimer Disease, Encyclopedia of Life Sciences Nature Publishing Group, www.els.net, 2013
- O'BOYLE C. A, 1997, Measuring The Quality of Later Life, Philosophical Transaction Royal Society London B, **352**: 1871-1879
- OECD 2012, 'Dementia Prevalance' In Health At A Glance: Europe, OECD Publishing, www.oecd-ilibrary.org, 2013
- ÖNOL B, 1991, Alzheimer Hastalığı (Alzheimer Tip Demans), Ankara Patoloji Bülteni, cilt: **8**: 1-8
- ÖNAL DÖLEK B, 2011, Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi, Basılmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- ÖNAL DÖLEK B, 2013, Hizmet Alanların Gözüyle Türkiye'de Geriatrik Hizmetlerin Sosyal Görünümü, Akad Geriatri Dergisi, **5**: 18-28
- ÖZKAY Ü. D, ÖZTÜRK Y, CAN Ö. D, 2011, Yaşlanan Dünyanın Hastalığı: Alzheimer Hastalığı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, **18(1)**: 35-42.
- ÖZMETE E, 2010, Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması, Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi, 3-11
- ÖZTÜRK M. O, 1997, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, 7. Basım, 56-57
- ÖZER S, 2010, Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi, Turkish Journal of Geriatrics, 13/özel sayı **3**: 27-35
- ÖZBESLER C, 2013, Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, sayı **2**: 6-12
- ÖLÜÇ F, 2007, Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Basılmamış Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne
- ÖNÜR N, 1999, (yazarlar: Mace N. L, Rabins P. V) 36 Saatlik Gün, Alzheimer Hastalığı ve İleri Yaşta Bellek Kaybı Olan Kişilerin Bakımında Hasta Yakınları İçin Rehber, Yüce Yayınları, 57-94
- POVOVA J, AMBROZ P, BAR M, PAVUKOVA V, SERY O, TOMASKOVA H, JANOUT V, 2012, Epidemiological of And Risk Factors For Alzheimer's Disease: A review, Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. Jun, **156(2)**: 108-114
- QIZILBASH N, 2002, Evidence- Based Dementia Practice, III 2.5, 238
- PRIMENTEL E. M. L, 2009, Role of Neuropsychological Assessment in The Differential Diagnosis of Alzheimer's Disease And Vascular Dementia, Dementia&Neuropsychologia, **3(3)**: 214-221
- RABINS P. V, BLACER D, ROVNER B. W, RUMMANS T, SCHNEIDER L. S, TARIOT P. N, BLASS D. M, 2007, Practice Guideline For The Treatment of Patients With Alzheimer's Disease And Other Dementias, Am J, Psychiatry, **164(12)**: 5-56
- RODRIGEZ J. D, 2013, Social Work Practice in Aging: A Competency-Based Approach For the 21st Century, www.naswpress.org, 2013
- SPAR J. E, RUE A. L, 2002, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, Third Edition, American Psychiatric Publishing, Inc, 153-191
- SABANCIOĞULLARI S, TEL H, TEL H, 2007, Evde ve Kurumda Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumu, Sağlık ve Toplum Dergisi, Sayı 1
- SCHULZ R, COOK T, 2011, Caregiving Costs Declining Health in The Alzheimer's Caregiver As Dementia Increases in The Care Recipient, National Alliance For Caregiving

- And Universty Center For Social And Urban Research Department of Psychiatry
Universty of Pittsburgh
- SELEKLER K, 2004, Alzheimer Hastalığının Öncesi: Hafif Kognitif Bozukluk, Hacettepe Tıp Dergisi, **35**: 199-206
- SELEKLER K. 2010, Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı, Türk Geriatri Dergisi, 13/ Özel Sayı **3**: 9-14
- SAYEK İ, GÜLER Ç, AKOVA M, KİPER N, SAYINALP N, YALÇIN S. S, ASLAN D, BİLGİN Ş. A, KARAKOÇ D, EKİNCİ S, 2008, Sağlık Ansiklopedisi, Güneş Tıp Kitabevleri, 34-36
- TAŞDEMİR G, 2008, İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi, Basılmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- TAŞDELEN P, ATEŞ M, 2012, Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, **9(3)**: 22-29
- TELATAR T. G, ÖZCEBE H, 2004, Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi, Türk Geriatri Dergisi, **7(3)**: 162-165
- TEKİN N, DIŞÇIĞIL G, ALTUNBAŞ E, 2011, Demans Hastalarının Bakımı, Toplumsal Bakış Açısı, Davranışı ve Bilgi Kaynakları, Turkish Journal of Geriatrics, **14(1)**: 35-39
- TAN Z. S, BEISER A, VASAN R. S, AU R, AUERBACH S, KIEL D. P, WOLF P. A, SESHADRI S, 2008, Thyroid Function And The Risk of Alzheimer Disease, Arch Intern Med, **168(14)**:1514-1520
- THOMAS P, LALLOUE F, PREUX P. M, HAZIF- THOMAS C, PARIEL S, INSCALE R, BELMIN J, CLEMENT J. P, 2006, Dementia Patients Caregivers Quality of Life: The PIXEL Study, International Journal of Geriatric Psychiatry, **21(1)**: 50-56
- THOMAS P, HAZIF-THOMAS C, DELAQNES V, BONDUELLE P, CLEMENT J. P, 2005, Vulnerability of Caregivers For Demented Patients; The PİXEL Study, Psychol Neuropsychiatr Vieil, Sep, **3(3)**: 20-207
- TÜRKİYE ALZHEIMER DERNEĞİ, 2012, Bir Başkasının Bakımını Üstlendiğinizde Ruh Sağlığınız Neden Önemlidir, www.alz.org.tr, 2013
- TÜİK, 2013, www.tuik.gov.tr, 2013
- TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMA YÖNERGESİ, 2014, www.saglik.gov.tr, 2014
- TUFAN İ, 2014, Gerontolojiye Giriş, www.itgevakif.com, 2014
- YAŞAR F, 2008, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Başkent Üniversitesi, Ankara
- YAŞAR E. K, 2009, Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir
- UÇKU R, ARSLANTAŞ D, ÖZBABALIK D, SAYINER D, ASLAN D, ARSLANTAŞ A, DEMİRTAŞ N, NAÇAR M, 2012, Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetleri, 146-150
- YALÇIN E, YALÇIN B. M, DİKİCİ F. M, ŞAHİN E. M, 2005, Alzheimer Hastasıyla Yaşamak, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, **9(4)**: 167-173
- YAZGAN Ç, KORA K, TOPÇUOĞLU V, KUŞÇU K, 2006, Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Turkish Journal of Geriatrics, **9(3)**: 143-149
- YILMAZ A, TURAN E, 2007, Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Basetme Yolları, Türkiye Klinikleri J Med Sci, **27**: 445-454

- YILMAZ A, TURAN E, 2008, Alzheimer Hastalarının Yakınlarında Bakımevi Tercihini Belirleyen Faktörler, *Kriz Dergisi*, **16(2)**: 11-24
- WHITEHOUSE P. J, 1993, *Dementia*, F. A. Davis Company, Philadelphia, 9- 12
- WALISER M. N, FELDMAN P. H, GOULD D. A, DONELAN K, 2002, When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers, *Am J Public Health*, March, **92(3)**: 409-413.
- WHO 1993, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria For Research*, Geneva, 29-33, www.who.int, 2013
- WHO 2012, *Dementia A Public Healty Priority*, www.who.int, 2013
- WHO 2011, *Global Health And Aging*, www.who.int, 2013
- www.nia.nih.gov, 2013, *Caring For A Person With Alzheimer's Disease, Your Easy to Guide From The National Institute on Aging*, 2014
- WORLD ALZHEIMER REPORT, 2013, *Journey of Caring, An Analysis of Long-Term Care for Dementia*, www.alz.co.uk, 2014
- WILLIAMS J. W, PLASSMAN B. L, BURKE J, HOLSINGER T, BENJAMIN S, 2010, *Preventing Alzheimer's Disease And Cognitive Decline*, AHRQ Publication No. 10-E005
- www.nhs.uk, 2011, *Alzheimer's in The News Fear And Fascination*, 2014
- www.ema.europa.eu, 2008, *Guideline on Medicinal Products For The Treatment of Alzheimer's Disease And Other Dementias*, London, European Medicines Agency 1-19, 2013
- www.sswlhc.org, 2014, *Social Work Best Practice Healthcare Case Management Standards*, 2014
- ZEISEL J, RAI A P, 1999, *Non-Pharmacological Treatment For Alzheimer's Disease: A Mind-Brain Approach*, *Geriatrics&Gerontology*, 33-47

EKLER

EK-1 ALZHEİMER TİPİ DEMANSLI YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ YAŞLI BİREY ONAM FORMU

Bu çalışma, Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmayı, Ankara Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda yürütmekte olduğum yüksek lisans tezi kapsamında Ankara Üniversitesi Etik Kurulu ve hastaneniz tarafından verilen izinle yapmaktayım.

İlişikteki anket Alzheimer tipi demanslı yaşlı birey tanıtıcı sosyodemografik bilgileri, yaşlı bireylerin hastalık ve bakıma ilişkin bilgileri ile günlük yaşamda karşılaştığı problemleri incelemek için hazırlanmış olup, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Sizden istenen bilgiler yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacak ve tamamen gizli kalacaktır.

Araştırmaya katılmanız yalnızca sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından 'anket formu' (Sosyodemografik bilgilere, Alzheimer tipi demanslı yaşlı bireylerin hastalık ve bakıma ilişkin bilgilere ve günlük yaşamda karşılaşılan problemler ölçeğine yer verilmiş olup 28 maddeden oluşan form) uygulanacaktır. Araştırmada kullanılan formun yanıtlanması toplam 15-30 dakikanızı alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında isminiz kaydedilmeyecek, size bir kod verilecek, kayıtlarınız bu kod numarası ile saklanacak ve hiçbir şekilde adınız anılmayacak ya da başka bir yerde belirtilmeyecektir. Bu yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmada yer alan görüşme formu ve ölçekteki tüm soruların gerçeğe uygun olarak yanıtlanması araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

Araştırmanın gönüllü olur-onam formunu okudum. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularına tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Gönüllünün adı- soyadı:

İmza:

Tarih:

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının adı –soyadı:

İmza:

Tarih:

ALZHEİMER TİPİ DEMANSLI YAŞLI BİREYLERİ TANITICI BİLGİ FORMU

‘Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi’ konulu bu çalışma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı’nda yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Araştırmada yer alan bilgilere doğru ve eksiksiz bilgi vermeniz çalışmanın doğruluğunu etkileyeceği için önemlidir. Çalışmaya kendi isteğinizle katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

I. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

A. YAŞLI BİREYİ TANITICI GENEL BİLGİLER

- 1) Ad Soyad:
- 2) Cinsiyet:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
- 3) Yaş:
- 4) Öğrenim Düzeyi:
 - a) Okur yazar değil
 - b) Okur yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
 - g) Lisansüstü
- 5) Çalışma Durumu:
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor (aktif çalışma yaşında olup, çalışmayanlar)
 - c) Emekli
- 6) Meslek:
- 7) Sosyal güvence:
 - a) Var
 - b) Yok
- 8) Medeni durum:
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Dul / Boşanmış
- 9) Ailedeki birey sayısı:.....
- 10) Çocuk sayısı:.....

II. HASTALIĞA VE BAKIMA İLİŞKİN BİLGİLER

- 11) Kaç yıl önce Alzheimer tanısı aldınız:.....
- 12) Hastalığınızın evresi nedir?:
- Erken
 - Orta
 - Şiddetli
- 13) Alzheimer hastalığı hakkında Alzheimer nedir, nedenlerini, belirtileri, evrelerini ve tedavisi nasıldır bilgi düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- İyi biliyorum
 - Çok az biliyorum
 - Bilmiyorum
- 14) Başka bir hastalığınız var mı?:
- Evet (açıklayınız.....)
 - Hayır
- 15) Hastalığınız ile ilgili bilgiyi nereden alıyorsunuz?
- Doktor
 - Hemşire
 - İnternet
 - Televizyon/ gazete/dergi
 - Diğer
- 16) Alzheimer hastalığı yada diğer hastalıklar için doktorun verdiği ilaçları düzenli olarak ve saatinde kullanıyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
- 17) Nerede bakılıyorsunuz?
- Kendi evimde
 - Bakım verenin evinde
 - Diğer
- 18) Size kim bakıyor?
- Eşim
 - Oğlum
 - Gelinim
 - Kızım (büyük kızım/ küçük kızım)
 - Akrabam
 - Diğer
- 19) Alzheimer ile ilgili olarak verilen sağlık hizmetlerinden ve sağlık personelinin yaklaşımdan memnun musunuz?
- Evet
 - Hayır (açıklayınız).....

20) Hastanın günlük yaşamda karşılaşılan problemleri yaşama sıklığı

	Her zaman	Sık sık	Ara sıra	nadiren	Hiçbir zaman
Yemek yeme					
Pasaklılık					
Atıştırma – yeme bozukluğu					
Yenmemesi gereken şeylerin yenmesi					
Kusma					
Çatal, kaşık, bıçak kullanımı					
Ağız sulanması					
Solunum problemi					
Yutamama					
Boğulma atakları					
Kilo kaybı					
Yıkanma / banyo					
Giyim					
Ağız bakımı, diş fırçalama					
İdrar tutamama					
Dışkı tutamama					
Temizleme					
Yürüme ve denge problemi					
Bellek kaybı					
Doktora gitme / ilaç kullanma					

**EK-2 ALZHEİMER TİPİ DEMANSLI YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ YAŞLIYA BAKIM VEREN BİREY İÇİN
ONAM FORMU**

Bu çalışma, Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmayı, Ankara Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda yürütmekte olduğum yüksek lisans tezi kapsamında Ankara Üniversitesi Etik Kurulu ve hastaneniz tarafından verilen izinle yapmaktayım.

İlişikteki anket Alzheimer tipi demanslı yaşlıya bakım veren aile bireyini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler, bakım veren eşini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler ve bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitelerini değerlendirmeye ilişkin verileri elde etmek amacıyla hazırlanmış olup, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Sizden istenen bilgiler yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacak ve tamamen gizli kalacaktır.

Araştırmaya katılmanız yalnızca sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından 'anket formu' (bakım veren sosyodemografik bilgiler, bakım veren bireyin eşini tanıtıcı sosyodemografik bilgiler, bakım verenin yaşam kalitesi bilgilerine yer verilmiş olup 54 maddeden oluşan form) uygulanacaktır. Araştırmada kullanılan formun yanıtlanması toplam 15-30 dakikanızı alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında isminiz kaydedilmeyecek, size bir kod verilecek, kayıtlarımız bu kod numarası ile saklanacak ve hiçbir şekilde adınız anılmayacak ya da başka bir yerde belirtilmeyecektir. Bu yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmada yer alan görüşme formu ve ölçekteki tüm soruların gerçeğe uygun olarak yanıtlanması araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

Araştırmanın gönüllü olur-onam formunu okudum. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Gönüllünün adı- soyadı:

İmza:

Tarih:

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının adı –soyadı:

İmza:

Tarih:

11. Hastayla yakınlık durumu:

- a) Eşi
- b) Çocuğu (kızı/ oğlu)
- c) Gelini/damadı
- d) Torunu
- e) Akrabası
- f) Diğer

12. Aile yapısı:

- a) Çekirdek (anne baba ve çocuklar)
- b) Geniş (büyükbaba ve büyük annesinde dahil olması)
- c) Parçalanmış

13. Ekonomik durum:

- a) 0-500TL
- b) 501-1500TL
- c) 1501-2500TL
- d) 2501TL ve üstü

14. Yakınınıza bakım verirken ne tür bir desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünöyorsunuz?
(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Bakıma yardım edecek bir kişiye
- b) Aile üyelerine (kardeş, evlat..)
- c) Psikolog
- d) Sosyal hizmet uzmanı
- e) Hasta ile ilgili yaşadığım sorunlarla başedebilmek için yardım alabileceğim bir kurum
- f) Hastanın evde tedavi edilme sürecinde yaşanan sıkıntılar için evde sağlık hizmetine
- g) Mali destek alabileceğim bir birime
- h) Komşu
- i) Hiç desteğe ihtiyaç duymuyorum

B. BAKIM VEREN BİREYİN EŞİNİ TANITICI BİLGİLER

15. Eşin yaşı:.....

16. Eşin öğrenim Düzeyi:

- h) Okur yazar değil
- i) Okur yazar
- j) İlkokul
- k) Ortaokul
- l) Lise
- m) Üniversite
- n) lisanüstü

17. Eşin çalışma durumu:

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

18. Eşin Mesleği:

- a) Memur
- b) İşçi
- c) Uzman meslek grubu (avukat, doktor, mühendis, vb)
- d) Serbest meslek (teknik işler, vb)
- e) Özel sektör
- f) Diğer

19. Eşinizin hastaya bakmanıza ilişkin görüşü nedir?

- a) Çok iyi / anlayışla karşılıyor
- b) İyi / anlayışla karşılıyor
- c) Olumlu karşılamıyor/anlayışla karşılamıyor
- d) Hiç olumlu karşılamıyor/ hiç anlayışla karşılamıyor

II. BAKIM VERENİN YAŞAM KALİTESİ

I. SAĞLIK DURUMU

1. Kendi yorgunluk durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok yorgun hissediyorum
- b) Yorgun hissediyorum
- c) Yorgun hissetmiyorum
- d) Hiç yorgun hissetmiyorum

2. Yakınınıza bakmaya başladıktan sonra yeni düzeninizi ve iştah durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok değişiklik oldu, (çok yiyorum yada az yiyorum)
- b) Değişiklik oldu, (çok yiyorum yada az yiyorum)
- c) Değişiklik olmadı
- d) Hiç değişiklik olmadı

3. Ağrı ve sızı durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok ağrı ve sızı hissediyorum
- b) Ağrı ve sızı hissediyorum
- c) Ağrı ve sızı hissetmiyorum
- d) Hiç ağrı ve sızı hissetmiyorum

4. Yakınınıza bakmaya başladıktan sonra uyku düzeninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok bozuldu
- b) Az bozuldu
- c) Bozulmadı
- d) Hiç bozulmadı

5. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok sağlıklıyım
- b) Sağlıklıyım
- c) Sağlıklı değilim
- d) Hiç sağlıklı değilim

II. PSİKOLOJİK DURUM

1. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci ile baş etme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok zorlanıyorum
 - b) Zorlanıyorum
 - c) Zorlanmıyorum
 - d) Hiç zorlanmıyorum
2. Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) İyi değil
 - d) Hiç iyi değil
3. Kendi mutluluk durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok mutluyum
 - b) Mutluyum
 - c) Mutlu değilim
 - d) Hiç mutlu değilim
4. Yaşamınızda ki olayları kontrol edebilme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok kontrol ediyorum
 - b) Az kontrol ediyorum
 - c) Kontrol edemiyorum
 - d) Hiç kontrol edemiyorum
5. Yaşamınızın tatmin edici durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok tatmin edici
 - b) Tatmin edici
 - c) Tatmin edici değil
 - d) Hiç tatmin edici değil
6. Bu günlerde konu ve olaylara konsantre olma, hatırlama durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok zorlanıyorum
 - b) Zorlanıyorum
 - c) Zorlanmıyorum
 - d) Hiç zorlanmıyorum
7. Alzheimer olan yakınınıza baktığınız için kendinizi ona karşı yararlı olma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok yararlı hissediyorum
 - b) Yararlı hissediyorum
 - c) Yararlı hissetmiyorum
 - d) Hiç yararlı hissetmiyorum

8. Yakınınıza alzheimer- demans teşhisi konması sizi nasıl etkiledi?
 - a) Çok üzdü
 - b) Üzdü
 - c) Üzmedi
 - d) Hiç üzmedi
9. Yakınınızın tedavi süreci ve hastalığının geleceği sizi nasıl etkiledi?
 - a) Çok endişelendiriyor
 - b) Endişelendiriyor
 - c) Endişelendirmiyor
 - d) Hiç endişelendirmiyor
10. Genel olarak psikolojik sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) İyi değil
 - d) Hiç iyi değil

III. SOSYAL KAYGILAR

1. Yakınınızın alzheimer hastalığı ailenizi nasıl etkiledi?
 - a) Çok üzüntü verici
 - b) Üzüntü verici
 - c) Üzüntü verici değil
 - d) Hiç üzüntü verici değil
2. Ailenizdeki diğer bireylerden aldığınız sosyal desteğin düzeyi nedir?
 - a) Çok destek alıyorum
 - b) Destek alıyorum
 - c) Destek almıyorum
 - d) Hiç destek almıyorum
3. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci bireylerarası ilişkilerinizi (komşular / arkadaşlar ile görüşme) nasıl etkiledi?
 - a) Çok engel oluyor
 - b) Engel oluyor
 - c) Engel olmuyor
 - d) Hiç engel olmuyor
4. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?
 - a) Çok engel oluyor
 - b) Engel oluyor
 - c) Engel olmuyor
 - d) Hiç engel olmuyor

5. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci iş yaşantınızı nasıl etkiledi? (Bu soruyu çalışmıyorsanız yanıtlamayınız)
- Çok engel oluyor
 - Engel oluyor
 - Engel olmuyor
 - Hiç engel olmuyor
6. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci evdeki aktivitelerinizi nasıl etkiledi?
- Çok engel oluyor
 - Engel oluyor
 - Engel olmuyor
 - Hiç engel olmuyor
7. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci nedeniyle kendi çevrenizden uzaklaşma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Çok uzaklaşmama neden oluyor
 - Uzaklaşmama neden oluyor
 - Uzaklaşmama neden olmuyor
 - Uzaklaşmama hiç neden olmuyor
8. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci nedeniyle ortaya çıkan ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Çok kötü
 - Kötü
 - Kötü değil
 - Hiç kötü değil
9. Genel olarak bireylerarası ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Çok iyi
 - İyi
 - İyi değil
 - Hiç iyi değil

IV. MANEVİ DURUMU

1. Hasta bakımında manevi durumunuzu iyileştirmek için dua eder misiniz?
- Dua etmiyorum
 - Dua ediyorum
 - Bazen dua ediyorum
 - Hiç dua etmiyorum
2. Hasta bakımında manevi durumunuzu iyileştirmek için cami yada başka bir merkeze gider misiniz?
- Gitmiyorum
 - Gidiyorum
 - Bazen gidiyorum
 - Hiç gitmiyorum

3. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci sizin geleceğe bakışınızı nasıl etkiledi?
- Çok kötü etkiledi
 - Kötü etkiledi
 - Etkilemedi
 - Hiç etkilemedi
4. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci kendi yaşamınızda olumlu değişikliklere neden oldu mu?
- Çok oldu
 - Oldu
 - Olmadı
 - Hiç olmadı
5. Yaşamınızı devam ettirmek için bir sebebiniz/göreviniz olduğunu düşünüyor musunuz?
- Çok düşünüyorum
 - Düşünüyorum
 - Düşünmüyorum
 - Hiç düşünmüyorum
6. Kendi yaşamınızda geleceğe yönelik ümitleriniz/umutlarınız var mı?
- Çok var
 - Var
 - Yok
 - Hiç yok
7. Genel olarak manevi durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Çok iyi
 - İyi
 - İyi değil
 - Hiç iyi değil
8. Bakım sürecinde en çok hangi güçlüklerle karşılaşıyorsunuz?
.....
9. En çok hangi konuda yardım ve desteğe ihtiyaç duyuyorsunuz?
.....

10. Aileden beklentileriniz neler?

.....

11. Kurumlardan ve devletten beklentileriniz nelerdir?

.....

EK-3 ALZHEİMER TİPİ DEMANSLI YAŞLIYA BAKIM VEREN AİLE BİREYİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

I. SAĞLIK DURUMU

1. Kendi yorgunluk durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok yorgun hissediyorum
 - f) Yorgun hissediyorum
 - g) Yorgun hissetmiyorum
 - h) Hiç yorgun hissetmiyorum
2. Yakınına bakmaya başladıktan sonra yeni düzeninizi ve iştah durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok değişiklik oldu, (çok yiyorum ya da az yiyorum)
 - f) Değişiklik oldu, (çok yiyorum ya da az yiyorum)
 - g) Değişiklik olmadı
 - h) Hiç değişiklik olmadı
3. Ağrı ve sızı durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok ağrı ve sızı hissediyorum
 - f) Ağrı ve sızı hissediyorum
 - g) Ağrı ve sızı hissetmiyorum
 - h) Hiç ağrı ve sızı hissetmiyorum
4. Yakınına bakmaya başladıktan sonra uyku düzeninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok bozuldu
 - f) Az bozuldu
 - g) Bozulmadı
 - h) Hiç bozulmadı
5. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok sağlıklıyım
 - f) Sağlıklıyım
 - g) Sağlıklı değilim
 - h) Hiç sağlıklı değilim

II. PSİKOLOJİK DURUM

1. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci ile baş etme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok zorlanıyorum
 - f) Zorlanıyorum
 - g) Zorlanmıyorum
 - h) Hiç zorlanmıyorum
2. Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok iyi
 - f) İyi
 - g) İyi değil
 - h) Hiç iyi değil

3. Kendi mutluluk durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok mutluyum
 - f) Mutluyum
 - g) Mutlu değilim
 - h) Hiç mutlu değilim
4. Yaşamınızda ki olayları kontrol edebilme durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok kontrol ediyorum
 - f) Az kontrol ediyorum
 - g) Kontrol edemiyorum
 - h) Hiç kontrol edemiyorum
5. Yaşamınızın tatmin edici durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok tatmin edici
 - f) Tatmin edici
 - g) Tatmin edici değil
 - h) Hiç tatmin edici değil
6. Bu günlerde konu ve olaylara konsantre olma, hatırlama durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok zorlanıyorum
 - f) Zorlanıyorum
 - g) Zorlanmıyorum
 - h) Hiç zorlanmıyorum
7. Alzheimer olan yakınınıza baktığımız için kendinizi ona karşı yararlı olma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok yararlı hissediyorum
 - f) Yararlı hissediyorum
 - g) Yararlı hissetmiyorum
 - h) Hiç yararlı hissetmiyorum
8. Yakınınıza Alzheimer- demans teşhisi konması sizi nasıl etkiledi?
 - e) Çok üzdü
 - f) Üzdü
 - g) Üzmedi
 - h) Hiç üzmedi
9. Yakınınızın tedavi süreci ve hastalığının geleceği sizi nasıl etkiledi?
 - e) Çok endişelendiriyor
 - f) Endişelendiriyor
 - g) Endişelendirmiyor
 - h) Hiç endişelendirmiyor
10. Genel olarak psikolojik sağlığımızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok iyi
 - f) İyi
 - g) İyi değil
 - h) Hiç iyi değil

III. SOSYAL KAYGILAR

1. Yakınınızın Alzheimer hastalığı ailenizi nasıl etkiledi?
 - e) Çok üzüntü verici
 - f) Üzüntü verici
 - g) Üzüntü verici değil
 - h) Hiç üzüntü verici değil
2. Ailenizdeki diğer bireylerden aldığınız sosyal desteğin düzeyi nedir?
 - e) Çok destek alıyorum
 - f) Destek alıyorum
 - g) Destek almıyorum
 - h) Hiç destek almıyorum
3. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci bireylerarası ilişkilerinizi (komşular / arkadaşlar ile görüşme) nasıl etkiledi?
 - e) Çok engel oluyor
 - f) Engel oluyor
 - g) Engel olmuyor
 - h) Hiç engel olmuyor
4. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?
 - e) Çok engel oluyor
 - f) Engel oluyor
 - g) Engel olmuyor
 - h) Hiç engel olmuyor
5. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci iş yaşantınızı nasıl etkiledi? (Bu soruyu çalışmıyorsanız yanıtlamayınız)
 - e) Çok engel oluyor
 - f) Engel oluyor
 - g) Engel olmuyor
 - h) Hiç engel olmuyor
6. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci evdeki aktivitelerinizi nasıl etkiledi?
 - e) Çok engel oluyor
 - f) Engel oluyor
 - g) Engel olmuyor
 - h) Hiç engel olmuyor
7. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci nedeniyle kendi çevrenizden uzaklaşma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - e) Çok uzaklaşmama neden oluyor
 - f) Uzaklaşmama neden oluyor
 - g) Uzaklaşmama neden olmuyor
 - h) Uzaklaşmama hiç neden olmuyor

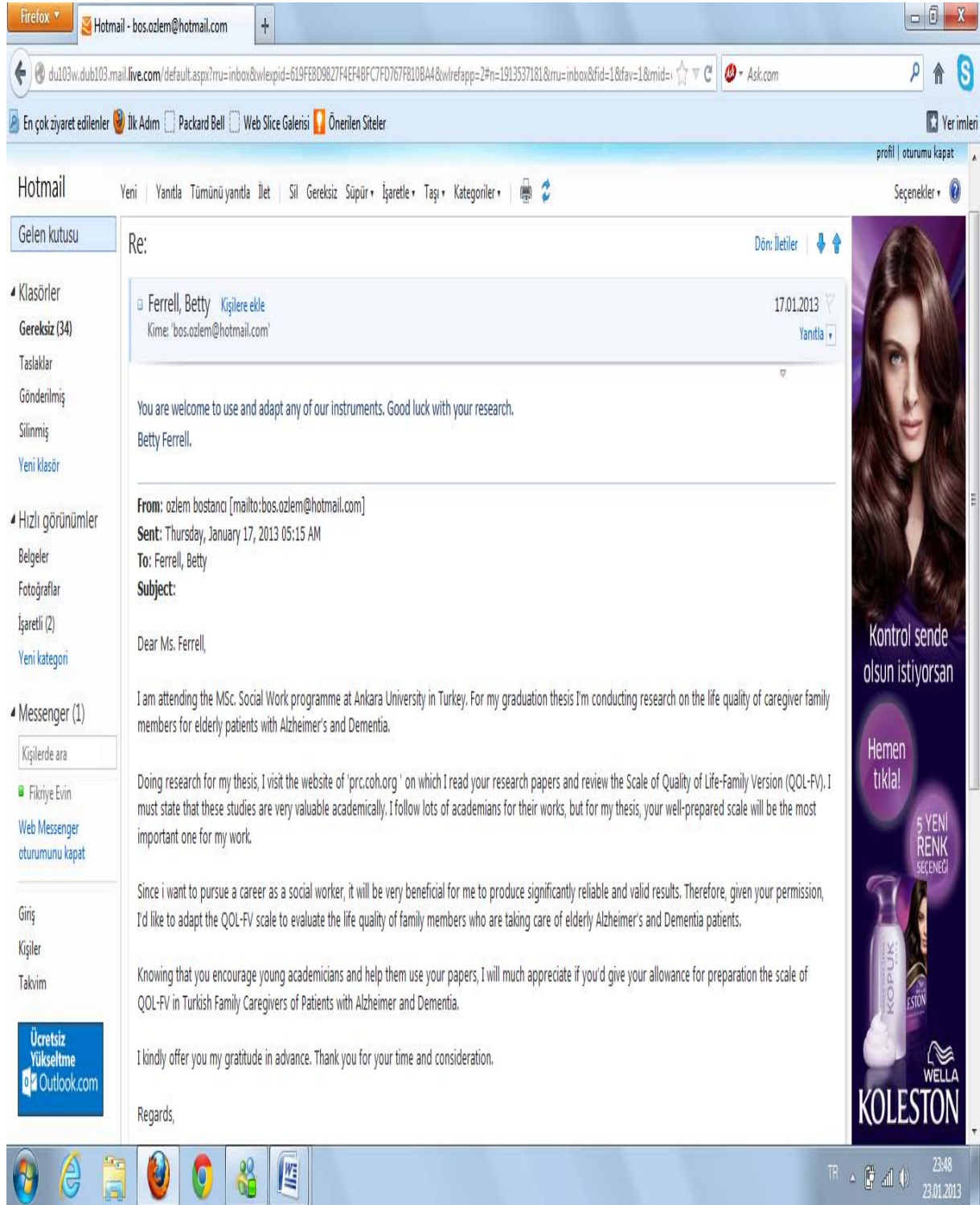
8. Yakınınızın hastalığı ve tedavi süreci nedeniyle ortaya çıkan ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- e) Çok kötü
- f) Kötü
- g) Kötü değil
- h) Hiç kötü değil

9. Genel olarak bireylerarası ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- e) Çok iyi
- f) İyi
- g) İyi değil
- h) Hiç iyi değil

EK-4 Yaşam kalitesi ölçeğinin adaptasyonu için Ferrell, B.R'den alınmış yazılı izin mesajı.



Firefox Hotmail - bos.ozlem@hotmail.com

du103w.dub103.mail.live.com/default.aspx?rru=inbox&wlexpid=619FE8D9827F4EF48FC7FD767F810B44&wlfrefapp=2#n=1913537181&rru=inbox&fid=1&fav=1&mid=1

En çok ziyaret edilenler İlk Adım Packard Bell Web Slice Galerisi Önerilen Siteler

Hotmail Yeni Yanıtla Tümünü yanıtla İlet Sil Gereksiz Süpür İşaretle Taşı Kategoriler

Gelen kutusu

Klasörler

Gereksiz (34)

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş

Yeni klasör

Hızlı görünüm

Belgeler

Fotoğraflar

İşaretili (2)

Yeni kategori

Messenger (1)

Kişilerde ara

Fikriye Evin

Web Messenger oturumunu kapat

Giriş

Kişiler

Takvim

Ücretsiz Yükseltme Outlook.com

Re:

Ferrell, Betty [Kişilere ekle](#) 17.01.2013

Kime: 'bos.ozlem@hotmail.com'

Yanıtla

You are welcome to use and adapt any of our instruments. Good luck with your research.
Betty Ferrell.

From: ozlem bostancı [mailto:bos.ozlem@hotmail.com]
Sent: Thursday, January 17, 2013 05:15 AM
To: Ferrell, Betty
Subject:

Dear Ms. Ferrell,

I am attending the MSc. Social Work programme at Ankara University in Turkey. For my graduation thesis I'm conducting research on the life quality of caregiver family members for elderly patients with Alzheimer's and Dementia.

Doing research for my thesis, I visit the website of 'prc.coh.org' on which I read your research papers and review the Scale of Quality of Life-Family Version (QOL-FV). I must state that these studies are very valuable academically. I follow lots of academicians for their works, but for my thesis, your well-prepared scale will be the most important one for my work.

Since i want to pursue a career as a social worker, it will be very beneficial for me to produce significantly reliable and valid results. Therefore, given your permission, I'd like to adapt the QOL-FV scale to evaluate the life quality of family members who are taking care of elderly Alzheimer's and Dementia patients.

Knowing that you encourage young academicians and help them use your papers, I will much appreciate if you'd give your allowance for preparation the scale of QOL-FV in Turkish Family Caregivers of Patients with Alzheimer and Dementia.

I kindly offer you my gratitude in advance. Thank you for your time and consideration.

Regards,

Kontrol sende olsun istiyorsan

Hemen tıkla!

5 YENİ RENK SEÇENEĞİ

KOLESTON

WELLA

TR 23:48 23.01.2013

EK-5 Ankara Üniversitesi Etik Kurulu kararı

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 04/07/2013
Toplantı Sayısı : 150
Karar Sayısı : 792

792- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Özlem Bostancı**'nin "Alzheimer-Demensli Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezine ilişkin 12/06/2013 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Özlem Bostancı**'nin "Alzheimer-Demensli Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezinin, araştırma protokolüne uyulmak koşuluyla, uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
04/07/2013



20

EK-6 Uygulama izni



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı



Sayı : 83726808 / 304 / 235
Konu : Uygulama İzni hk.

30.07.2013

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ FAKÜLTESİ SOSYAL HİZMETLER BÖLÜMÜNE

İlgi : 29.07.2013 tarih ve 2870 sayılı yazınız.

Sağlık Hizmetleri Fakültesi Sosyal Hizmetler Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlen BOSTANCI'nın Prof. Dr. Emine ÖZMETE danışmanlığında yürüttüğü " Alzheimer – Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi " konulu yüksek lisans tezinin verilerini toplayabilmesi için hazırlanmış olduğu formları Bilim Dalımızda uygulaması uygundur.

Gereği bilgilerinize saygı ile rica olunur.

Prof. Dr. Teslime ATLI
Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Adres: A.Ü Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi Cad. 06260 Mamak/ANKARA
Tel: 0(312) 595 69 87 E- Posta: geriatri@medicine.ankara.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

29.05.1983 yılında Kırşehir’de doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Kırşehir’de tamamladı. 2004 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. Özel Ankara Güven Hastanesi’nde 2004 yılında hemşire olarak göreve başladı. Burada 1,5 yıl görev yaptıktan sonra ayrıldı. 2006 yılında halen çalışmakta olduğu görev yeri olan Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Acil Servis’te göreve başladı. 2010 yılında girdiği Ankara Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine devam etmektedir.