



**DEMANSLI HASTALARA BAKIM VERENLERE
VERİLEN EĞİTİMİN BAKIM YÜKÜNE VE
DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

Sinan ASLAN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**Tez Danışman
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ**

Doktora Tezi-2017

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**DEMANSLI HASTALARA BAKIM VERENLERE VERİLEN EĞİTİMİN
BAKIM YÜKÜNE VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

Sinan ASLAN

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Rukuye AYLAZ

MALATYA

2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Sinan ASLAN'ın " Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bakım Yüküne ve Depresyon Düzeyine Etkisi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03/04/2017

Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

Doç. Dr. Gülbu TANRIVERDİ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Gaziantep Üniversitesi
Üye

Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2017 tarih ve 2017/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Demansın Tanımı.....	3
2.2. Demansın Belirtileri.....	3
2.3. Demansın Risk Faktörleri	4
2.4. Demansın Evreleri	4
2.5. Demansın Tedavisi	5
2.6. Bakım Verenin Yüğü	6
2.7. Bakım Verme Güçlüğünün Ölçülmesi	7
2.8. Azaltılmış Stres Eşiğı Modeli.....	8
2.9. Demans Hastalarında Bakım Yüğü ve Halk Sağığı Hemşireliğı.....	12
3. MATERYAL METOT	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	13
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	13
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	14
3.6. Veri Toplama Araçları.....	14
3.7. Veri Toplanması.....	15
3.8. Hemşirelik Girişimi	16
3.9. Araştırmanın Değışkenleri	17
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	19
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri	19
3.12. Araştırma planı.....	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin ve Hastaların Demografik Özellikleri	21

4.2. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Bulguları	24
4.3. Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bulguları	32
5. TARTIŞMA	36
5.1. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	36
5.2. Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bulgularının Tartışılması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	47
EK-1. Özgeçmiş	47
EK-2. Sosyodemografik Özellikler Formu	48
EK-3. Beck Depresyon Envanteri	50
EK-4. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği Soru Havuzu.....	52
EK-5. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği	54
EK-6. Azaltılmış Stres Modeline Göre Hazırlanmış Eğitim Kitapçığı	56
EK-7. Etik Kurul Onay Formu	85
EK-8. Kurum Onay İzni	86

TEŞEKKÜR

Akademik hayata adım attığım günden bu yana, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, iyi bir hemşire ve akademisyen olmam için bilgisini, deneyimlerini paylaşan sayın hocam, danışmanım Doç.Dr. Rukuye AYLAZ'a, çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, engin bilgilerini esirgemeyen değerli komite üyelerim Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, Prof. Dr. Gülbu TANRIVERDİ'ye ve Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye ve 'Yrd.Doç.Dr.Tuba UÇAR'a,

Tez çalışmama katılan tüm hastalarım ve bakım verenlere ve doktora eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen Adıyaman Üniversitesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Doç. Dr. Süleyman Bayram'a

Lisansüstü eğitime devam etmem için beni motive eden tezime sağladığı katkılardan ötürü eşime ve kardeşlerime teşekkür ederim.

ÖZET

Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bakım Yüküne ve Depresyon Düzeyine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükü ölçeğinin geliştirilmesi ve demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitimin bakım yüküne ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal-metod: İki aşamada gerçekleştirilen çalışmada, birinci aşamada metodolojik, ikinci aşamada öntest - sontest kontrollü deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinde demans tanısı konan 480 hastaya bakım verenler oluşturmaktadır. Araştırmanın birinci aşamasında ölçek madde sayısının 5 katı örnekleme alınarak 145 bakım verene ulaşılmıştır. İkinci aşamada 70 bakım veren deney, diğer 70 bakım veren kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubundaki bakım verenlere Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre 15 gün ara ile 2 kez eğitim uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişimden bulunulmamıştır. Veriler Kasım 2015- Temmuz 2016 tarihleri arasında toplanmış ve verilerin elde edilmesinde Sosyo-demografik Özellikler Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Veriler Cronbach alfa, pearson korelasyon tekniği, yüzde, ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeğinin Cronbach alfa katsayı 0.88'dir ve ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Son testte göre deney grubunun Bakım Yükü Ölçeği toplam puan ortalaması 59.97 ± 15.29 , Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ortalaması 11.08 ± 8.82 , kontrol grubunun Bakım Yükü Ölçeği toplam puan ortalaması 71.48 ± 17.70 , Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ortalaması 20.05 ± 12.82 'dir. Gruplar arasındaki puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p = 0.001$).

Sonuç: Demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükü ölçeğinin yüksek geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur. Demanslı hastalara bakım verenlere Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre verilen eğitim, bakım verenlerin bakım yükünü ve depresyon düzeyini azaltmıştır.

Anahtar Kelimeler: Demans, Bakım verenler, Bakım yükü, Depresyon, Hemşire, Eğitim

ABSTRACT

The Effect Education on Depression and Care Burden in Dementia Patient Caregivers

Objective: The purpose of this study is to develop the scale Scale of Care Burden of Caregivers of Dementia Patients and to determine the effect of education on depression and care burden in caregivers of dementia patients.

Material-Method: Study was carried out in two stages, the first stage was methodological and the second stage was experimental model with pretest-posttest control group. The universe of the research is composed of caregivers of 480 patients diagnosed with dementia by a university hospital. In the first stage 145 caregivers were reached. In the second phase, 70 caregivers were experimental group and the other 70 were control group. The data was collected between November 2015 and July 2016 and Socio-Demographic Characteristics Form, Beck Depression Inventory and the Scale of Care Burden of Caregivers of Dementia Patients were used. Cronbach Alpha, Pearson Correlation Technique, percentage, chi-square, in independent and dependent groups t test were used, to evaluate data.

Findings: The cronbach alpha reliability coefficient of the scale was 0.88 and the scale was composed of 4 subscales. According to the final test data, the average total score of Scale of Care Burden in experimental group and control group were 59.97 ± 15.29 and 71.48 ± 17.70 , respectively. Beck Depression Inventory total score was 11.08 ± 8.82 for experimental group and 20.05 ± 12.82 for control group. The difference between groups was statistically significant ($p=0.001$).

Result: The scale was found highly valid and reliable. The education given to caregivers reduced their care burden and depression level.

Keys Words: Dementia, Caregivers, Care Burden, Depression, Nurse, Education

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASEM	: Azaltılmış Stres Eşiği Modeli
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
DHBVBYÖ	: Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EURODEM	: Avrupa Topluluğu Demansı Önleme ve Epidemiyoloji Birliği
SPSS	: Statistical Package for Social Science
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Demansın Belirtileri	4
Şekil 2.2. Demansın Hafif, Orta ve İleri Evrelerinde Sık Görülen Sorunlar	5
Şekil 2.3. Bakım Yükünü Ölçmede Kullanılan Ölçme Araçları	8
Şekil 2.4. Azaltılmış Stres Eşiği Modeli	11
Şekil 3.8.1. Araştırma Planı.....	20



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.9.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bakım Verenlerin Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	17
Tablo 3.9.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Demans Tanısı Konan Hastaların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	18
Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Demans Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4.3. Uzman Görüşlerinin Toplanması ve Kapsam Geçerlilik Oranlarının Elde Edilmesi.....	24
Tablo 4.4. Güvenilirlik Değeri	25
Tablo 4.6. KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları	25
Tablo 4.7. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Ortak Değeri'nin Gösterimi	26
Tablo 4.8. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi	27
Tablo 4.9. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Alt Boyutlarının Faktör Analizi Gösterimi	28
Tablo 4.10. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.11. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları	30
Tablo 4.12. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkin Dağılımı	31
Tablo 4.13. Test Tekrar Test Sonucuna Göre Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi	32
Tablo 4.14. Deney Grubundaki Bakım Verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32

Tablo 4.15. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.16. Deney ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğı Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35



1. GİRİŞ

Sağlığın korunması ve sürdürülmesi konusundaki bilinçlenme, teknolojik gelişmelerin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıp alanındaki gelişmeler ve sağlık hizmetinin kaliteli sunumu doğumda beklenen yaşam süresi ile yaşlı nüfus oranının artmasına yol açmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul etmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranında önemli artışlar görülmüştür (1, 2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2016 yılında, 65 yaş ve üzeri nüfus %8.3 olarak belirtilmiştir (3). Ülkemizde yine TÜİK verilerine göre, Malatya ilinde bu oran %9.4'tür (3). Yaşlı nüfus hızla arttığı için yaşlılıkta sık görülen kronik hastalıklar toplumda önemli bir problem oluşturmaktadır. Bu hastalıklardan biri olan demans, giderek yaşlı sağlığını tehdit eden önemli bir sorun haline gelmektedir (4). Dünyada 30 milyon kişinin demanslı olduğu tahmin edilmektedir. Bu durumun her yirmi yıl için iki katına çıkması beklenmektedir (5-7). Avrupa Topluluğu Demansı Önleme ve Epidemiyoloji Birliği (EURODEM); demans prevalansını 65-74 yaş arası %3, 75-84 yaş arası %18.7 ve 85 yaş ve üstü için %47 olarak saptamıştır. Yaşla birlikte her beş yılda bir demans prevalansı iki kat artmaktadır. Yapılan meta analiz çalışmasında Avrupa'da demans prevalansının %9 olduğu belirlenmiştir (8). Türkiye'de 65 yaş üzeri demans sıklığı %5 olarak belirlenmiştir (9). Türkiye'de 331.513 demans hastası olduğunu Alzheimer Europe 2012 verileri göstermektedir (10, 11). Kronik ve sürekli kötüleşen demans hastasının bu seyri izlemesi bakım verenlerinin üstlendiği sorumlulukları artırmaktadır (12). Demanslı kişiler genellikle yüksek düzeyde bakıma gereksinim duymaktadır ve demanslı hastaların çoğu informal veya aile üyeleri tarafından bakım almaktadır. Bakım yükü ve depresyon, yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde görülen en yaygın olumsuz sonuçlardır. Bakım yükü bakım verenin sosyal, mesleki ve kişisel rollerini olumsuz yönden etkilemekte ve depresyon belirtilerinin öncüsü olarak görülmektedir. Buna bağlı olarak stres, depresyon, ve diğer sağlık problemleri yaşamaktadırlar. Bakım verenlerde tükenmişlik ve stres, hem hastaya hem de bakım veren aileye depresyon, yaşam kalitesinde azalmayı da içeren birçok olumsuz sonuçları meydana getirmektedir (13).

Azaltılmış stres eşiği modeli, ilk olarak 1987 yılında Hall ve Buckwalter tarafından demanslı bireye bakım modeli olarak yayınlanmış, demanslı bireyler ve demanslı bireye bakım verenler için demansla yaşamayı öğrenmek, gerekli çevresel

düzenlemeleri yapmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için kullanılan bir modeldir (14). Azalmış stres eşiği modeli demanslı bireylerin fonksiyonlarını en üst düzeye çıkarmak, davranışsal ve psikolojik sorunlarını en az düzeye indirmek ve bakım verenlerin bakım yükünü azaltmayı sağlamaktadır (14, 15).

Bakım verenin bakım yükünün belirlenmesi, hemşirelik girişimleri açısından önemli bir yere sahiptir. Demanslı bireylerin ve bakım verenlerinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik bakımının sağlanmasına yardım etmek, gerekli yerlere yönlendirmek hemşirelik mesleğinin sorumlulukları içerisinde yer almaktadır (16).

Bakım yükü ölçekleri batı kültürü temellidir. Asya kültürü yaşlı aile üyelerine bakım verme konusunda batı kültüründen farklıdır. Batı kültüründe sağlık personeli yaşlıların bakımını üstlenirken, Asya kültüründe aile üyeleri veya akrabalar yaşlıların bakımında büyük rol oynamaktadır (17). Türk toplumunun kültürel yapısı ve imkanları nedeniyle hasta ve yaşlı bireylerin evlerinde bakılması kabul gören bir durumdur (18). Yurtdışında demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükünü yönelik geliştirilmiş ölçek bulunmasına rağmen Türkiye’de bu konuda geliştirilmiş ya da kültürel uyarlaması yapılmış bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu nedenle Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış değerlendirme araçlarına gereksinim olduğu düşünülmektedir (19).

Amaç: Bu araştırma, demanslı hastalara bakım verenlerde oluşan bakım yükünü ölçmek için kullanılacak ölçeğin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi ve demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitimin bakım yüküne ve depresyona etkisi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hipotezler:

1. Demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitim bakım yükü düzeyini azaltır.
2. Demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitim depresyon düzeyini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Demansın Tanımı

Demans, yaşlılıkta sık görülen, yıllar içinde yaşlılar arasında prevalansı artan önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Demans, zamanla ilerleyen, geri dönüşümü olmayan, birden çok bilişsel fonksiyonun kaybına veya bozulmasına neden olan bir durumdur. Demans, kronik ve ilerleyici olarak azalan bellek ve entelektüel kapasite sonucunda yönelim, soyut düşünme, algılama, konuşma, hesaplama, yargılama ve problem çözme gibi bilişsel fonksiyonlardan en az ikisinin bozulmasıyla karakterize bir durumdur. Demansın ilerlemesiyle birlikte bilişsel işlevlerdeki bozukluklar nedeniyle bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, sosyal ve iş yaşantısında bozulmalar da meydana gelmektedir (20-24). Bundan dolayı yaşlı birey fiziksel, duygusal, sosyoekonomik ihtiyaçlarını gidermek için bağımlı duruma gelmektedir (25-27).

2.2. Demansın Belirtileri

Demansla meydana gelen kortikal ve subkortikal dejenerasyonlar sadece bilişsel işlevleri etkilemekle kalmamakta, hastalığın seyri ile beraber hastalarda işlevsel bozukluklara ve nöropsikiyatrik semptomlara da neden olmaktadır (28-30).

Bellek bozukluğu	Kısa süreli bellek kaybıyla başlar ve bu aşamada uzak bellek korunur. Soruları tekrarlayıcı biçimde sorma, isimleri hatırlayamama, kişisel eşyaları yanlış yere koyarak kaybetme, aynı olayı tekrarlı anlatma, (ör: cüzdanı buzdolabına koyma), genel bilgilerle ilgili gerçekleri hatırlayamama (önemli tarihler, cumhurbaşkanı vb.)
Dikkat	Dikkati sürdürme becerisinde zayıflama. Ör: 1 dakika boyunca belli bir kategoriden isimler (mesela hayvanlar) sayma, 1 dakika boyunca belli bir harfle başlayan kelimeleri sayma, 100'den 7'şer çıkarmak, ayları geri saymak testlerinde başarısız olmak
Dil bozukluğu	Kendini ifade etmede zorlanma, kelime bulmada güçlük, okuma ve yazmada güçlük, anlama, konuşma akıcılığını kaybetme (bazen nesnelere tanımlayabilmek için kelime icat edilir, ör; salatalık yerine "bahçe sosisi" demek)
Görsel- Mekansal işlevlerde bozulma	Yön tayin etmede güçlük, yolda kaybolma, gideceği yeri bulmakta zorluk, odaları karıştırma, karmaşık şekilleri kopya edememesi
Yürütücü işlevler	Planlama, soyutlama, akıl yürütme, strateji kullanma, organizasyon yapma, yargılama, karar verme gibi işlevlerde bozulma (Ör: duruma uygun olmayan giysiler giymek, atasözlerin anlamlarını, soyut kavramlarını anlayamamak, verilen yuvarlağın içine saat rakamlarının planlı bir şekilde yerleştirilememesi, yapmak istediği bir şeyin tehlikeli olup olmadığını bilememe)
Praksi bozukluğu- Apraksi	Daha önceden öğrenilmiş, bir amaca yönelik veya birçok basamaklı hareketin düzenli ve düzgün yapılamaması. Ör: pantolonu başına geçirmek, çorabayı çatala içmeye çalışmak, mutfak ve banyodaki ev eşyalarının programlanmasında güçlük çekmek

Gnosis bozukluğu, Agnosi	Duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşı nesnelere, kişileri, sesleri, şekilleri veya kokuları tanıma yeteneğinin kaybı. Algılanan şeyin anlamlandırılması bozulmuştur. Ör: Gösterilen kol saatine kalem demek, tarağın hangi amaçla kullanılacağını bilememek)
Kişilik değişiklikleri	İçe kapanma, ilgi azalması (apati), sessizleşme veya çabuk sinirlenme, herkesin içinde söylenmemesi ya da yapılmaması gereken şeyleri söylemek veya yapmak (disinhibisyon)
Duygu-durum bozuklukları	Sinirlilik, huzursuzluk, keder, isteksizlik, yerinde duramama, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama
Algı bozuklukları	Görsel ve işitsel halüsinasyonlar görmek (televizyonda gördüğü bir insanı gerçek gibi algılamak)
Düşünce bozuklukları	Gerçek olmayan fikirlere karşı saplantı; hırsızlık, sadakatsizlik gibi
Dışarıda günlük yaşam aktiviteleri	İş hayatı, seyahat, mali işler, alışveriş ve sosyal ilişkiler gibi aktivitelerde belirgin bozulma
Evde günlük yaşam aktiviteleri	Hobiler, yemek yapma, küçük tamiratlar gibi aktivitelerde belirgin bozulmalar, gazete-televizyon ilgisinde azalma
Kendi bakımı	Yemek yeme, yıkanma, giyinme, tıraş olma, makyaj yapma, tuvalet becerilerinde bozulma-yardımla veya hiç yapamama

Şekil 2.1. Demansın Belirtileri (28-30)

2.3. Demansın Risk Faktörleri

Demansta en önemli risk faktörü yaştır. Yaşlanma ile birlikte demans görülme sıklığı artmaktadır. Yaş gruplarına göre demans prevalansı, 65-74 yaş aralığında %5-10 iken, 85 yaş üzerinde %25-50 arası değişmektedir. Genetik, cinsiyet (kadınlarda daha fazla), kafa travması, düşük eğitim seviyesi demansta diğer risk faktörleridir (31).

2.4. Demansın Evreleri

Demans klinikte, hafif, orta ve ileri düzey demans olarak üç evreye ayrılmaktadır (28, 29, 32, 33).

Demansın hafif evresinde; hastalarda günlük yaşamı etkileyen unutkanlıklar, konuşma esnasında doğru kelimeleri bulamama, eşyaların yerini anımsamakta zorlanma ve eşyaların yerlerine ilişkin hatırlatıcı notlar tutma gibi belirti ve davranış değişiklikleri görülmektedir. Bu hastalarda yakın bellek kaybı görülmekte buna karşın uzak bellek genellikle korunmaktadır. Bu nedenle hastalar yeni tanıştığı kişilerin isimlerini unutabilirler. Demans konuşma akıcılığını olumsuz etkiler ve hastalar konuşma esnasında uygun sözcüğü bulmakta güçlük yaşayabilir. Çalışma ve ev yaşamındaki basit fonksiyonlarını sürdürebilirler, ancak hesap ve karmaşık finansal işlemleri yapma ile mevsim şartlarına uygun giyinme konularında zorlanma yaşayabilirler (28, 29, 32, 33). Demansın orta evresinde; ileri düzey bellek bozukluğuna bağlı yakın belleğin yanı sıra uzak bellekte kayıp başlayabilir. Hasta seyrek gördüğü kişileri unutabilir, yer ve zaman

oryantasyonda bozulmaya bağı hasta tanımadığı çevrede kaybolabilir. Hastalar anlamada ve uygun kelimeyi bulmada güçlük çeker. Davranış bozuklukları ile psikiyatrik belirtilerin görüldüğü bu evrede günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi azalır (28, 29, 32, 33). Demansın ileri evresinde; demans hastası tamamen geçmişte yaşar ve en yakınlarını bile tanımamaya başlar. Hasta alışkın olduğu çevrede kaybolabilir, konuşma içeriğini zaman ve yere uyduramaz ve afazi gelişir. Yenileyici hareketler, amaçsız dolaşma ve ajitasyon tabloya eşlik edebilir. İleri evrede demanslı birey tam bağımlı bir durum alır (28, 29, 32, 33).

	Hafif Evre	Orta Evre	İleri evre
Bellek	Orta şiddette bellek kaybı, yakın zamanda yaşanan olaylarda daha belirgin	Ağır bellek kaybı; yalnızca iyice öğrenilmiş materyel korunur, yeni materyal hızla kaybedilir.	Ağır bellek kaybı; sadece parça parça anılar
Yer ve zaman yönetimi	Zamansal ilişkilerde orta düzeyde zorluk; muayenede yer yönelimi var fakat başka yerlerde yönelimde bozulma görülebilir.	Zamansal ilişkilerde ağır düzeyde zorluk; genellikle zaman ve yer yöneliminde bozukluk görülür.	Sadece kişi yönelimi korunmuş
Yargılama ve problem çözme	Problemleri benzerlikleri ve farklılıkları yönünden ele almada orta düzeyde zorluk; toplumsal yargılama genellikle korunmuştur	Problemleri benzerlikleri ve farklılıkları yönünden ele almada ağır düzeyde zorluk; toplumsal yargılama genellikle bozulmuştur	Yargılama ya da problem çözme yetileri tamamen kaybolmuştur
Evde, parasal konularda vs. işlevsellik	Genellikle bağımsız fonksiyonları göremez fakat normal gibi görünüyor	Ev dışında bağımsız fonksiyonları yerine getiremez	Ev dışında bağımsız fonksiyonları görebilirmiş gibi bir durumu yok
Ev ve hobiler	Evde hafif ama kesin bir işlev bozukluğu; artık zor işleri yapmaz, hobi ve ilgileri azalır.	Yalnızca basit işler korunur; ilgiler çok kısıtlıdır, zorlukla korunur.	Evde kayda değer bir işlevsellik yoktur.
Öz bakım	Öz bakımı hatırlatmak gerekir.	Giyinmesi, hijyeni, kişisel eşyalarını korumak için yardım gerekir	Bakımı için çok çok yardım gerekir, inkontinas vardır.

Şekil 2.2. Demansın Hafif, Orta ve İleri Evrelerinde Sık Görülen Sorunlar (34).

2.5. Demansın Tedavisi

Demans hastalığının tedavisine yönelik etkin bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Hastalığı tedavisinde koruyucu, semptomatik ve modifiye edici tedaviler kullanılmaktadır. Tedavide kullanılan güncel yöntemler hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ya da durdurmak ve semptomları tedavi etmeye yönelik yöntemler üzerinde odaklanmıştır. Tedavinin başarısı semptomların şiddeti ve bakım veren yükü/tükenmişliği ile ölçülmektedir (29, 33).

Demansın tedavisi;

1. Kognitif ve fonksiyonel bozulmayı yavaşlatmayı ya da durdurmayı,
2. Davranışsal ve psikiyatrik semptomları tedavi etmeyi,
3. Bakım verenin bakım yükünü azaltmayı,
4. Bakımevi ve hastaneye yatışı geciktirmeyi amaçlamaktadır (33, 35).

2.6. Bakım Vereninin Yükü

Yük; hastanın bakımını üstlenen bakım verenlerde ortaya çıkaran psikolojik, fiziksel, emosyonel ve sosyoekonomik problemlerin yanı sıra aile üyeleri arasındaki ilişkilerin bozulması ve kontrolün tamamen kendisinde olmadığı duygusuna kapılması gibi olumsuz nesnel ve öznel sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (36). Bakım verme yükü, Montgomery ve arkadaşları tarafından iki boyutlu olarak değerlendirilmektedir. Birinci boyut evde yaşayan bireylerin ve bakım verenin yaşamsal boyutlardaki aksaklıkları veya değişikliklerini kapsayan nesnel yük, ikinci boyut ise bakım verenin bakıma ilişkin davranışları veya emosyonel tepkiyi içeren öznel yüküdür (37). Nesnel yük, aile yaşantısında hastalığın, fiziksel aktivite kısıtlılıklarının, bakım sürecinde harcanan zamanın ve ekonomik kaynakların neden olduğu sorunları içermektedir. Öznel yük ise fiziksel ve emosyonel durumlarda, ekonomik ve çalışma veya sosyal alanlarda, aile fertlerinin deneyimlediği kaygı düzeyi ile ilgili sorunları kapsamaktadır. Öznel yük, başarılı bir rehabilitasyonda ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir göstergedir (38-40).

Yaşlı bireye bakım verme, en başta bakım veren olmak üzere aile fertlerini fizyolojik, psikososyal, ekonomik ve kişilerarası ilişkiler gibi birçok boyutta etkilemektedir (41-43). Türkiye'deki sosyokültürel yapıdan dolayı yaşlı bireyler kendi evlerinde bakım alma anlayışı yaygın olduğu görülmektedir. Modernleşme ve kentleşme sonucunda sosyal süreçlerde meydana gelen değişimler dikkate alındığında; yaşlılar için hizmet veren huzurevi ve bakımevi gibi kuruluşların sayısının artmasına rağmen ailede bakım verme anlayışı hem yaşlılar hem de yetişkin çocukları tarafından benimsenen bir durumdur (44-46). Ancak ileri yaştaki sağlığı bozulmuş yaşlıların bakımı sürecinde yalnızca yetişkin çocuklarının görev alması, yetişkin çocuklarında psikososyal problemler yaşamasına neden olmaktadır. Yaşlı bakımıyla ilgilenen yetişkin çocuklar ailesine, kendisine ve işine yeterince zaman ayıramadığından kendini "manevi yük" altında hissetmektedir. Özellikle bu durum evli yetişkin çocuklarda daha sık

rastlanmaktadır. Manevi yük altında hissetme durumu, tüm sosyoekonomik düzeylerde bakım verenler tarafından deneyimlenmektedir (47, 48).

Demanslı bireye bakım veren aile üyeleri bakım sürecinde birçok sağlık sorunu yaşamaktadır. Bu sağlık sorunları, bakım yükü, bakım vermede zorlanma, anksiyete, duygusal stres, depresyon, bağışıklık sisteminde zayıflama, iş kayıpları ve beraberinde maddi güçlüklerdir. (49-51). Akyar ve Akdemir'in yaptığı çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %64'ü bakım vermekte güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada, bakım verenlerin %40.6'sı bakım sürecinde yardım alamadıklarını, %34.4'ü psikolojik, %18.8'i ekonomik ve %6.2'si aile ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını belirtmiştir (52). Ayrıca aynı çalışmada bakım verenlerin %90'ının günlük yaşamını etkilediği; bu etkilemenin %34.7'sinin sosyal yaşantı, %13.9'unun iş yaşantısı alanlarında olduğu, %12.5'inin kendine zaman ayırmada, %6.9'unun alışveriş yapma veya tatile gitme ve %4.1'inin ailesine zaman ayırma durumlarında zorluk yaşadıkları bildirilmiştir (52). Karadakovan ve Çetinkaya'nın 305 demanslı hastaya bakım verenlerle yaptıkları çalışmaya göre, bakım yükünü bakım verenlerin ve hastanın bazı özellikleri etkilemektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti ve hastalık süresi bakım yükünü etkileyen hastanın özelliklerindedir. Bakım verenlerin cinsiyeti, yaşı, medeni ve çocuk sahibi olma durumu, hasta ile yakınlık derecesi ve verilen bakımın süresi bakım yükünü etkileyen özelliklerdendir (19).

Zarit bakım yükü, bakım verenlerin kendilerini değerlendirme ölçeği gibi birçok ölçek demans ve kronik hastalara bakım verenlerde tükenmişliği ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Fakat bu ölçekler batı kültürü temellidir. Asya kültürü yaşlı aile üyelerine bakım verme konusunda batı kültüründen farklıdır. Batı kültüründe sağlık personeli yaşlıların bakımını üstlenirken, Asya kültüründe aile üyeleri veya akrabalar yaşlıların bakımında büyük rol oynamaktadır (17). Türk toplumunun kültürel yapısı ve imkanları nedeniyle hasta ve yaşlı bireylerin evlerinde bakılması kabul gören bir durumdur (18).

2.7. Bakım Verme Güçlüğü'nün Ölçülmesi

Ölçme, bir niteliğin gözlem veya değerlendirme sonucunda sayı veya sembollerle ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir niteliğin varlığı onun ölçülebilir olmasıyla değer kazanır. Ölçülebilirlik, ölçülecek niteliğe ilişkin standart birimlerin belirlenmesi ile sağlanır. Soyut niteliği ölçmeyi sağlayacak standart kurallar ve ölçü araçlarının

geliştirmesi ile niteliği somutlaştırır ve ölçümünü kolaylaştırır (53, 54). Bakım verme, stres, baş etme, kaygı, ağrı gibi soyut kavramlar hemşirelik araştırmalarında sıklıkla ölçülmektedir (54, 55). Soyut değişkenleri ölçek amacıyla değişkenin farklı boyutlarını belirten ve birden çok dolaylı göstergeleri içeren bir ölçek geliştirilir (53, 54). Sağlık profesyonelleri gerek klinik verileri gerekse geliştirilmiş ölçüm araçlarını kullanarak, bakım verme güçlüğünün düzeyini belirleyebilir ve uygun hemşirelik bakımını sunabilirler (54, 56).

Ülkemizde bakım verme güçlüğünü belirlemeye yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan birkaç ölçeğe rastlanmaktadır, fakat yurt dışında geliştirilmiş pek çok ölçek bulunmaktadır (54-58).

Ölçek adı	Yazar / yıl	Boyut(lar)	Bakım verilen grup	Ölçek tipi (Likertli)	Madde sayısı	İç tutarlılık
Caregiver Tasks	Stetz (1986)	Tek boyut	Kanser hastaları	6	15	0.85
Appraisal of Caregiving Scale	Oberst (1989)	4 boyut	Alzheimer hastaları	5	53	0.72-0.90
Caregiver Load Scale	Oberst (1989)	Tek boyut	Radyoterapi alanlar	5	10	0.87
Burden Interview	Zarit (1980)	Tek boyut	Demanslı yaşlı	5	22 25 29	0.91
Caregiver Appraisal Scale	Lawton (1989)	5 boyut	Demanslı yaşlı	5	47	0.65-0.87
Screen For Caregiver Burden	Vitaliano (1989)	2 boyut	Alzheimer hastası	5	25	0.58-0.88

Şekil 2.3. Bakım Yükünü Ölçmede Kullanılan Ölçme Araçları (54).

2.8. Azaltılmış Stres Eşiği Modeli

Hall ve Buckwalter tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan Azaltılmış Stres Eşiği Modeli (ASEM), demans hastaları ve bakım verenler için kullanılmaktadır. Bu model, demans hastalığı ile yaşamayı öğretmek, uygun çevresel düzenlemeleri yapmayı ve yaşam kalitesini artırmayı sağlamaktadır (14).

Azaltılmış Stres Eşiği Modeli demanslı bireylerin fonksiyonlarını artırmayı ve hastanın davranışsal sorunlarını azalmayı amaçlayarak bakım sürecini yönetmede bakım verenlere yol gösteren teorik bir çatıdır (14, 15). Bu teorinin temeli, Lazarus, Coyne ile Lazarus ve Selye'nin *Stres ve Baş Etme Teorisi*'ne dayanmaktadır (14). Her üç teoriye göre *stres, baş etme ve adaptasyon* yaşamın doğal bileşenleri arasında bulunmaktadır.

Azaltılmış Stres Eşiği Modelinde altı ana temel ilke içermektedir. Modelde veri toplama ve bakım planını oluşturma aşaması; hastanın fonksiyonelliğini ve güvenliğini sürdürme, saygınlığını koruma, stres kaynaklarını tanımlama ve azaltma, hastayı etkin bir şekilde dinleme, uygun çevreyi oluşturma ve bakım verenleri destekleme ilkeleri gözetilerek yapılmalıdır. Model ev, bakım evi veya hastane gibi bakım verilen farklı alanlarda kullanılabilir. Model doğrultusunda verilen bakımın sonucunda hastanın uyku süresi, hastanın kilosu, sosyalizasyonunda ve fonksiyonelliğinde ve bakım veren doyumunda artış; uyanma sıklığında, sedatif ve trankilizan kullanımında, anksiyete-ajitasyon davranışlarında azalma sağlandığı bildirilmiştir. Model evde kullanımı için belirtilen ilkeler çerçevesinde yapılan ev ziyaretinin en az üç olması gerekmektedir. Birinci ev ziyaretinde problemler saptanması, diğer ev ziyaretlerinde belirlenen problemlere ilişkin bakım planı oluşturulması ve bakım planının uygulanabilmesi için bakım verenlere eğitim verilmesi gerekmektedir (14). Ev ziyaretleri tamamlandıktan sonra süreç, telefon görüşmesi veya gerekli görüldüğü durumlarda yüz yüze görüşme tekniği ile danışmanlık verilmesi şeklinde devam etmektedir (14, 59).

Azaltılmış Stres Eşiği Modeli Bakım İlkeleri

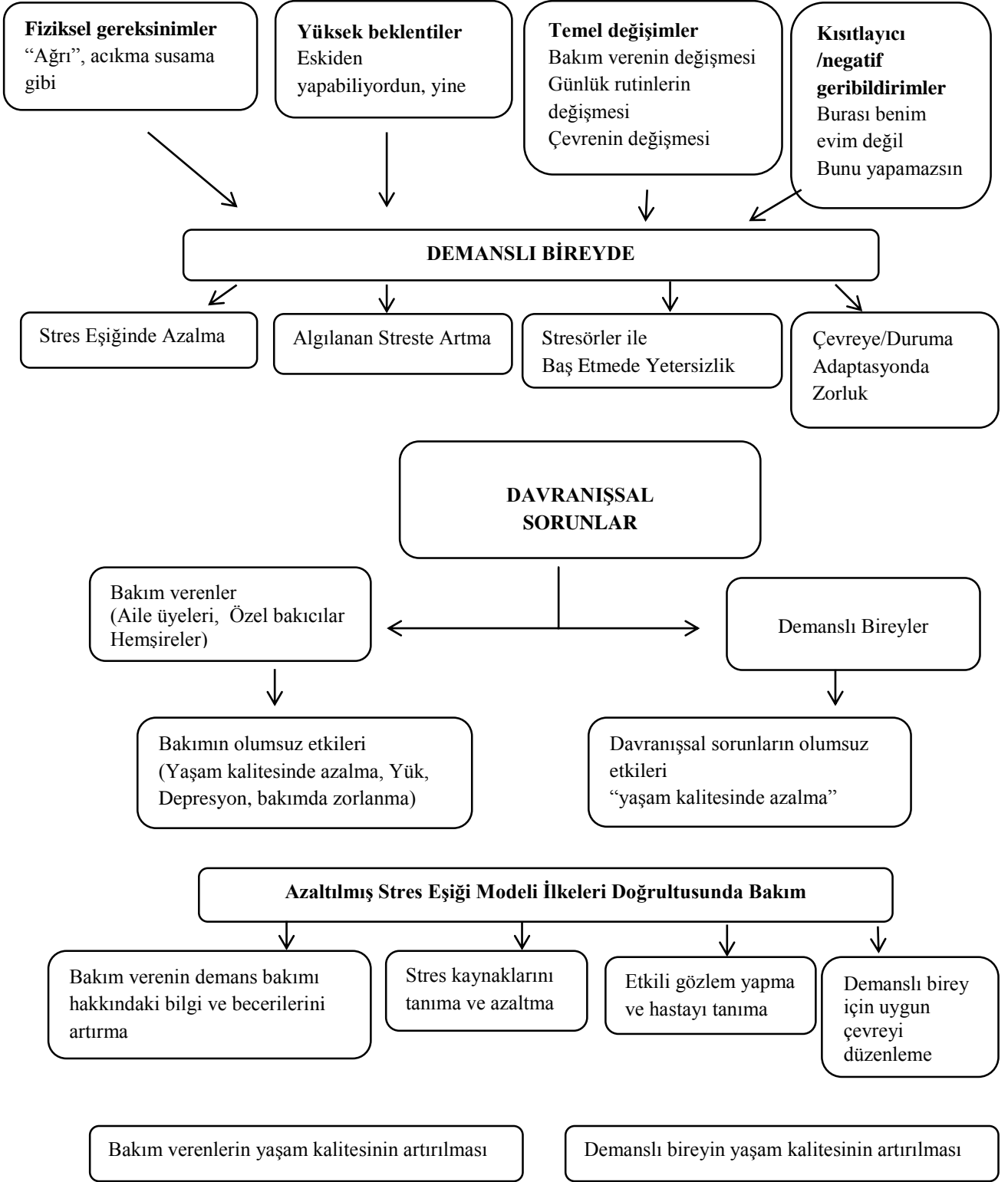
1. Fonksiyonelliği ve güvenliği sürdürme,
2. Hasta saygınlığını ve bakım ilişkisini koruma,
3. Kaygı ve strese yol açan davranışları tanımlama, uyarıyı azaltma yoluyla kaygıyı giderme,
4. Demanslı bireyi gözlemlemeyi ve bireyin davranışlarını değerlendirmeyi bakım verene öğretme,
5. Kaybedilen becerilerin desteklenmesi ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde uygun çevresel düzenlemeyi yapma,
6. Bakım verenlere eğitim, bakım ve problem çözme alanlarında destek sağlama (14, 59).

Bakım prensiplerinin her biri için bakım verenlerin strateji ve müdahalelerine özel tavsiyeler geliştirilerek ve özel bakım ünitelerinde, hastanelerde, yetişkinlerin günlük bakım yerlerinde, evlerde ve büyük çaplı kurumlarda uygulanmaktadır. ASEM, masaj ve müzik gibi nonfarmakolojik müdahalelerin tasarlanmasında ana çerçeve olarak kullanılmakta ve diğer hemşirelik modellerinin bileşenlerini ve birçok kitap bölümünün temelini oluşturmaktadır. Model, bakım verenlerinin bakımı için toplum temelli psikoeğitimsel müdahaleyi içerir. Bu müdahale bakım verenlerin her biri için

bireyselleştirilir ve psikolojik desteğe odaklanırken, davranışsal tekniğin temelinin desteklenmesi, azaltılmış stres eşiğinin düşürülmesini, şartsız olumlu düşüncelerin desteklenmesini, iletişim eksikliğini, yönelim fonksiyonlarının dengelenmesini ve stresin azaltılmasını amaçlar. ASEM, on yedi yıldan daha fazla süredir demanslı bireylere bakım verenlerin bakımı için hayati derecede önemli bir etkiye sahiptir. Bu modelin gücü, teori, klinik uygulamalar ve araştırmalar arasında güçlü bir ilişkiye sahiptir. Modelin devamının sürdürülebilirliği, sistematik testlerde ve hemşirelik uygulamalarında geniş çapta uygulanmakta ve tanımlanmaktadır. Bu model ilk olarak özel bakım ünitelerinde üç ay süreyle hemşireler tarafından bakımın etkisi değerlendirilmiştir. Üç ayın sonunda ajitasyon, amaçsız gezmeler, tekrarlayan soru sormada azalma, halüsinasyon, saldırgan davranışlar ve psikotik ilaç kullanımını azaltmıştır (60).



Azaltılmış Stres Eşiği Modeline Göre Demanslı Bireylerin Stres Kaynakları



Şekil 2.4. Azaltılmış Stres Eşiği Modeli (14, 59).

2.9. Demans Hastalarında Bakım Yüğü ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Sağlık profesyonelleri arasında kilit konuma sahip hemşireler, bakım verme temel rolünün yanı sıra, tedavi edici, eğitici, danışmanlık, araştırmacı ve savunucu rollerini kullanarak demanslı hastalara bakım verenlere ilişkin durum saptama çalışmalarını yapmalı ve bu saptamalar doğrultusunda sürekli ve kaliteli bakıma yönelik uygun hemşirelik girişimleri geliştirmelidir (18, 51, 52, 61).

Halk sağlığı hemşiresi, bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri saptamayı, bakım verenlerin rollerini ve değişen yaşam koşullarına uyum sağlamasını amaçlayarak, bakımın kalitesini ve ailedeki bütün bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltebilir (39). Demanslı hastalara ve bakım verenlere yönelik planlanan hemşirelik bakımı, fiziksel ve psikososyal iyilik halinin sürdürülmesi ile sosyal ilişkileri geliştirmeyi kapsamalıdır (1). Demanslı hastalarda hemşirelik bakımı hastaya, bakım verene ve çevreye ilişkin uygulamaları içermektedir. Halk sağlığı hemşiresi demanslı hastanın günlük yaşam aktivitelerine, gerçeğe oryantasyonuna, uygun çevreyi düzenlemeye yönelik uygulamaları desteklemelidir (41). Sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahip olan halk sağlığı hemşirelerinin demanslı hastalar ve bakım verenlerin kaliteli bakım verebilmeleri için, gerekli bilgi ve beceriler sahip olmaları önemlidir.

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Türü

İki aşamada gerçekleştirilmiş olan bu araştırma birinci aşamada demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükü ölçeğinin geliştirilmesi için metodolojik, ikinci aşamada ise bakım verenlere verilen eğitimin bakım yüküne ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek için Öntest- Sontest Kontrol gruplu deneme modeli olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Turgut Özal Tıp Merkezi Nöroloji Anabilim Dalına bağlı Demans Polikliniğinde demans tanısı konan ve Malatya il merkezinde ikamet eden hastalara bakım verenlerin evlerinde yürütülmüştür. Araştırma Şubat 2015 ile Şubat 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Turgut Özal Tıp Merkezi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniğinde demans tanısı konan ve Malatya il merkezinde ikamet eden hastalara bakım verenler oluşturmuştur. Turgut Özal Tıp Merkezi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniğinde 2015 kayıtlarına göre 480 hasta demans tanısı almıştır. Fakat araştırmanın yapıldığı zaman içerisinde vefat eden, iletişim bilgileri değişen ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bakım verenler örneklem dışında tutulmuştur. Araştırmanın birinci aşamasında geçerlilik güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğü madde sayısının en az 5, en fazla 10 katı olması gerektiği bilgisine dayanarak madde sayısının 5 katı büyüklüğünde örnekleme ulaşılmıştır ($29 \times 5 = 145$) (62-66). Örneklem belirlenmesinde basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında örneklem hesaplaması, güç analizine göre, 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığında 0.6 etki büyüklüğünde 0.95 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 140 bakım veren olarak belirlendi.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ İletişim kurabiliyor olmak,
- ✓ En az altı ay süredir bakım veriyor olmak,
- ✓ Bakım verdiği kişinin bakımından primer sorumlu olmak,

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- ✓ Bakım verenin kronik bir hastalığının olması,
- ✓ Bakım verenin ücret karşılığında bu işi yapıyor olması,
- ✓ Bakım verenin okuryazar olmaması,

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, demanslı hastalara bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen Sosyodemografik Özellikler Formu ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Formu (EK-2): Bakım verenler ve demanslı hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Özellikler Formu; bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, hasta ile yakınlık derecesi, çocuk sayısı, hastaya ne zamandır bakım verdiği, bir günde kaç saat bakım verdiği, demanslı hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, ne zamandan beri demans tanısı aldığını belirten toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK-3): Bireylerde depresyon riskini ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi ölçektir. Ölçekte her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Ölçek toplam puanı 0-63 arasındadır. Beck Depresyon Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edilmektedir (68). Bu çalışmada BDE'nin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği (EK-4, EK-5)

Literatür Tarama ve Madde Havuzunun Oluşturulması

İlk aşamada konu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak, Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği (DHBVBYÖ) madde havuzu oluşturulmuştur (16, 17, 54). Daha sonra ölçekte yer alan maddelerin ölçmek istenilen özelliği ne kadar karşıladığını ölçmek için uzman görüşüne başvurularak kapsam geçerliliğine bakılmıştır. Ölçek madde soru havuzu 5 uzmana gönderilmiştir. Uzmanlardan her bir madde için 1 ile 4 arasında (1- Uygun, 2- Madde kısmen gözden geçirilmeli, 3- Madde tamamen gözden geçirilmeli ve 4- Madde uygun değil) puan verilerek değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların değiştirilmesini gerekli gördüğü

maddeler, uzmanların görüşleri doğrultusunda değiştirilmiştir. Taslak maddelerin Kapsam Geçerliliği'ni (Content Validity) değerlendirmek üzere hazırlanan madde havuzu, Kapsam Geçerlik İndeksi- KGI (Content Validity Index = CVI) ve Lawshe'nin Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) formülü kullanılmıştır.

Her maddeye ait KGO = $NG / (N/2) - 1$

NG: Her maddeye gerekli yazan uzman sayısı

N: Maddeye ilişkin görüş belirten uzman sayısı.

Uzman görüşlerine göre madde sayısı azaltılan ve ifadeleri yeniden düzenlenen taslak ölçek araştırma amacına uygun 20 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılarak ölçeğin anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliği ve ölçek alt boyutlarının belirlenmesi için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere madde analizi (madde-toplam puan korelasyonu) ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı değerlendirilmiştir. Güvenirlik çalışması için zamana göre değişmezlik ilkesi için 15 gün sonra örnekleme tekrardan ulaşılmış ve test tekrar test yöntemi kullanılarak korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği (DHBVBYÖ) fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik alt boyutları olarak 4 alt boyutta oluşmaktadır. Fiziksel alt boyut 3, 4, 5 ve 8. maddeleri, sosyal alt boyut 9, 19, 20, 21, 22, 23 ve 25 maddeleri, ekonomik alt boyut 16, 26 ve 28. maddeleri, psikolojik alt boyut 1, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 18 ve 24' inci maddeleri içermektedir. DHBVBYÖ 24 maddeden oluşmaktadır ve beşli likert tipi olan bu ölçek, "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Nadiren" yanıtı için 2, "Ara sıra" yanıtı için 3, "Çoğu zaman" yanıtı için 4 ve "Her zaman" yanıtı için 5 puan verilmektedir. Ölçeğin toplam puanı en düşük 24, en yüksek 120 puandır. Yüksek puan bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

3.7. Veri Toplanması

Araştırmanın birinci aşamasındaki veriler Kasım 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Malatya il merkezinde toplanmıştır. Çalışmada bilgide yanlışlığı ortadan kaldırmak için; demanslı hastalara bakım verenlerin sayısına göre zarflamış formlar araştırmacı tarafından bakım verenlere iletilmiştir. Aynı gün toplanmayıp, en fazla on beş gün sonra bireyler ziyaret edilerek teslim alınmıştır. Test tekrar test güvenirliliği için 32 bakım verene 15 gün sonra ikinci kez gidilerek aynı yöntem ile formlar doldurulmuştur. Testin uygulama süresi ortalama 20 dakikadır.

Araştırmanın ikinci aşamasında veriler 15 Nisan- 15 Temmuz 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. İlk ev ziyaretinde ön test verileri için deney ve kontrol grubuna Sosyodemografik Özellikler Formu, Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. İkinci görüşmeden iki ay sonra deney ve kontrol gruplarının son test verileri toplanmıştır. Kontrol grubunun son verileri toplandıktan sonra eğitim verilerek, eğitim kitapçığı dağıtılmıştır.

3.8. Hemşirelik Girişimi

Araştırmada hemşirelik girişim materyali olarak Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre hazırlanmış eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Azaltılmış Stres Eşiği Modeli, demanslı hastaların davranışsal semptomlarını azaltmak, bakım verenlerin yaşam kalitesini ve demanslı bireyin bakımı hakkında bilgi ve becerilerini artırma, stres kaynaklarını tanımlama ve azaltma, etkili gözlem yapma ve hastayı tanımlama, demanslı birey için uygun çevreyi düzenlemek amacıyla kullanılmaktadır (14). Demanslı hastalara bakım verenler için hazırlanan bu kitapçık literatür taraması; Türkiye Alzheimer Derneği ve kanıta dayalı uygulamalar örnek alınarak oluşturulmuştur (19, 69-73). Hazırlanan eğitimi kitapçığı üç uzman tarafından değerlendirilmiştir. Eğitim kitapçığında; demansın (bunama) tanımı, belirtileri, hastalığın evreleri, risk faktörleri, tedavisi, korunma yolları, en sık görülen davranışsal değişiklikler, bakım verenlerin karşılaştığı sorunlar ve çözüm yolları ve bakım yükünü azaltacak çevresel düzenlemeler ve güvenlik önlemleri ile ilgili bilgiler içermektedir (**EK 6**).

Deney grubuna ön test yapıldıktan sonra Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre hazırlanan eğitim programı toplam iki kere olmak üzere iki hafta ara ile verilmiştir. Eğitim programı ortalama 45-60 dakika sürmüştür. Eğitim programını güçlendirmek için ikinci eğitim sonrasında eğitim kitapçığı bakım verenlere dağılmıştır. İkinci eğitimden iki ay sonra son test uygulanmıştır. Araştırmaya alınan bakım verilenlere telefon ile görüşülerek kendileri için uygun olan günde bakım verenlerin evlerinde hasta ile birlikte görüşülmüştür. Her bir ziyaretin sonunda bir sonraki ziyaret için gün/saat planlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Demanslı hastaya bakım verenlerin, bakım yükü puan ortalamaları ve depresyon düzeyleridir.

Bağımsız Değişken: Bakım verenlere verilen eğitim

Kontrol değişkeni: Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir, sağlık güvencesi, bakım süresi, bakımda destek alma durumu, başkasına bakım verme durumu, hastanın yaşı, cinsiyeti, hastanın demans düzeyi, hastalık süresi, hastanın eğitim düzeyi, başkasına bakım verme durumu, başka kronik hastalıkların varlığıdır.

Tablo 3.9.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bakım Verenlerin Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Deney grubu S=70		Kontrol grubu S=70		Test ve Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	48	68.6	56	80.0	$X^2=2.393$ $p=0.088$
Erkek	22	31.4	14	20.0	
Medeni durum					
Evli	57	81.4	60	85.7	$X^2=0.468$ $p=0.324$
Bekâr	13	18.6	10	14.3	
Eğitim Düzeyi					
Okur- yazar	18	25.7	16	22.9	$X^2=3.427$ $p=0.489$
İlköğretim	23	32.9	33	47.1	
Lise	13	18.6	8	11.4	
Üniversite	16	22.8	13	18.6	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	17	24.3	16	22.9	$X^2=0.040$ $p=0.500$
Çalışmıyor	53	75.7	54	77.1	
Gelir					
Düşük	5	7.1	8	11.4	$X^2=5.262$ $p=0.072$
Orta	44	62.9	52	74.3	
Yüksek	21	30.0	10	14.3	
Sağlık güvencesi					
Var	57	81.4	61	87.1	$X^2=0.863$ $p=0.243$
Yok	13	18.6	9	12.9	
Bakımda destek alma durumu					
Evet	39	55.7	38	54.3	$X^2=0.029$ $p=0.500$
Hayır	31	44.3	32	45.7	
Başkasına bakım verme durumu					
Evet	12	17.1	9	12.9	$X^2=0.504$ $p=0.318$
Hayır	58	82.9	61	87.1	
	X± SS		X± SS		
Bakım verenin yaş (yıl)	48.89±13.49		52.17±13.47		$t=-1.441$ $p=0.152$
Bakım süresi(ay)	41.92±28.43		39.91±31.30		$t=0.398$ $p=0.691$
Günlük bakım süresi (saat)	8.67 ±6.33		9.54±7.24		$t=-0.758$ $p=0.205$

Çocuk sayısı	2.98±1.98	3.02±2.02	t=-0.126 p=0.774
Başka bakım veren kişi sayısı	1.62±0.92	1.86±1.01	t=-1.106 p=0.674
Bakım verdiği kişi sayısı	1.75±0.75	1.00±0.00	t=2.789 p=0.001

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol gruplarındaki bakım verenlerin kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.9.1’de verilmiştir. Buna göre deney ve kontrol gruplarındaki bakım verenlerin kontrol değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 3.9.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Demans Tanısı Konan Hastaların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Deney grubu S=70		Kontrol grubu S=70		Test ve Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Hastanın cinsiyet					
Kadın	35	50.0	30	42.9	X ² =0.718 p=0.249
Erkek	35	50.0	40	57.1	
Hastanın medeni durum					
Evli	50	71.4	53	75.7	X ² =0.331 p=0.351
Bekâr	20	28.6	17	24.3	
Hastanın eğitim düzeyi					
Okur- yazar değil	38	54.3	28	40.0	X ² =11.772 p=0.019
Okur- yazar	15	21.4	11	15.7	
İlköğretim	17	24.3	22	31.4	
Lise	0	0.0	4	5.7	
Üniversite	0	0.0	5	7.2	
Hastanın demans düzeyi					
Başlangıç	10	14.3	15	21.4	X ² =2.176 p=0.337
Orta	36	51.4	28	40.0	
İleri	24	34.3	27	38.6	
Hastanın başka tanı alma durumu					
Evet	43	61.4	42	60.0	X ² =0.030 p=0.500
Hayır	27	38.6	28	40.0	
	X± SS		X± SS		
Hastanın yaş (yıl)	77.44±8.65		77.61±9.24		t=-1.110 p=0.910
Demans tanı süresi(ay)	40.00±27.19		42.37±27.76		t=-0.511 p=0.775

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol gruplarındaki demans tanısı konan hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.9.2’de verilmiştir. Buna göre deney ve kontrol gruplarındaki demans tanısı konan hastaların kontrol değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Tablo 3.10.1. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan istatistik yöntem
• Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirmede	Yüzdellik, ortalama ve standart sapma
• İç tutarlılık “ İç tutarlılık katsayısı”	Cronbach alfa katsayısı hesaplama
• Madde analizi	Madde-toplam güvenilirlik katsayısı için Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
• Faktör analizi	Dönüştürülmüş (Varimax) Temel bileşenler analizi
• Alt boyutların analizi	Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon analizi
• Zaman göre değişmezlik “Test-Tekrar Test Yöntemi”	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
• Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	Ki kare ve Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi
• Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi

3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır (**EK-7**). Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için Turgut Özal Tıp Merkezi Nöroloji Anabilim Dalından resmi izin alınmıştır (**EK-8**). Araştırmaya alınma kriterleri uygun olan ve araştırmaya katılımı konusunda gönüllü olan bakım verenlere araştırmanın amacı açıklanmıştır ve istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılacak bakım verenlere, kişisel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp “gizlilik ilkesine” uygun onamları imzalı alınmıştır. Son test uygulandıktan sonra kontrol grubuna eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.12. Araştırma Planı

I. AŞAMA

ÇALIŞMA GRUBU

Kasım 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Nöroloji Ana Bilim Dalı Demans Polikliniğinde demans tanısı alan ve Malatya il merkezinde ikamet eden hastalara bakım veren 145 bakım verici çalışma kapsamına alınmıştır.

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışması

II. AŞAMA

Öntest Uygulaması

Sosyodemografik Özellikler Formu

Beck Depresyon Envanteri

Demanslı Hastalara Bakımverenlerde Bakım Yükü Ölçeği

Randomizasyon (n=140)

Deney Grubu (n=70)

Kontrol Grubu (n=70)

Hemşirelik Girişimleri:

Azaltılmış stres modeli doğrultusunda hazırlanmış eğitim (45-60 dakika)
Eğitimin etkinliğini artırmak için 15 gün sonra aynı eğitimin özetlenerek ikinci kez verilmesi

Sontest Uygulaması

Beck Depresyon Envanteri
Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği

Sontest Uygulaması

Beck Depresyon Envanteri
Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği

Şekil 3.8.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde, demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükü ölçeğinin geliştirilmesi ve demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitimin depresyon düzeyine ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları istatistiksel analizleriyle sunularak araştırmanın hipotezleri ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin ve Hastaların Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması 50.42 ± 13.35 yıl, %73.8'inin kadın, %84.1'inin evli, %40'ının eğitim durumu ilköğretim mezunu, %69'unun gelir durumu orta düzey, %75.9'unun çalışmadığı ve çalışanların %33,3'ünün memur olarak çalıştığını belirtmiştir. Bakım verenlerin %84.8'inin sosyal güvencesi olduğu tespit edilirken, %15.2'sinin sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan bakıcıların %97.6'sının sosyal güvencesi emekli sandığı olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %29.7'sinin hastanın karısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Bakım verenlerin bakım sürelerinin ortalaması 40.86 ± 29.39 ay olarak saptanırken, günlük bakım süreleri 9.04 ± 6.78 saat olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin %91.2'si demans konusunda doktordan, %5.9'u sağlık çalışanından ve %2.9'u tv ve internetten bilgi aldığı gözlenmiştir. Bakım verenlerin %55.2'sinin hastaya bakım verirken başka bireylerden yardım aldığı belirlenmiş olup, yardım alanların %51.2'si 1 kişi, %32.5'i 2 kişi ve %16.3'ü 3 ve üzeri kişiden yardım aldığını belirtmiştir (Tablo 4.1). Bakım verenlerin %14.5'i kendi baktıkları hastadan başka bireylere de bakım verdiğini belirtirken, %66.7'si 1 bireye daha, %23.8'i 2 bireye daha ve %9.5'i 3 bireye daha baktığını belirtmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=145)

Değişkenler	Min-Maks değerler	Ort±SS
Yaş	19 – 81	50.42±13.35
Bakım Süresi (ay)	6 – 144	40.86±29.39
Günlük Bakım Süresi (saat)	1 – 24	9.04±6.78
	S	%
Cinsiyet	Kadın	107 73.8
	Erkek	38 26.2
Medeni Durum	Evli	122 84.1
	Bekar	23 15.9

Gelir Durumu	Yüksek	14	9.7
	Orta	100	69.0
	Düşük	31	21.3
Eğitim Durumu	Okuryazar	35	24.1
	İlköğretim	58	40.0
	Lise	21	14.5
	Üniversite	29	20.0
	Yüksek Lisans	2	1.4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	35	24.1
	Çalışmıyor	110	75.9
Meslek	İşçi	4	8.3
	Memur	16	33.3
	Emekli	12	25.1
	Serbest Meslek	16	33.3
İşe Devam Durumu	Ücretli İzin	2	5.7
	Ücretsiz İzin	1	2.9
	İşe Devam Ediyor	32	91.4
Sosyal Güvence	Var	123	84.8
	Yok	22	15.2
Sosyal Güvencesi	Emekli Sandığı	120	97.6
	Diğer	3	2.4
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	20	13.8
	1 Çocuk	10	6.9
	2 Çocuk	25	17.2
	3 Çocuk	40	27.6
	4 Çocuk	21	14.5
	≥5 Çocuk	29	20.0
Yakınlık Derecesi	Karısı	43	29.7
	Kocası	4	2.8
	Kızı	34	23.4
	Oğlu	33	22.8
	Gelini	20	13.8
Demans Başvuru Kaynakları	Diğer	11	7.6
	Doktor	93	91.2
	Sağlık çalışanı	6	5.9
Başka Bakım Veren	Tv., internet	3	2.9
	Var	80	55.2
Başka Bakım Veren Kişi Sayısı	Yok	65	44.8
	1 Kişi	41	51.2
	2 Kişi	26	32.5
Bakım Verdiği Başka Kişi	≥ 3 Kişi	13	16.3
	Var	21	14.5
Bakım Verdiği Kişi sayısı	Yok	124	85.5
	1 Kişi	14	66.7
	2 Kişi	5	23.8
	3 Kişi	2	9.5

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 77.77 ± 9.29 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %47.6'sının cinsiyeti kadın, %73.8'inin evli, %48.3'ünün okuryazar olmadığı, %74.5'inin gelir düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir. Hastaların %17.2'sinin mesleği işçi olarak belirlenmiş olup, %9.5'inin mesleği memur, %16.4'ünün mesleği çiftçi ve %56.9'unun mesleği diğer olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Hastaların demans tanı süreleri 6 ile 129 ay arasında değişmekte olup, ortalama 40.97 ± 27.05 ay olarak saptanmıştır. Hastaların %17.4'ünün demans düzeyi başlangıç düzeyi olarak gözlenirken, %45.8'inin demans düzeyi orta düzey ve %36.8'inin demans düzeyi ileri düzey olarak gözlenmiştir. Hastaların %60'ında demans dışında başka kronik hastalık tanısı aldığı gözlenmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Demans Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=145)

Değişkenler	Min-Maks Değerler	Ort±SS	
Hasta Yaşı	52 – 98	77.77 ± 9.29	
Demans Tanı Süresi (ay)	6 – 129	40.97 ± 27.05	
		S	%
Hasta Cinsiyet	Kadın	69	47.6
	Erkek	76	52.4
Hasta Medeni Durum	Evli	107	73.8
	Bekar	38	26.2
Hastanın Eğitim Durumu	Okuryazar	70	48.3
	Değil		
	Okuryazar	26	17.9
	İlköğretim	39	26.9
	Lise	5	3.4
	Üniversite	5	3.4
Hastanın Gelir Durumu	Yüksek	108	74.5
	Orta	37	25.5
Meslek	İşçi	20	17.2
	Memur	11	9.5
	Çiftçi	19	16.4
	Diğer	66	56.9
Demans Düzeyi	Başlangıç	25	17.4
	Orta	66	45.8
	İleri	53	36.8
Başka Tanı	Var	87	60.0
	Yok	58	40.0

4.2. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Bulguları

Tablo 4.3. Uzman Görüşlerinin Toplanması ve Kapsam Geçerlilik Oranlarının Elde Edilmesi

Madde no	KGO	Madde no	KGO
Madde 1	1.00	Madde 16	0.80
Madde 2	0.80	Madde 17	0.80
Madde 3	0.80	Madde 18	0.80
Madde 4	1.00	Madde 19	0.80
Madde 5	0.80	Madde 20	0.80
Madde 6	0.80	Madde 21	1.00
Madde 7	0.80	Madde 22	0.80
Madde 8	1.00	Madde 23	0.80
Madde 9	0.80	Madde 24	0.80
Madde 10	0.80	Madde 25	0.80
Madde 11	0.80	Madde 26	1.00
Madde 12	1.00	Madde 27	0.80
Madde 13	0.80	Madde 28	0.80
Madde 14	1.00	Madde 29	0.80
Madde 15	0.80	Madde 30	0.60

Kapsam geçerliğı için uygulanan yöntemlerden biri de Davis tekniğidir. Davis tekniğine göre uzman görüşlerini 1- Uygun, 2- Madde kısmen gözden geçirilmeli, 3- Madde tamamen gözden geçirilmeli ve 4- Madde uygun değil olarak değerlendirilmektedir. Bu teknikte (1) ve (2) olarak değerlendiren uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) elde edilmektedir ve bu değer 0.80 ve üzeri olarak kabul edilmektedir (62). KGO 0.80'in altında olan 30. madde, öneriler doğrultusunda yeniden gözden geçirilmiştir. Uzman görüşleri değerlendirmesinden sonra ölçek 29 madde ile son şeklini almıştır (Ek 5).

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçeklerin iç tutarlılığını ve homojenliğini göstermek için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmaktadır. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım

Yükü Ölçeğini geliştirmek için 145 bakım veren den elde edilen veriler kullanılmıştır. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği iç tutarlılığının incelenmesi sonucunda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 4).

Tablo 4.4. Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	0.88
----------------------	------

Tablo 4.5. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeğinin Alt Boyutları İç Tutarlılık Değerleri

Alt boyutlar	Soru sayısı	Cronbach Alfa
Sosyal	7	0.85
Psikolojik	10	0.84
Ekonomik	3	0.74
Fiziksel	4	0.51

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Sosyal alt boyutu 0.85; Psikolojik alt boyutu 0.84; Ekonomik alt boyutu 0.74 ve Fiziksel alt boyutu 0.51 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeğinin Faktör Yapısı

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeğinin yapı geçerliliğini saptamak amacıyla Döndürücü (Varimax) Temel Bileşenler Faktör Analizi kullanılmıştır. Temel Bileşenler Faktör Analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yeterlilik ölçümüne ve Bartlett's Küresellik testi kullanılmıştır.

Tablo 4.6. KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü	0.85	
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	1388.299
	Serbestlik derecesi	276
	Anlamlılık	0.001

Tablo 4.6’da Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin KMO ve Bartlett testi sonuçları görölmektedir. Bu çalışmada KMO örneklem yeterlilik ölçümü değeri 0.85 olduğu görölmektedir. Bu değerin KMO için çok iyi bir değeri olduğu ve ilgili veri gruba analiz yapılmasının uygun olduğunu söylenebilir.

Korelasyon matrisinin benzerliğini test etmek için $p < 0.001$ önemlilik düzeyinde Bartlett Küresellik Testi uygulanmıştır. Teste göre, korelasyon matrisinin benzer olduğu hipotezi reddedilmiştir. Bu da maddeler arasında ilişkinin varlığını ortaya koyarak faktör analizi için verilerin uygunluğunu göstermektedir.

Verilerin faktör analizine uygunluğunu test etmek için maddelerinin “Başlangıç Ortak Değerleri” incelenmiştir. Bu değerler incelendiğinde maddelerin başlangıç ortak değerleri minimum 0.138, maksimum 0.765 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu değerler verilerin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir.

Tablo 4.7. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Ortak Değerlerin Gösterimi

Sorular	Ham Faktör yükü
1. Hastanıza bakım verirken sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?	0.444
3. Hastanıza bakım verirken fiziksel gücünüzün yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	0.382
4. Hastanızın bakımına yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?	0.138
5. Hastanızın bakımını tek başınıza üstlendiğinizi düşünüyor musunuz?	0.569
6. Hastanızın bazı davranışları sizde öfke nöbetlerine neden oluyor mu?	0.493
7. Hastanıza bakım vermenin sizin ruh sağlığınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?	0.560
8. Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0.353
9. Hastanıza zorunluluktan dolayı bakım vermek durumunda kaldığınızı düşünüyor musunuz?	0.250
10. Hastanızın hastalığından kaynaklanan davranışlarını yönetemediğinizi düşünüyor musunuz?	0.435
11. Hastanız ile ilişkilerinizde sorun yaşıyor musunuz?	0.489
12. Hastanıza bakım vermektan dolayı kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?	0.624
13. Hastanızın bakımı ile baş etmede sıkıntılar yaşıyor musunuz?	0.687
14. Hastanıza verdiğiniz bakımdan daha fazla bakıma ihtiyacı olduğunu düşünüyor musunuz?	0.589

16. Tıbbi kurumlara ulaşmakta zorluk çektiğinizi düşünüyor musunuz?	0.449
18. Hastanıza yeteri kadar zaman ayırmadığınızdan dolayı suçluluk hissediyor musunuz?	0.537
19. Hastanızın bakımı ile ilgilendiğiniz için evinize arkadaşlarınızı davet etmekte sıkıntı yaşıyor musunuz?	0.426
20. Hastanıza bakım verdiğiniz için sosyal yaşantınızın kısıtlandığını düşünüyor musunuz?	0.765
21. Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı gelecek ile ilgili planlarınızı ertelediğinizi düşünüyor musunuz?	0.599
22. Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0.704
23. Hastanıza bakım verdiğiniz için ev işlerinizi yapmada sıkıntı yaşıyor musunuz?	0.559
24. Hastanıza bakım vermeye başladığınızdan beri yakınlarınızın sizi yalnız bıraktığını düşünüyor musunuz?	0.483
25. Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı yaşamınızda bazı şeyleri kaçırdığınızı düşünüyor musunuz?	0.541
26. Hastanıza bakım vermenin size ekonomik bir yük getirdiğini düşünüyor musunuz?	0.742
28. Bakım verirken maddi problemler yaşıyor musunuz?	0.718

Madde Analizi sonucunda 24 maddeye düşen Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği'nin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi kullanıldı. Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Temel Bileşenler Faktör Analizinde Varimax rotasyonu uygulandıktan sonra Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği'nin maddelerini 4 faktör altında toplayabileceğimizi görmekteyiz. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.8'de verilmiştir. Ölçeğin faktör yükleri 0.336 ile 0.840 arasında bulunmuştur.

Tablo 4.8. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği'nin Açıklayıcı Faktör Analizi

	Faktörler			
	Sosyal	Psikolojik	Ekonomik	Fiziksel
Bakım yüğü 20	0.791			
Bakım yüğü 22	0.782			
Bakım yüğü 21	0.687			
Bakım yüğü 25	0.620			
Bakım yüğü 23	0.605			

Bakım yükü 19	0.432			
Bakım yükü 9	0.356			
Bakım yükü 13	0.739			
Bakım yükü 14	0.647			
Bakım yükü 6	0.615			
Bakım yükü 11	0.590			
Bakım yükü 18	0.584			
Bakım yükü 12	0.548			
Bakım yükü 7	0.529			
Bakım yükü 10	0.525			
Bakım yükü 24	0.457			
Bakım yükü 1	0.415			
Bakım yükü 26		0.840		
Bakım yükü 28		0.816		
Bakım yükü 16		0.641		
Bakım yükü 5			0.744	
Bakım yükü 3			0.557	
Bakım yükü 8			0.423	
Bakım yükü 4			0.336	
<i>Extraction</i>	<i>Method:</i>	<i>Principal</i>	<i>Component</i>	<i>Analysis.</i>
<i>Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.</i>				

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeğinden elde edilen verilerden faktör analizine uygunluğu saptandıktan sonra, anlamlı bileşim maddelerinin saptanması ve kaç faktör seçileceğine karar vermek amacıyla gerekli analizler yapılmıştır.

Tablo 4.9’da ölçeğe ait yapılan analiz sonuçlarına göre, özdeğerleri ve açıklanan toplam varyans sonuçları görülmektedir.

Tablo 4.9. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği Alt Boyutlarının Faktör Analizi Gösterimi

Alt boyutlar	Maddeler	Özdeğerler toplamı	Varyansın %	Toplam Varyans %
Sosyal	9, 19, 20, 21, 22, 23, 25	4.20	17.50	17.50
Psikolojik	1, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 24	3.63	15.13	32.64
Ekonomik	16, 26, 28	2.92	12.20	44.85
Fiziksel	3, 4, 5, 8	1.76	7.37	52.22

Alt boyutları şöyledir.

1. **Sosyal:** 7 maddeden oluşur bu boyutun maddeleri şunlardır: 20, 22, 21, 25, 23, 19,

2. **Psikolojik:** 10 maddeden oluşur bu boyutun maddeleri şunlardır: 13, 14, 6, 11, 18, 12, 7, 10, 24, 1
3. **Ekonomik:** 3 maddeden oluşur bu boyutun maddeleri şunlardır: 26, 28, 16
4. **Fiziksel:** 4 maddeden oluşan bu boyutun maddeleri şunlardır: 5, 3, 8, 4 sorularından oluştuğu görülmektedir.

Faktör ağırlıkları incelendiğinde Sosyal alt boyutunda en düşük 0.356 en yüksek 0.791, Psikolojik alt boyutunda en düşük 0.415 en yüksek 0.739; Ekonomik alt boyutunda en düşük 0.641 en yüksek 0.840 ve Fiziksel alt boyutunda en düşük 0.336 ile 0.744 arasında madde yükleri saptanmıştır. Faktör puanları hesaplanırken, her faktördeki soru sayısının farklı olması sebebiyle, faktörlerdeki soruların toplamından elde edilen faktör puanı o faktördeki soru sayısına bölünerek ortalama puan elde edilmiştir.

Tablo 4.10. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Alt boyutları	Madde Puan Ortalaması		Madde Puan Ortalaması	
	Min-max	Ort±SS	Min-max	Ort±SS
Sosyal	7-35	19.17±7.33	1-5	2.73±1.05
Psikolojik	10-45	25.02±8.25	1-5	2.50±0.82
Ekonomik	3-15	6.19±3.18	1-5	2.06±1.06
Fiziksel	6-20	14.71±3.30	1-5	3.67±0.83

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin alt boyut puanları incelendiğinde; her madde 1-5 arasında değişmekte olup, sosyal alt boyut puan ortalaması 2.73±1.05 olarak saptanmıştır. Psikolojik alt boyut puanı ortalaması 2.50±0.82; ekonomik alt boyut puanı ortalaması ise 2.06±1.06 ve fiziksel alt boyut puanı ise 3.67±0.83 olarak saptanmıştır (Tablo 4.10).

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin 29 maddesi bulunmaktadır. Ölçek likert tipi ölçeklenmiş olup, madde puanları, Her zaman (5), Çoğu zaman (4), Bazen (3), Nadiren (2), Hiç (1) olarak kodlanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda faktör yükü değerleri 0.50'nin altında olan soru 15 ve soru 17 ile faktör yüklerinin 0.25 ve altında bulunan ve birden fazla faktörde aynı yükte kat sayısı bulunan soru 2, soru 27 ve soru 29 çıkarılarak faktör analizi yenilenmiş olup, ölçek 24 madde üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon analizi sonucunda

güvenirlik katsayıları $r = .085$ ile $r = .717$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 4.11). Ayrıca maddelerin ölçek Cronbach Alfa güvenirlik katsayısına her bir ölçek maddesi için ne derecede ve ne yönde etkilediğini test etmek amacıyla; “Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Alfa Katsayısı” (Alpha if Item Deleted) değeri hesaplanmıştır. Bu değerler, bir madde silindiğinde, geri kalan maddelerin iç tutarlılıklarını göstermektedir.

Tablo 4.11. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
1. Hastanıza bakım verirken sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?	0.539	0.87
3. Hastanıza bakım verirken fiziksel gücünüzün yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	0.085	0.89
4. Hastanızın bakımına yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?	0.097	0.88
5. Hastanızın bakımını tek başınıza üstlendiğinizi düşünüyor musunuz?	0.247	0.88
6. Hastanızın bazı davranışları sizde öfke nöbetlerine neden oluyor mu?	0.498	0.87
7. Hastanıza bakım vermenin sizin ruh sağlığınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?	0.554	0.87
8. Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0.437	0.87
9. Hastanıza zorunluluktan dolayı bakım vermek durumunda kaldığınızı düşünüyor musunuz?	0.379	0.88
10. Hastanızın hastalığından kaynaklanan davranışlarını yönetemediğinizi düşünüyor musunuz?	0.470	0.87
11. Hastanız ile ilişkilerinizde sorun yaşıyor musunuz?	0.531	0.87
12. Hastanıza bakım vermektten dolayı kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?	0.587	0.87
13. Hastanızın bakımı ile baş etmede sıkıntılar yaşıyor musunuz?	0.645	0.87
14. Hastanıza verdiğiniz bakımdan daha fazla bakıma ihtiyacı olduğunu düşünüyor musunuz?	0.392	0.88
16. Tıbbi kurumlara ulaşmakta zorluk çektiğinizi düşünüyor musunuz?	0.301	0.88
18. Hastanıza yeteri kadar zaman ayırmadığınızdan dolayı suçluluk hissediyor musunuz?	0.327	0.88
19. Hastanızın bakımı ile ilgilendiğiniz için evinize arkadaşlarınızı davet etmekte sıkıntı yaşıyor musunuz?	0.525	0.87
20. Hastanıza bakım verdiğiniz için sosyal yaşantınızın kısıtladığını düşünüyor musunuz?	0.717	0.87
21. Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı gelecek ile ilgili planlarınızı ertelediğinizi düşünüyor musunuz?	0.633	0.87
22. Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı kendinize yeterince zaman ayırmadığınızı düşünüyor musunuz?	0.639	0.87
23. Hastanıza bakım verdiğiniz için ev işlerinizi yapmada sıkıntı yaşıyor musunuz?	0.622	0.87

24. Hastanıza bakım vermeye başladığınızdan beri yakınlarınızın sizi yalnız bıraktığını düşünüyor musunuz?	0.531	0.87
25. Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı yaşamınızda bazı şeyleri kaçırdığınızı düşünüyor musunuz?	0.561	0.87
26. Hastanıza bakım vermenin size ekonomik bir yük getirdiğini düşünüyor musunuz?	0.440	0.87
28. Bakım verirken maddi problemler yaşıyor musunuz?	0.511	0.87

Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ölçeğinin dört alt boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkin Dağılımı

	Sosyal	Psikolojik	Ekonomik	Fiziksel
Sosyal	<i>r</i> 1.000	^a 0.631	^b 0.433	^a 0.249
<i>p</i>		0.001**	0.001**	0.003**
Psikolojik	<i>r</i>	1.000	^b 0.379	^a 0.174
<i>p</i>			0.005**	0.037*
Ekonomik	<i>r</i>		1.000	^b 0.119
<i>p</i>				0.153
Fiziksel	<i>r</i>			1.000
<i>p</i>				

^a*r*= Pearson Correlation

^b*r*=Spearman’s Korelasyon Katsayısı

p*<0,05 *p*<0,01

Sosyal ile Psikolojik alt boyutları arasında ($r=0.631$); Ekonomik alt boyutları arasında ($r=0.433$); Fiziksel alt boyutları arasında ($r=0.249$) pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0.01$). Psikolojik ile Ekonomik alt boyutları arasında ($r=0.379$); Fiziksel alt boyutları arasında ($r=0.174$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ekonomik alt boyutu ile Fiziksel alt boyutu arasında ($r=0.153$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Zamana Karşı Güvenirlik Analizi

Ölçümlerin zamana karşı değişmezliğini sınamak amacıyla test tekrar-test yöntemi önerilmektedir (53). Bunun için ölçek 15 gün sonra 32 bakım verene ikinci kez uygulandı. Bakım verenlerin bakım yükü ölçeğini ilk teste göre test tekrar-test puanı ile değerlendirdiğimizde; sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve toplam puanlar arasında

yapılan korelasyon analizinde $p=0.01$ düzeyinde pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$, $r=0.83$) (Tablo 4. 13).

Tablo 4.13. Test Tekrar Test Sonucuna Göre Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi (n=32)

Alt boyutlar	Test		Cronbach	Test tekrar test		
	Tekrar-test		Alfa	Cronbach Alfa		
	Test puanı	puanı	katsayısı	katsayısı		
	X± SS	X± SS	(n=145)	(n=32)	r*	p
Fiziksel boyut	16.00±2.99	15.34±3.16	0.51	0.48	0.59	0.001
Sosyal boyut	20.90±8.48	21.43±8.48	0.85	0.88	0.88	0.001
Psikolojik boyut	23.90±9.38	24.68±10.16	0.84	0.91	0.79	0.001
Ekonomik boyut	6.12±3.38	6.15±3.53	0.74	0.74	0.64	0.001
Toplam puan	66.93±18.96	67.62±20.36	0.88	0.92	0.83	0.001

* ICC (Intraclass Correlation Coefficient)

4.3. Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bulguları

Tablo 4.14. Deney Grubundaki Bakım Verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=70)

Ölçekler	Ön- Test		Son- Test		t	p
	Min- Max	X± SS	Min- Max	X± SS		
Beck Depresyon Envanteri Toplam	0-45	15.61±10.97	0-37	11.08±8.82	6.738	0.001
Bakım Yüğü Ölçeği Toplam	38-97	67.02±16.23	32-90	59.27±15.25	5.972	0.001
Fiziksel Alt Boyut	8-20	14.64±2.77	7-20	13.82±2.91	3.141	0.002
Sosyal Alt Boyut	7-31	19.94±7.11	7-28	17.18±6.50	5.683	0.001
Psikolojik Alt Boyut	11-41	26.25±8.19	10-39	23.25±7.73	4.312	0.001
Ekonomik Alt Boyut	3-13	6.18±2.90	2-11	5.00±2.59	4.691	0.001

Tablo 4.14'te gösterildiği gibi; deney grubundaki bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin ön test- son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım verenlerin ön testte Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması $15.61±10.97$, son test puan ortalaması $11.08±8.82$ olarak belirlenmiştir. Bakım verenlerin son test puan ortalamasının

olumlu yönde azaldığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün fiziksel alt boyutu puan ortalaması 14.64 ± 2.77 , son testte fiziksel alt boyutu ölçek puanı ortalaması 13.82 ± 2.91 olduğu ve bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumlu yönde azaldığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün sosyal alt boyutu puan ortalaması 19.94 ± 7.11 , son testte sosyal alt boyutu ölçek puanı ortalaması 17.18 ± 6.50 olduğu ve hastaların son test puan ortalamasının olumlu yönde azaldığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün psikolojik alt boyutu puan ortalaması 26.25 ± 8.19 , son testte psikolojik alt boyutu ölçek puanı ortalaması 23.25 ± 7.73 olduğu ve bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumlu yönde azaldığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün ekonomik alt boyutu puan ortalaması 6.18 ± 2.90 , son testte ekonomik alt boyutu ölçek puanı ortalaması 5.00 ± 2.59 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumlu yönde azaldığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün toplam puan ortalaması 67.02 ± 16.23 , son testte Bakım Yükü Ölçeği toplam puan ortalaması 59.27 ± 15.25 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumlu yönde azaldığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$).

Tablo 4.15. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ($n=70$)

Ölçekler	Ön- Test		Son- Test		t	p
	Min- Max	X± SS	Min- Max	X± SS		
Beck Depresyon Envanteri Toplam	0-48	15.35±12.06	1-54	20.05±12.82	-6.680	0.001
Bakım Yükü Ölçeği Toplam	27-105	65.61±18.38	31-115	71.48±17.70	-3.995	0.001
Fiziksel Alt Boyut	6-20	14.65±3.50	8-20	15.11±2.85	-1.470	0.146
Sosyal Alt Boyut	7-35	19,65±8.00	8-35	21.12±7.24	-2.156	0.035
Psikolojik Alt Boyut	10-45	24.87±9.14	10-50	28.24±8.87	-4.691	0.000
Ekonomik Alt Boyut	3-15	6.30±3.20	2-13	6.35±3.30	-0.302	0.763

Tablo 4.15'te gösterildiği gibi; kontrol grubundaki bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği ön test- son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım verenlerin ön testte Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması 15.35 ± 12.06 , son test puan ortalaması 20.05 ± 12.82 olarak belirlenmiştir. Bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumsuz yönde arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.000$). Bakım verenlerin öntestte DHBVBYÖ'nün fiziksel alt boyutu puan ortalaması 14.64 ± 2.77 , son testte fiziksel alt boyutu ölçek puanı ortalaması 15.11 ± 2.85 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p=0.146$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün sosyal alt boyutu puan ortalaması 19.65 ± 8.00 , son testte sosyal alt boyutu ölçek puanı ortalaması 21.12 ± 7.24 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumsuz yönde arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.035$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün psikolojik alt boyutu puan ortalaması 24.87 ± 9.14 , son testte psikolojik alt boyutu ölçek puanı ortalaması 28.24 ± 8.87 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumsuz yönde arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün ekonomik alt boyutu puan ortalaması 6.30 ± 3.20 , son testte ekonomik alt boyutu ölçek puanı ortalaması 6.35 ± 3.30 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p=0.763$). Bakım verenlerin ön testte DHBVBYÖ'nün toplam puan ortalaması 65.61 ± 18.38 , son testte DHBVBYÖ'nün toplam puan ortalaması 71.48 ± 17.70 olduğu bakım verenlerin son test puan ortalamasının olumsuz yönde arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$).

Tablo 4.16. Deney ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test				Son test			
	Deney Grubu (n=70) X± SS	Kontrol Grubu (n=70) X± SS	t	p	Deney Grubu (n=70) X± SS	Kontrol Grubu (n=70) X± SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri Toplam	15.61±10.97	15.35±12.06	t= .132	p= .361	11.08±8.82	20.05±12.82	t= 4.820	p= 0.001
Bakım Yüğü Ölçeği Toplam	67.02±16.23	65.68±18.38	t= .482	p= .637	59.97±15.29	71.48±17.70	t= -4.118	p= 0.001
Fiziksel Alt Boyut	15.64±2.77	14.65±3.50	t=-.027	p= .055	13.82±2.91	15.11±2.85	t=-2.632	p= 0.009
Sosyal Alt Boyut	19.94±7.11	19.65±8.00	t= .223	p= .248	17.18±6.50	21.12±7.24	t= -3.345	p= 0.001
Psikolojik Alt Boyut	26.25±8.19	24.87±9.14	t= .944	p= .692	23.25±7.73	28.24±8.87	t=-3.345	p= 0.001
Ekonomik Alt Boyut	6.18±2.90	6.42±3.49	t= -.432	p= .082	5.70±2.72	7.00±3.69	t= -2.369	p= 0.019

Tablo 4.16'ya göre, deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması sonuçlarına göre; ön test uygulamasında deney ve kontrol grubunun Beck Depresyon Envanteri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney- Kontrol grubu son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında; Beck Depresyon Envanteri ve DHBVBYÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.01$), ($p<0.05$). (Tablo 4.16)

5. TARTIŞMA

5.1. Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeğinin iç tutarlılık ve homojenitesini belirlemek için Cronbach Alpha değeri belirlenmiştir. Cronbach's Alpha değerleri sosyal alt boyutta 0.85; psikolojik alt boyutta 0.84; ekonomik alt boyutta 0.74; fiziksel alt boyutta $\alpha=0.51$; ölçeğin toplamında 0.88 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4). Cronbach's Alpha değerlerinin bire yakın olması gerekmektedir. Bu değer, 0.80-1.00 arasında yüksek derecede güvenilir, 0.60-0.79 arasında oldukça güvenilir, 0.40-0.59 arasında düşük derecede güvenilir, 0.00-0.40 arasında güvenilir değil olarak değerlendirilir (69). Ölçeğin güvenilirlik katsayısı göstergesi 0.88 ile yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (Tablo 4.5).

Örneklem büyüklüğü yeterliliğini ölçmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) faktör analizi önemli bir indekstir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçümü 1'e ne kadar yakın ise eldeki veri grubuna faktör analizinin yapılmasının uygun olduğu kabul edilir. KMO ölçütü 1.00- 0.90 arası mükemmel, 0.89-0.80 arası oldukça iyi, 0.79-0.70 arası iyi, 0.69-0.60 arası orta, 0.59-0.50 arası zayıf, 0.50 altında olduğunda ise kabul edilemez olduğu belirtilmektedir (66). Bu değerlendirme kriterleri göre Bakım Yüğü Ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.85 bulunması örneklem faktör analizi için oldukça iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6). Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu değerlendirme, örneklem yeterliliğinin yanı sıra ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin anlamlılığını belirleyen Bartlett Küresellik Testi değerlendirilmektedir (61, 67). Bu çalışmada yapılan Bartlett Küresellik Testi sonucunun ileri düzeyde anlamlı olduğu ($X^2 =1388.299$; $p=0.001$) ve ölçeğin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu ölçen analizlerden bir diğeri de, test maddelerinin "Başlangıç Ortak Değerlerin" incelenmesidir. Bu değerler incelendiğinde maddelerin başlangıç ortak değerleri en düşük 0.138 en yüksek 0.765 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu değerler verilerin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir.

Özdeğer katsayısı, önemli faktör sayısına karar vermede ve faktör analizinde her bir faktör ile açıklanan varyans oranını hesaplamada kullanılmaktadır. Özdeğer katsayısı

birin üzerinde olan faktörlerin seçilmesi önerilmektedir (61, 66). Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o karda güçlü olmaktadır. Yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli bulunmaktadır (63). Bu çalışmada bu oran %52.22 saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9'u incelendiğinde başlangıç varyansı 1'in üzerinde olan dört faktör bulunmuştur. 1. faktörün varyansı %17.509, ikinci faktörün varyansı %32.64, üçüncü faktörün varyansı %44.85 ve dördüncü faktörün varyansı %52.22'dir. Ölçekteki birinci faktör sosyal boyutu oluşturmakta ve 9, 19, 20, 21, 22, 23, 25 nolu maddeleri içermektedir. Ölçekteki ikinci faktör Psikolojik boyutu oluşturmakta ve 1, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 24 nolu maddeleri içermektedir. Ölçekteki üçüncü boyut ekonomik alt boyutunu oluşturmakta ve 16, 26, 28 nolu maddeleri içermektedir. Ölçekteki dördüncü faktör Fiziksel boyutu oluşturmakta ve 3, 4, 5, 8 nolu maddeleri içermektedir.

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda dört faktör "Sosyal", Psikolojik", Ekonomik" ve "fiziksel" olarak adlandırılmıştır (Tablo 4.10). diğer bakım yükü ölçeklerinin alt boyutları incelendiğinde, 1989 yılında Novak ve Guest tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye geçerlik güvenirlik çalışması Küçükgüçlü ve arkadaşları tarafından yapılan 24 maddelik Bakım Yükü Envanteri zaman-bağımlılık yükü, fiziksel yük, sosyal yük, gelişimsel yük ve duygusal yük olmak üzere beş boyutta oluşmaktadır. Envanterin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.94, Zaman-bağımlılık yükü Cronbach alfa katsayısı 0.94, Sosyal yük Cronbach alfa katsayısı 0.82, fiziksel yük Cronbach alfa katsayısı 0.94, Duygusal yük Cronbach alfa katsayısı 0.94 ve Gelişimsel yük Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak hesaplanmışlardır (18). Taameeyapradit ve arkadaşları tarafından geliştirilen Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği, 18 madde oluşmakta ve psikolojik yük, ekonomik ve fiziksel yük olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır (17). Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye geçerlik ve güvenirliği İnci ve Erdem tarafından yapılan Bakım Yükü Ölçeği 22 maddeden ve tek boyutta oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.95 olarak bulunmuştur (54).

Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği'nin madde-toplam korelasyonu analizinde güvenirlik katsayıları .085 ile .71 arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). Madde-toplam puan korelasyon katsayısının alt sınır değeri kaynaklara göre değişiklik göstermektedir. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.20 altında ise bu maddelerde önemli bir sorunun olduğu

belirtilmektedir (75). Düşük korelasyon katsayısı gösteren madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakarak çıkarılmasına karar verilmelidir (75). Madde 3 ve 4 silindiğinde Cronbach alfa değeri değişmediği için bu maddeler ölçekten çıkarılmamıştır.

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amacıyla 32 bakım verene iki hafta sonra aynı test uygulanmıştır. Ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı maddeler arasında $r = .59$ ile $r = .88$ arasında değişmektedir ve ölçeğin toplam için $r = .83$ bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4. 13). Bu çalışmada iki ölçüm arasında uygun zaman olması ve bu süre içerisinde uyumun değişmemesine bağlı olarak, ölçeğin tutarlı olduğu yani zamana göre değişmezlik gösterdiği görülmektedir.

5.2. Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bulgularının Tartışılması

Bakım verenler, hastalarına bakım verirken davranışsal nedenlerden dolayı bakım vermekte zorluk yaşamaktadırlar. Demanslı bireylerdeki davranışsal sorunlar bakım verenlerin bakım yüklerini ve depresyon düzeylerini artırmakta ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (14, 76). Literatürdeki çalışmalarda demanslı hastalara bakım verenlere yönelik verilen eğitimin bakım yükü ve depresyon düzeyini azaltmaya yönelik birçok araştırma bulunmaktadır.

Bu çalışmada, deney grubundaki bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları, DHBVBYÖ toplam puan ortalamaları ve fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik alt boyutlarını son test puan ortalamalarının olumlu yönden azaldığı ve ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4. 14). Küçükgüçlü ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, demanslı hastalara bakım verenlere yönelik azaltılmış stres modeline göre verilen eğitimin zaman içinde bakım yüklerini, depresyon düzeyini ve yaşam kalitelerini iyileştirdiği saptanmıştır (77). Buckwalter ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da ASEM'e göre bakım alanların daha az depresyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Buckwalter ve arkadaşlarının yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ise eğitim alan bakım verenlerin eğitim almayan kontrol grubuna göre daha az depresyon yaşadıkları saptanmıştır (71). Gernder ve arkadaşlarının ASEM modeline göre yaptıkları çalışmada; demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükünü azalttığı saptanmıştır (78).

Araştırmada Kontrol grubundaki hastaların son test Beck Depresyon Envanteri ve DHBVBYÖ alt boyut puan ortalamalarının olumsuz yönde arttığı ve ön test-son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15). Garand ve arkadaşlarının ASEM göre verilen eğitimin demanslı hastalara bakım verenlerin duygudurum belirtileri üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, deney grubunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (79).

Bu sonuçlar; Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre verilen eğitimin bakım verenlerin depresyon düzeyi ve bakım yükü toplam ve alt boyutları puan ortalamasının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4. 16). Bu sonuç **“Demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitim bakım yükü düzeyini azaltır”** ve **“Demanslı hastalara bakım verenlere verilen eğitim depresyon düzeyini azaltır”** hipotezlerini desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Geliştirilen ölçek, demans hastalarına bakım verenlerde bakım yükünü değerlendirmek için kullanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Demans tanısı alan hastalara bakım verenlere Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre verilen eğitimin depresyon ve bakım yüküne etkisini araştırmak için yapılan ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli olarak gerçekleştirilen çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Deney grubunun Azaltılmış Stres Eşiği Modeline göre verilen eğitim sonrası bakım verenlerin depresyon düzeyleri ve Demanslı Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır.
- Kontrol grubu hastalarında ise bakım verenlerin depresyon düzeyleri ve bakım yükü ölçek alt boyut puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Demanslı hastalara bakım verenlerde bakım yükünü ölçmek için diğer çalışmalarda bakım yükü ölçeği kullanılabilir.

Demanslı hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeylerini azaltmak için Azaltılmış Stres Eşiği Modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Aşti N. *Demans (Bunama) Ve Başa Çıkma Yolları El Kitabı*. İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri. 1997:
2. Yiğitoğlu TG, Öz F. Çağımızın güncel hastalığı alzheimer: Destekleyici hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 25: 115-26.
3. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Demografik 2016, Ankara, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> 20.03.2017
4. Gökçe D. Demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında Neuman sistemler modelinin etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.
5. Alzheimer's disease international statistics. <http://www.alz.co.uk/research/statistics.html>. 23.11.2016
6. Ferri CP, Prince M, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jarm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Sczufca M. Global prevalence of dementia: A delphi consensus study. *Lancet* 2005, 366:2112-7
7. Brodaty H, Franzcp F, Donkin M. Family caregivers of people with dementia dialogues. *Clin Neurosci*. Jun 2009, 11(2): 217–28.
8. Mendez M, Lim G. Seizures in elderly patients with dementia epidemiology and management. *Drugs Aging* 2003, 20: 791-803.
9. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara, 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> 23.11.2016
10. Alzheimer Europe. (2012). The Prevalence of Dementia in Europe for Turkey. <http://www.alzheimer-europe.org/policy-inpractice2/country> 23.11.2016
11. Şentürk Gönen S, Küçükgülü Ö. Aromaterapi uygulamasının demanslı bireylerde görülen davranışsal değişiklikler üzerine etkisi. *DEUHFED* 2015,8 (3), 190-4
12. Özgen G. Yaşlı olgularda bakım sorunları ve bakım verenlerin durumu. *Demans Dizisi* 2000, 2,77- 80.

13. Kwok T, Wong B, Ip I, Chui K, Young D, Ho F. Telephone-Delivered psychoeducational intervention for hong kong chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trail. *Clin Interv Aging* 2013, 8:1191-7
14. Hall G, Buckwalter K. Progressively lowered stres threshold: a conceptual model for care of adults with alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs* 1987,1 (6), 399-406.
15. Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T. *Evidence based geriatric nursing protocols for best practice*. (3rd Edition) New York: Springer Publishing Company. 2008:127
16. Küçükgüçlü Ö. Bakım Yüğü Envanteri'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2004.
17. Taameeyapradit U, Udomittipong D, Assanangkorncai S. Development of a burden scale for caregivers of dementia patients. *Asian J Psychiatr* 2014;8:22-25.
18. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakımverenlerin yüğü envanteri"nin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *J. Neurol. Sci.* 2009, 26: 60-73.
19. Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; (2):171-8.
20. Yalçın E, Yalçın M, Dikici M, Şahin EM. Alzheimer hastasıyla yaşamak. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2005, 9: 167-73.
21. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakcıefe M, Bilgic N, Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of İzmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006, 43: 93-100.
22. Ünsal Barlas G, Onan N. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 105-11.
23. Braun M, Scholza U, Baileyb B, Perren S, Hornung R, Martin M. Dementia caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. *Aging Ment Health* 2009, 13:426-36.
24. Özer S. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010, 13: 27-35.
25. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, *Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*, İstanbul 2006.

26. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2009.
27. Braun M, Mura K, Peter-Wight M, Hornung R, Scholz U. Toward a better understanding of psychological well-being in dementia caregivers: the link between marital communication and depression. *Fam Process* 2010, 49: 185-203.
28. Eker E. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008, 62: 85-110.
29. Hanağası H, Emre M. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Neurol Special Topics* 2009, 2 (1): 1-4
30. Güçer Y. Demans Tanısı Konmuş Bireylerin Davranış Sorunları ile Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi ve Buna Yönelik Beslenme Modelinin Geliştirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Gerontoloji Anabilim Dalı. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2015.
31. Pervin Kİ, Hüsnü E. Demanslı hastaya klinik yaklaşım ve tedavi. *Sted* 2003, 12(12): 458-61.
32. Yavuz Balam B, Arıoğlu S. Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi* 2008, 15(1): 14-23.
33. Akar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 79-88
34. Yaman M, Ceviz I. Yaşlılık döneminde sık görülen nörolojik hastalıklar. (Ed: Altındış M.). *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2013: 97-115
35. Daiello LA. Current issues in dementia pharmacotherapy. *Am J Manag Care* 2007, 13 (8): 198-202
36. McElroy H. Male Caregivers of spouses with alzheimer’s disease: risk factors and health status. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001, 16(3): 167-75.
37. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 1985, 34: 19-26.
38. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz N, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(3):513-52.
39. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*

Dergisi 2005, 8(3): 101–6.

40. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007, 2(4): 32-9.
41. Taşdemir G. İlk ve orta evre alzheimer hastalarının evde izlemi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2008.
42. Kasuya RT, Polgar B, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgrad Med.* 2000, 108:119-23.
43. Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12: 1-9.
44. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008, 39-49.
45. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002, 5: 155-9.
46. İzgi MC, Çoban M, İzgi VA. “Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik’e” eleştirel bakış. *Türkiye Klinikleri J. Med.Ethics* 2008, 16:43-8.
47. Baran AG, Kalıncara V, Aral N, Baran G, Akın G, Özkan Y. Yaşlı ve aile ilişkileri: Ankara örneği. Başbakanlık Aile Ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları No:127. Ankara, 2005.
48. Öztop H, Sener A, Güven S. Evde Bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008, 39-49.
49. Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman L. Depressive symptoms among dementia caregivers: Role of mediating factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014, 22, 481-8.
50. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs* 2012, 68(4): 846–55.
51. Pioli MF. Global and caregiving mastery as moderators in the caregiving stress process. *Aging Ment Health* 2010, 14(5): 603-12.
52. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 32-49.
53. Karasar, N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 9. Basım. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2000, 292.
54. İnci FH. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve

- güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.
55. Erefe, İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. (Ed. Erefe İ.). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*, İstanbul, Odak Ofset, 2002: 169–188.
 56. Kasuya RT, Polgar-Bailey, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgrad Med J* 2000, 108(7):119-23.
 57. Kinsella G, Cooper B, Picton C. A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. *J Palliat Care Med* 1998, 14(2): 37-45.
 58. Chou KR, Chu H. Lu RB. The measurement of caregiver burden. *J Med Sci.* 2003, 23(2):73-82.
 59. Küçükgülü Ö, Akpınar B, Buckwalter KC. Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: Azaltılmış stres eşiği modeli. *DEUHYO ED 2011*, 4 (1): 41-7.
 60. Smith M, Gernder LA, Hall GR, Buckwalter KC. history, develop, and future of the progressively lowered stress threshold: A conceptual model for demetia care. *J Am Geriatr Soc* 2004, 52 (10): 1774-5.
 61. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara, Sistem Ofset, 2004.
 62. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Eğitim Yönetimi Dergisi* 2002, 32: 470-83.
 63. Tavşancıl, E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. Ankara, Nobel Yayınevi. 2002, 399.
 64. Mishel MH. *Methodological Studies: Instrument Development*. In: Brink P.J, Wood MJ. *Advanced Design İn Nursing Research*, Second Edition, New Delhi, SAGE Publications 1998; 235-86.
 65. Pierce AG. Measurement. In Talbot LA. (Ed.). *Principles And Practice Of Nursing Research*, St. Louis: Mosby, 1995: 265-90
 66. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2004.
 67. Akgül, A. *Tıbbi Analizlerde İstatistiksel Veri Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları*. Ankara, Yüksek Öğrenim Kurumu Matbaası, 1997: 602.
 68. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989, 7: 3-13

69. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başatma yolları. *J Med Sci* 2007, 27:445-54.
70. Küçükgüçlü Ö, Akpınar B, Buckwalter K. Demanslı Bireyin Evde Bakımında Azalmış Stres Eşiği Modeli (PLST) Kullanımı, *DEUHYO ED* 2011, 4 (1), 41-47
71. Buckwalter K, Gerdner L, Kohout F, Hall GA. Nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 1999, 13 (2): 80-8.
72. Gwi-Ryung SH, Hyojeong K. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea, *Geriatric Nursing* 2008, 29(4): 264-277
73. Lök N, Buldukoğlu K. Demansta bilişsel aktiviteyi artırıcı psikososyal uygulamalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014; 6(3): 210-6
74. Akgül A, Çevik O. *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Ankara, Emek Ofset, 2003: 417-23.
75. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2002; 4: 9–20.
76. Bedard M, Molloy D, Pedlar D, Lever J, Stones M. Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *Int Psychogeriatr* 1997, 9 (3): 277-90.
77. Akpınar SB, Küçükgüçlü Ö, Buckwalter K. Application of the Progressively Lowered Stress Threshold Model with Community-Based Caregivers a randomized controlled trail. *J Gerontol Nurs*. 2016, 42(7):44-54.
78. Gerdner L, Buckwalter K, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research* 2002, 51 (6): 363-74.
79. Garanda L, Buckwalter K, Lubaroff M, Tripp-Reimer T, Frantz A, Ansley T. A pilot of immune and mood outcomes of a community-based intervention for dementia caregivers: The PLTS intervention. *Arch Psychiatr Nurs* 2002, 16(4): 156-67.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Ad:	Sinan
Soyad:	ASLAN
Doğum Yeri:	Yeşilyurt /MALATYA
Doğum Tarihi:	30.06.1980
Görev Yeri:	Adıyaman
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	saslan@adiyaman.edu.tr

Tarih	Eğitim
2005	Lisans: İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulu
2011	Yüksek Lisans: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
2013/Devam	Doktora: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
İş Tecrübesi	
2000-2002	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi /VAN
2002-2009	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi /MALATYA
2009-halen devam ediyor	Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

EK-2. Sosyodemografik Özellikler Formu

BAKIM VEREN TANITIM FORMU

Bakım veren için

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni haliniz nedir?

a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Yüksek lisans ve üzeri

5) Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) İyi b) Orta c) Kötü

6. Çalışma Durumunuz Nedir?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest meslek e) Diğer (açıklayınız).....

8. İşe devam durumunuz nedir?

a) Ücretli izin b) Ücretsiz izin c) İşe devam ediyorum

9. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Var (.....) b) Yok

10. Kaç çocuğunuz var ?

11. Hastaya yakınlık derecesi.....

12. Hastanıza ne zamandan beri bakım veriyorsunuz?ay

13. Hastanıza günlük bakım için ne kadar süre harcıyorsunuz?saat

14. Demans ile ilgili başvurduğunuz bilgi kaynaklarınız nelerdir?

.....

15. Sizin dışınızda hastanıza bakım veren aile üyeleri var mı?

a) Evet b) Hayır

16. Bakım veren var ise kaç kişi

17. Hastanızdan başka bakım verdiğiniz biri var mı?

a) Evet (.....kişi) b) Hayır

HASTA TANITIM FORMU

(Bakım vericiden toplanacaktır)

Hastanız;

1.Yaşı nedir?.....

2. Cinsiyeti nedir?

a) Kadın b) Erkek

3.Medeni hali nedir?

a)Evli b)Bekâr

4. Eğitim düzeyi nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim

d) Lise e) Üniversite f)Yüksek lisans ve üzeri

5) Hastanın kendine ait herhangi geliri var mıdır?

a) Evet b)Hayır

6. Hastanız hangi meslek ile uğraşıyordu?

a) İşçi () b) Memur () c) Çiftçi () d)diğer.....

7. Hastanıza ne kadar süre önce demans tanısı konuldu?.....ay

8. Hastanızın demans düzeyi nedir?

a) Başlangıç düzeyi b)Orta düzey c) İleri düzey

9. Hastanızın demans dışında tanı almış kronik hastalığı var mı?

a)Var (.....) b) Yok

EK-3. Beck Depresyon Envanteri

1	(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2	(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3	(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4	(0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5	(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6	(0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefrete ediyorum.
7	(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8	(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9	(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10	(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11	(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12	(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13	(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14	(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15	(0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16	(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum
17	(0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum
18	(0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim
19	(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20	(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla sekse ilgim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21	(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

EK-4. Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği Soru Havuzu

No	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1	Hastanıza bakım verirken sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?					
2	Hastanıza bakım verirken fiziksel bir rahatsızlık hissediyor musunuz?					
3	Hastanıza bakım verirken fiziksel gücünüzün yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?					
4	Hastanızın bakımına yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?					
5	Hastanızın bakımını tek başınıza üstlendiğinizi düşünüyor musunuz?					
6	Hastanızın bazı davranışları sizde öfke nöbetlerine neden oluyor mu?					
7	Hastanıza bakım vermenin sizin ruh sağlığınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?					
8	Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9	Hastanıza zorunluluktan dolayı bakım vermek durumunda kaldığınızı düşünüyor musunuz?					
10	Hastanızın hastalığından kaynaklanan davranışlarını yönetemediğinizi düşünüyor musunuz?					
11	Hastanız ile ilişkilerinizde sorun yaşıyor musunuz?					
12	Hastanıza bakım vermektan dolayı kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?					
13	Hastanızın bakımı ile baş etmede sıkıntılar yaşıyor musunuz?					
14	Hastanıza verdiğiniz bakımdan daha fazla bakıma ihtiyacı olduğunu düşünüyor musunuz?					
15	Hastanızın bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
16	Tıbbi kurumlara ulaşmakta zorluk çektiğinizi düşünüyor musunuz?					

No	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
17	Hastanız için sosyal kurum, kuruluş veya derneklerden yardım alıyor musunuz?					
18	Hastanıza yeteri kadar zaman ayırmadığınızdan dolayı suçluluk hissediyor musunuz?					
19	Hastanızın bakımı ile ilgilendiğiniz için evinize arkadaşlarınızı davet etmekte sıkıntı yaşıyor musunuz?					
20	Hastanıza bakım verdiğiniz için sosyal yaşantınızın kısıtladığını düşünüyor musunuz?					
21	Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı gelecek ile ilgili planlarınızı ertelediğinizi düşünüyor musunuz?					
22	Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
23	Hastanıza bakım verdiğiniz için ev işlerinizi yapmada sıkıntı yaşıyor musunuz?					
24	Hastanıza bakım vermeye başladığınızdan beri yakınlarınızın sizi yalnız bıraktığını düşünüyor musunuz?					
25	Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı yaşamınızda bazı şeyleri kaçırdığınızı düşünüyor musunuz?					
26	Hastanıza bakım vermenin size ekonomik bir yük getirdiğini düşünüyor musunuz?					
27	Diğer aile üyeleri ya da yakınlarınız hastanızın bakım ödemelerine az da olsa karşılıyorlar mı?					
28	Bakım verirken maddi problemler yaşıyor musunuz?					
29	Hastanızın bakımı ile ilgili kendinizi manevi yük altında hissediyor musunuz?					

EK-5. Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Ölçeği

No	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1	Hastanıza bakım verirken sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?					
2	Hastanıza bakım verirken fiziksel gücünüzün yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?					
3	Hastanızın bakımına yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?					
4	Hastanızın bakımını tek başınıza üstlendiğinizi düşünüyor musunuz?					
5	Hastanızın bazı davranışları sizde öfke nöbetlerine neden oluyor mu?					
6	Hastanıza bakım vermenin sizin ruh sağlığınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7	Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
8	Hastanıza zorunluluktan dolayı bakım vermek durumunda kaldığınızı düşünüyor musunuz?					
9	Hastanızın hastalığından kaynaklanan davranışlarını yönetemediğinizi düşünüyor musunuz?					
10	Hastanız ile ilişkilerinizde sorun yaşıyor musunuz?					
11	Hastanıza bakım vermektan dolayı kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?					
12	Hastanızın bakımı ile baş etmede sıkıntılar yaşıyor musunuz?					
13	Hastanıza verdiğiniz bakımdan daha fazla bakıma ihtiyacı olduğunu düşünüyor musunuz?					
14	Tıbbi kurumlara ulaşmakta zorluk çektiğinizi düşünüyor musunuz?					
15	Hastanıza yeteri kadar zaman ayırmadığınızdan dolayı suçluluk hissediyor musunuz?					

No	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
16	Hastanızın bakımı ile ilgilendiğiniz için evinize arkadaşlarınızı davet etmekte sıkıntı yaşıyor musunuz?					
17	Hastanıza bakım verdiğiniz için sosyal yaşantınızın kısıtladığını düşünüyor musunuz?					
18	Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı gelecek ile ilgili planlarınızı ertelediğinizi düşünüyor musunuz?					
19	Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
20	Hastanıza bakım verdiğiniz için ev işlerinizi yapmada sıkıntı yaşıyor musunuz?					
21	Hastanıza bakım vermeye başladığınızdan beri yakınlarınızın sizi yalnız bıraktığını düşünüyor musunuz?					
22	Hastanıza bakım verdiğinizden dolayı yaşamınızda bazı şeyleri kaçırdığınızı düşünüyor musunuz?					
23	Hastanıza bakım vermenin size ekonomik bir yük getirdiğini düşünüyor musunuz?					
24	Bakım verirken maddi problemler yaşıyor musunuz?					

İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	2
Demans hakkında genel bilgiler.....	3
Demansın belirtileri.....	4
Demansın evreleri.....	9
Demansın risk faktörleri.....	11
Demansın tedavisi.....	11
Demansta korunma.....	13
Hastanızla ilgili önerilerimiz.	14

ÖNSÖZ

Ülkemizde toplumun %7.7'si 65 yaş üstündedir ve yaşlı nüfusu giderek artmakta ve bunun sonucunda yaşlılığa bağlı hastalıklarda artmaktadır. Ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak demanslı (bunama) sayısında artış olmakta ve buna paralel olarak hastalığın tanısı, tedavisi, bakımı ile yükler artmaktadır. Bu hastalara bakacak yeterli sayıda uygun planlanmış bakım evleri, huzurevi veya bakım merkezleri bulunmamaktadır. Hasta ve hasta yakınları için imkanlar kısıtlıdır. Genellikle yaşlı demanslı hastaları birinci derece yakınları (eşi, kızı, oğlu, gelini veya akrabaları) tarafından evde bakılmaktadır. Bakım verenler bu süreçte fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik olarak etkilenmektedir. Hem kendi fiziksel, sosyal, ekonomik ve ruhsal sağlığının korunması hem de hastanın bakımını en iyi şekilde yapabilmesi için temel bilgilere ihtiyacı vardır. Bu kitapçığın temel amacı demanslı hastaya bakım veren hastalık ve hasta bakımı ile ilgili temel bilgileri vermektir.

Bunama (Demans Hastalığı)

“Demans (bunama), 60 yaş üzerinde çeşitli nedenlerle uzun süreli beyin hücrelerinin sürekli ve yavaş yavaş tahrip olmasına bağı olarak ortaya çıkan hafıza bozukluğu, dil, anlama, motor becerisi, duyu, soyut düşünme problem çözme becerilerinden bozulma gibi belirtilerle kendini gösteren işlev bozukluğudur.

Beynimizde nöron dediğimiz 100 milyar civarında sinir hücresi bulunmaktadır. Sinir hücreleri birbirleriyle ağlar ile bağlar oluşturarak düşünme, öğrenme, hafıza, görme, duyma, koku alma, hareket kaslarını çalıştırmak gibi özel işler yaparlar. Demans hastalığında sinir hücreleri hasar görür ve hasar giderek artar, sinir hücreleri ağ görevini yerine getiremez hale gelir. Buna bağı olarak birçok belirti ortaya çıkar.

Aşağıdaki belirtiler en az birinin olması demans hastalığını tanımlar:

Yeni bilgiler öğrenme veya öğrenilmiş bilgiyi hatırlama becerisinde bozulma:

Daha eski bilgileri net hatırlarken, dün yediği yemeği hatırlamaz ya da nerede olduğunu, kimlerin ziyaretine geldiğini yani yeni bilgileri hatırlamaz.

Konuşma bozukluğu: Daha çok “şey” kelimesi kullanırlar. Daha az konuşmaya ya da çok ama boş konuşmaya başlarlar.

Motor işlevleri koruyor olmasına rağmen motor etkinliklerin yapılmaması:

Kolu sağlam rağmen tamirat, yemek yeme, örgü işlerini yapamama, yazı yazması bozulma

Duyu işlevleri olmasına rağmen nesnelere tanıyamaması: İyi görüp, duymasına rağmen söylenenleri anlamama ya da eşyaların ne işe yaradığının bilememe.

Demansın belirtilerini kısaca özetlersek demanslı hastalarda şu belirtiler

✓ **Unutkanlık**

Günlük yaşamı etkileyecek düzeyde unutkanlık olması (özellikle yakın zamana ait olayları ve insan isimlerini hatırlayamama).

✓ **Kazanılmış becerilerin kaybı**

Günlük işleri yerine getirmekte güçlük çekme (örneğin; alışveriş yapma, yemek pişirme ya da bir ev aletini çalıştırma)

✓ **İletişimde zorlanma**

Kelime bulmakta güçlük çekme (Dil ve konuşma problemleri artar)

✓ **Zaman ve mekanı anlama yeteneğinin kaybı**

Tarihleri unutma veya bildiği yolları unutma (zamanı veya bulunduğu yerleri karıştırma)

✓ **Muhakeme güçlüğü**

Pratik düşünme becerisinin azalması (hesap yapabilme ya da planlama)

✓ **Görünenin altında yatan kavrama (soyut düşünme) güçlüğü**

✓ **Davranış değişikliği**

Ruh hali veya davranış değişikliği (örneğin; çabuk ağlama ya da sinirlenme)

✓ **Kişilik değişikliği**

Kişilik değişiklikleri (örneğin; çevresindeki insanlarda kuşkulanma ve suçlama) **meydana gelir.**

Hastalık belirtileri bireyden bireye değişiklik gösterebilir.

Her bireyin kendine özgü olduğu unutulmamalıdır.

Hastalığın evreleri

Erken evre: Bu dönem genellikle hasta yakınları tarafından gözden kaçırılan dönemdir ve yanlış bir biçimde yaşlanmanın doğal olan bir parçası olarak algılanır. Hastalığın başlangıcı sinsi olduğu için belirtilerin ne zaman ortaya çıktığı net olarak saptamak zordur. Bu dönemde en belirgin bulgu unutkanlıktır, bunun yanı sıra hasta kelime bulma zorluğu çekebilir, zamanı şaşırabilir, özellikle tanımadığı bazen de tanıdığı yerde kaybolabilir. Karar vermede zorlanabilir, çabuk sinirlenebilir, ani patlamalar veya içine kapanma gibi değişiklikler gösterebilir. Banka hesabı, fatura gibi işlemleri takip etmekte zorluk çekebilir, bazen para hesaplamalarını karıştırabilir, giysi seçiminde hatalar dışında günlük yaşamda fazla bir bozulma olmaz.

Orta evre: Hastalık ilerledikçe, belirtiler daha belirginleşir ve günlük yaşamı daha çok etkilemeye başlar. Hasta gittikçe daha unutkan olur, defalarca aynı soruyu sorabilir. Yakın zamanda yaşanmış olayları hiç olmamışçasına siler. Tek başına sorunsuz bir şekilde yaşamaya giderek zorlaşır. Alışverişte güçlükler yaşamaya başlar. Banyosunu, günlük temizliğini hatırlamakta zorlanabilir. Konuşurken takılmalar, duraksamalar ortaya çıkabilir, karışık cümleleri anlamakta güçlük çekebilir. Hayaller, hezeyanlar (bu kelimeyi açıklamalısın çünkü halk eğitim vereceksin) inatlaşmalar ve hırçınlıklar ortaya çıkabilir.

İleri evre: Bu dönemde hasta yardımsız yaşayamaz, artık hafızası tamamen kaybolmuş ve geriye doğru hafıza bozukluğu giderek genişlemeye, daha uzak geçmişi de kapsamaya başlar. Yakınını (eşi, çocuğu), anne-babasıyla karıştırabilir, aynadaki kendi yüzünü bile tanımayabilir. Giderek hasta kendini ifade edemez, söylenenleri anlayamaz, son dönemlerde ise artık konuşmaz hale gelir. Giyinmesi, temizliği ve yemek yemesi için tam yardım gerekir. Daha ilerleyen durumlarda idrar ve dışkı tutma sorunları başlar. Son dönemde hasta daha fazla bakıma ihtiyaç duyar.

Risk faktörleri:

Demans hastalığının kesin nedeni henüz bilinmemektedir. Yaşlanma ve ailede demans hastasının bulunması önemli risk faktörüdür. Genetik (kalıtım) demansta önemlidir. Birinci derece akrabasında demans olanlarda (akrabasında demans olmayanlarla karşılaştırıldığında) görülme riski 2.6 kat fazladır. Stres, depresyon, düşük eğitim düzeyi, alkol kullanmak, kafa travması demans riski artırmaktadır. Damar sertliği (arterioskleroz) diyabet (şeker), hipertansiyon (yüksek tansiyon) sigara, şişmanlıkta demans için risk faktörüdür.

Tedavi: Demansı tamamen iyileştiren bir tedavi yoktur. Bilim adamları demans hastalığının kesin tedavisi konusunda çalışıyorlar, belki kısa zamanda hastalık tedavi edilebilecektir. Bununla beraber bazı kişilerde hastalık belirtilerini geçici olarak ya da kısmen düzelteren veya yavaşlatan ilaçlar mevcuttur. Yapılan çalışmalarda Demanslı ve Alzheimerlı hastaların beyinlerinde sinirler arası iletişimi sağlayan, dikkat, hatırlama ve öğrenmede önemli rol oynayan “asetilkolin” adlı maddenin azaldığı saptanmıştır.

Bu ilaçların faydalarının başlangıçta tahmin etmek zordur. Bazı hastalar belirgin olarak düzelerken bazıları aynı kalır, bazıları da kötüleşmeye devam eder. İlaçlar, dikkat, iletişim, hafıza bozukluğu, gerginlik, hayal ve saçma düşünceleri gibi belirtilerde kısmi düzelme sağlayabilir.

İlaçlar ile ilgili yan etkiler ortaya çıktığı zaman doktorunuza danışılmalıdır.

Diğer bir tedavi şekli hastaya danışmanlık ve destek vermek gerekir. Hafıza işlevlerini düzeltmek için hafıza eğitim programlarına devam edebilir.

**Yaşlanma ile ortaya çıkan ilerleyici derecedeki demansın tedavisinde
ilk hedef ilerlemeyi durdurmaktır.**



Korunma: Demans hastalığından korunmanın başlıca üç ana yolu bulunmaktadır. Bunlardan birincisi risk faktörlerinin telafisi ile mümkündür. İkincisi sağlıklı beslenme ve yaşam tarzıdır. Düzenli sebze ve meyve tüketimi yanında günlük egzersiz gibi aktivitelerin düzenli yapılması gerekir. Üçüncüsü ise beyni sürekli olarak aktif tutmak, yeni şeyler öğrenmek ve kitap okumaktır.

Demansta korunmak için yapmanız gerekenler:

1. Kalp damar sağlığını koruyunuz.
2. Sürekli olarak yeni şeyler öğreniniz.
3. Sürekli okuyunuz.
4. Aile içinde yaşayınız.
5. Alkol ve sigaradan uzak durunuz.

Hastanız ile günlük hayatınızı devam ederken ki önerilerimiz:

Demanslı hastaların iletişim güçlüklerine karşı hassas olmak önemlidir. Ses tonunuzu ve vücut dilinize dikkat ediniz, ilgilendiğinizi göstermek için konuşurken dokununuz, göz teması kurunuz, teşvik edici olun ve öfke nöbetleri sırasında sakın kalmaya çalışınız. Tekrarlayan sorular sizin için sinir bozucu olabilir ama bunun hastalığın bir parçası olduğunu unutmayınız. Hastanın söylediğini anhyorsanız, kullandığı yanlış kelimeleri düzeltmeye çalışmayın, bu hastanın kendisini huzursuz, mahcup ya da sıkıntılı hissetmesine yol açabilir.

İletişim:

Demanslı kişilerin iletişimde zorluk çekmelerinin nedeni, hatırlamakta zorluk çekmeleridir.

Bu yüzden;

- Konuşurken doğru kelimeyi bulmakta zorlanma
- Kelimelerin anlamını kavramada zorlanma
- Uzun konuşmalar sırasında dikkatini toplamada zorlanma
- Konuşurken düşünce zincirinin kaybolması
- Yemek pişirme, fatura ödeme, giyinme ya da çamaşır yıkama gibi sıradan faaliyetlerin adımlarını hatırlamada zorlanma
- Radyo, televizyon, telefon çağrılarını ya da odadaki konuşma gibi çevredeki seslerin farkına varmaması
- İletişim kuramadığı zaman asabilesme
- Dokunmaya, ses tonuna ve yüksek sese karşı hassasiyet olabilir.

Sık görülen davranışsal sorunlar

- **Saldırganlık**
- **Huzursuzluk**
- **Kafa karışıklığı**
- **Tekrar etme**
- **Şüphencilik**
- **Banyo yapma sorunları**
- **Yemek yeme sorunları**

Kişilik ve davranış değişikliklerine de demansta sık rastlanır. Yakınınız;

- Daha kolay üzülebilir, endişelenebilir ve öfkelenebilir
- Karamsar davranabilir ya da hiçbir şey ilgisini çekmeyebilir
- Eşyaları saklar ya da başkalarının sakladığına inanabilir.
- Var olmayan şeylerin olduğunu düşünebilir.
- Uzun süre amaçsız dolaşabilir.
- Garip cinsel davranışlar gösterebilir.
- Size ya da başkalarına vurabilir.
- Gördüklerini ya da duyduklarını yanlış anlayabilir.
- Dış görünümüne artık aldırmayabilir, banyo yapmayabilir ve her gün aynı kıyafeti giymek isteyebilir.

Demanslı hastaların en zor yanlarından biri davranış ve kişilik değişikliğidir. Yakınınzdaki bu davranış ve kişilik değişikliği sizi korkutabilir. Bu davranışlarla baş etmek için destek alabilirsiniz.

Şüphe ve davranış değişikliği ile başa çıkma

Demanslı hastalarda davranış değişikliği beklenen bir durumdur. Hasta, hafıza gibi zihinsel yeteneklerindeki bozulma ve kendine duyduğu güvenin giderek azalması nedeniyle çevresine karşı bazı şüpheler geliştirir. Bu şüpheler genellikle özel eşyalarının çalındığı ya da kendisine kötülük yapılmak istendiği şeklindedir. Eşyalarının nereye koyulduğunu unutan kişi, onların çalındığından şüphelenebilir. Hastanın bu tarz suçlamanın arttığı zaman güvenini kazanmak için sıcak, anlayışlı tavırla yaklaşılmalıdır. Suçlamaya karşı savunmaya geçmek, hastanın fikrinde ısrar etmesine yol açar. Bu tarz suçlamalar, onaylamadan veya reddetmeden, içi boş kelimelerle (“öyle mi?”, “bakarız” şeklinde) geçiştirilmelidir. Şüphe ve suçlamalar, yardım etmek isteyen akrabaları kendilerinden uzaklaştırabilirler. Bu yüzden yaşlı ile iletişim içinde olanlara, bu tip yersiz suçlamaların nedeninin demansın etkisi olduğunu ve bunlara alınmamaları gerektiğini söylemek uygun olur.

Güvenlik önlemleri:

Temel olarak yaşamsal alana yapılacak olan değişimler sadece küçük adımlar ile olmalı ve yaşının buna tepkisi daima gözlemlenmelidir. Genel anlamda eşyaların yeri daima sabit tutmak yani hayatındaki değişiklikleri en aza indirmek gerekir. Öğrenme yeteneklerin de kısıtlanan bu yaşlılar yeni çevreye uyum sağlamakta çok zorlanırlar. Uygun olmayan düzenlemeler demans hastasının yaşam kalitesini bariz şekilde kısıtlar ve hastalık belirtileri ile birleşerek büyük çapta davranış problemleri oluşturabilir.



Evde alınacak önlemler:

- ✓ Sakin bir ortam sağlayınız (televizyon ve radyonun seslerinin azaltılması, gürültünün azaltılması).
- ✓ Gerekirse mobilyaların sadeleştiriniz, evin içinde dolaşımı güvenli ve kolay hale getiriniz.
- ✓ Açık renkte ve çok karmaşık olmayan duvar rengi (kağıtlar) ve halılar kullanınız.
- ✓ Gerekli yerlerde aydınlatmanın artırınız (evin girişi vb.).
- ✓ Gerekli yerlerde tutunma araçlarının yerleştiriniz.
- ✓ Pencere ve kapılara kilitli tutulması, pencereler gerekirse yukarıdan açılan pencereler kullanılmalı.
- ✓ Kaygan ve dengeyi bozacak malzemelerin ortadan kaldırınız ve gerekirse halıları yerlere sabitlendiriniz.
- ✓ İlaçlar ve temizlik maddelerinin kilit altında tutunuz.
- ✓ Gereksiz gaz ve elektrik kullanımını engelleyiniz.
- ✓ Elektrik prizlerine koruyucu kapak takınız
- ✓ Gaz ve duman dedektörleri kullanınız.
- ✓ Atılmadan önce çöplerin kontrol ediniz.
- ✓ Kibrit ve çakmakların ortadan kaldırınız.
- ✓ Gün ışığına yakın beyaz ışık kullanınız. Gece aydınlatmaları hariç sarı ışıktan kaçınınız.
- ✓ Özellikle yatak odası ile tuvalet arası ve varsa basamak yeterli düzeyde aydınlatınız. Basamakları belli eden yansıtıcılar ya da fosforlu bantlar kullanınız.

Kişisel önlemler

- ✓ Araba kullanımını engelleyiniz.
- ✓ Hastanın kimlik bileziği takılması ve bunun atmadığının sürekli olarak kontrol ediniz.
- ✓ Kimlik ve adres bilgilerinin hastanın eşyalarına yerleştiriniz.
- ✓ Komşuların bilgilendiriniz.
- ✓ Kaçma eğilimli demanslılar için dış kapı kamufle edilebilir. Bu bir perde ile yada kapıyı duvar rengine boyama ile olabilir.
- ✓ **Size rahat ulaşılacak telefon numaralarının listesinin oluşturunuz.**



Çevrenin düzenlenmesi

Demanslı hastalar çevresel uyaranlara karşı çok duyarlıdır. Mükün olduğu kadar az değişim yapılmalı, değişim zorunlu olduğunda yavaş yavaş değiştirilmelidir.

Evin farklı köşelerine

- Aile fotoğrafları, hayatın farklı evrelerindeki yakın çevrenin fotoğrafları, porteleri asılmalı,
- Demanslı hasta için değeri olan eşyaları yerleştirmeli,
- Demanslı odasının tanıyabilmesini kolaylaştırmak için kapılara yazılar yazılmalı, semboller veya resimler asılmalı (mutfak kapısına yemek ile alakalı resimler asılırken, tuvalet kapısına rahat okuyabileceği bir boyutta WC yazmak gerekir.)
- Günlerin belirtildiği rahat okunabilir takvimler ve saatler farklı odalara yerleştirmeli,
- Evde ilkyardım dolabı bulunmalı,

Bakım verenlerin karşılaştığı ortak sorunlar:

Bakım vermek, duygusal ve fiziksel sağlığa ciddi zarar vermektedir. Bakım verenler arasındaki gerginlik, depresyon ve endişe yaygındır. Birçok bakıcının yeterli kaynaktan, özellikle duygusal ve mali kaynaktan yoksun olması, bakım verenin hem duygusal hem de fiziksel sağlığını bozmaktadır. Günlük bakım vermek, dünyanın her yerinde bakım verenleri ciddi şekilde etkilemektedir. Bu sorunları şöyle sıralayabiliriz:

Endişe:

Bakım veren birçok kişi endişeyle yüz yüzedir ve demanslı kişilere bakım verenlerin yaklaşık dörtte biri endişeyle yüz yüzedir. Bakım veren olarak çok sayıda sorumluluğunuz var ve vaktinizin büyük kısmını endişeyle geçirmenize sebep olan çok fazla ayrıntı var. Aşağıdaki tanımlar sizde de görülüyorsa endişe konusunda bir doktora danışın:

- Endişeleriniz son altı aydır çoğu gün sizi **kaygılandırıyor**sa
- Endişe edecek bir şey yokken **birçok konuda** aynı anda endişe ediyorsanız
- Ne yaparsanız yapın endişe etmeden duramıyor ve hatta **kontrol** edemiyorsanız

Bu tarz endişeler günlük faaliyetlerinize engel olabilir. Örneğin randevu almak için telefon açamayacak ya da randevuya arabayla gidemeyecek kadar endişeli olabilirsiniz. Ya da sürekli bakım vermek yeteneklerinize olan güveninizi yok ettiği için işinizde başarılı olamazsınız.

EndiŖe ile yüz yzeyseniz, diğer semptomlardan en az  sizde vardır.

- **Huzursuzsanız** ve sakinleŖemiyorsanız, kendinizi sürekli diken üzerinde hissediyorsanız.
- **Çok abuk yoruluyorsanız.** Mağazada küçük bir alıŖveriŖ sizi yoruyor. Ya da sürekli uykunuz var, yeni uyandığınızda bile yatmak istiyorsunuz.
- **Dikkatinizi toplayamıyorsunuz.** Sanki beyniniz duruyor. Dikkatinizi yaptığınız iŖe veremiyorsunuz.
- **AsabileŖiyorsanız.** Normalde sinirlenmediğiniz bir durum bile sizi sinirlendiriyorsanız.
- **Kaslarınızda gerginlik hissediyorsanız.** Elleriniz çok titrediği için kahveyi dökebilir ya da yazı yazamayabilirsiniz. Ayrıca kaslarınızda acı ve ağrı hissedebilirsiniz.
- **Uyku sorunları yaşıyorsunuz.** Uyumakta ve uyumaya devam etmekte gkekersiniz. Ya da uyurken huzursuzsunuzdur ve uyandığınızda dinlenmiŖ olmazsınız.

ENDİŖE SEMPTOMLARI İÇİN DOKTORUNUZA GİDİN

GevŖeme tekniklerini kullanarak endiŖe semptomlarından kurtulabilirsiniz. Meditasyon ve gerginliği azaltma gibi birçok kendi kendine yardım teknikleri, gerginlikle etkili Ŗekilde baŖ etmenizde size kolaylık sağlar.

Depresyon:

Bakım veren birçok kişi tedavi gerektirecek kadar şiddetli depresyon belirtileri göstermektedir.

- ✓ Sürekli **mutsuz, endişeli olmak ya da kendini “boşlukta”** hissetmek
- ✓ **Çok fazla ya da çok az uyumak**, gece yarısı ya da sabah erken uyanmak
- ✓ İştahın azalması ve **kilo kaybı** ya da iştahın artması ve **kilo alma**
- ✓ Eskiden zevk alınan faaliyetlerden artık zevk alınmaması (seks dahil), ilginin azalması
- ✓ **Huzursuzluk, asabilesme**
- ✓ Tedaviye yanıt vermeyen sürekli fiziksel belirtileri (örneğin kronik ağrı ya da sindirim bozuklukları)
- ✓ **Dikkat toplayamama**, hatırlayamama ya da zor karar verme
- ✓ **Halsizlik ya da güçsüzlük**
- ✓ **Suçluluk duygusu, umutsuzluk, kendini değersiz hissetme, intihar etme ya da ölüm düşünceleriniz varsa**

DEPRESİF SEMPTOMLAR İÇİN DOKTORUNUZA GİDİN

**Yukarıda belirtilen semptomlardan beş ya da daha fazlası
sizde varsa**

doktorunuza danışın.

Bakım Veren Sendromu: Tedavi Edilmeyen Gerginlik, Depresyon ve Endişe

Aşırı tükenmiş – ve beklide fiziksel olarak hasta – olan çok sayıda bakım veren, duygusal olarak tükenmiş olduklarının ve fiziksel olarak hasta olduklarının farkında olmadıkları için tedavi olmayı düşünmez. Bu tükenmişlik haline, tıp çevresinde resmen dünya çapında kabul edilmiş olmamakla birlikte **bakım veren sendromu** denmektedir.

Bakım veren sendromu, “kronik hasta ya da demanslı bir kişiye ara vermeden sürekli bakım verme” nedeniyle ortaya çıkar. Kronik olmakla birlikte tedavi edilebilir olan bu sendromun sebebi, bakım vermenin uzatmalı gerginliği ve buna bağlı olarak ortaya çıkan depresyon, endişe, mali kayıp, fiziksel zorlanma ve birine bakmanın verdiği huzursuzluktur. Gerginliği, endişeleri ya da depresyonu kontrol altına alarak, bakım veren sendromu gibi ciddi bir hastalığın önüne geçebilirsiniz.

Kendinizle ilgili önerilerimiz:

Kendinizle ilgilenin.

Hayatınız sadece hastanızdan ibaret değildir. **Unutmayın**, siz ne kadar iyi olursanız, hastanıza o kadar yardımcı olabilirsiniz. Hayatınız sadece hastanızdan ibaret değildir.

Aile ve arkadaşlar

Şu anda kendinizi iyi baş edebiliyor olsanız bile demanslı kişinin bakımının giderek fiziksel ve duygusal olarak tüketici olacağını fark ettiğinizde yardıma ihtiyacınız olur.

- Diğer aile bireylerini baştan itibaren bakıma dahil etmeyi deneyin. Böylece tüm sorumluluk sizin üzerinizde olmaz. Her gün bakımı teklif etmeseler bile siz bir mola verdiğinizde kişiyle ilgilenebilirler veya bakım maliyetine maddi katkıda bulunabilirler.
- Teklif edildiği zaman her zaman arkadaşlarınızdan veya komşunuzdan yardım kabul etmeye çalışın. Eğer baş edeceğinizi söylediyse tekrar teklif etmeyi düşünmeyebilirler.
- Kişilere nasıl yardım edeceklerinin söyleyin böylece neler yapabileceklerini açıkça bilirler. Örneğim, siz başka bir işle uğraşırken onlar o süre boyunca onunla oturup sohbet edebilir ya da onunla dışarıda vakit geçirebilir.

Sağlığınız

Sağlığınızı kontrol etmek için düzenli olarak doktorunuza gidin ve onun tavsiyelerine uyunuz. Onun sizin yaşadığınız problemlerin ve streslerin farkında olduğundan emin olun.

- Eğer kendinizi çok keyifsiz veya endişeli hissetmeye başladıysanız en kısa sürede doktorunuzla görüşünüz. Bu tür duyguları erken bir safhada çözmeye çalışmak daha kolay olacaktır.
- Dengeli beslenmeye çalışınız, daha iyi hissetmenize ve daha iyi baş etmenize yardımcı olacaktır.
- Yeterli uyku uyuduğunuza emin olunuz.
- Düzenli egzersiz yapınız.
- Eğer çok keyifsiz iseniz, nefes egzersizleri veya rahatlama yöntemleri kullanınız.

Kendiniz için zaman

- Her gün kendiniz için çok azda olsa zaman ayırınız. (kitap okuyunuz, bir kahve içiniz, müzik dinleyiniz, kısa bir yürüyüş yapınız)
- Haftada bir arkadaşlarınız buluşun, dışarıdaki dünya ile temasınızı sağlayacak (hobi, etkinlik vb) bir şey yapmak için dışarıya çıkınız.
- Enerjinizi toplamak için hafta sonları, düzenli olarak küçük molalar veriniz.

Kendinizi kutlayın

- Bazen takdir edilmeyen bir işi yapıyormuş hissedebilirsiniz. Hastanız sizin gayretlerinizi artık takdir etmiyor gibi gözükebilir ve diğer insanlar sizin ne kadar çok çalıştığının farkında olmayabilirler.
- Gün ve gün çok güç bir durumun üstesinde geldiğiniz için,
- Giderek daha esnek ve toleranslı olduğunuz için,
- Size muhtaç birisi için burada bulunduğunuz için **Kendinizi takdir edin.**




KAYNAKLAR

1. Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; (2):171-8.
2. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başatme yolları. *J Med Sci* 2007, 27:445-54.
3. Küçükgüçlü Ö, Akpınar B, Buckwalter K. Demanslı Bireyin Evde Bakımında Azalmış Stres Eşiği Modeli (PLST) Kullanımı, *DEUHYO ED* 2011, 4 (1), 41-47
4. Buckwalter K, Gerdner L, Kohout F, Hall GA. Nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 1999, 13 (2): 80-8.
5. Gwi-Ryung SH, Hyojeong K. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea, *Geriatric Nursing* 2008, 29(4): 264-277
6. Lök N, Buldukoğlu K. Demansta bilişsel aktiviteyi artırıcı psikososyal uygulamalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014; 6(3): 210-6

EK-7. Etik Kurul Onay Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
07.07.2015	5	2015/5-2	
<p>Karar No :2015/5-2: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 07.07.2015 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı, İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rukuye AYLAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Arş. Gör. Sinan ASLAN'ın "Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bakım Yüküne ve Depresyon Düzeyine Etkisi" başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü, çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı			
Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr. Behice ERÇİ Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	

EK-8. Kurum Onay İzni

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı**

Sayı : 47846772/123
Konu: Uygulama İzni

17/06/2015

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi: 08.05.2015 tarih ve 177.99 - 3910 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazı ile ilgili Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Sinan ASLAN'ın "Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışmasını bölümümüzde yapma talebi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. A. Serdal ÖZCAN
Nöroloji Anabilim Dalı
Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE	
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ			
GELEN EVRAK			
SAYI	TARİH		
172.99/6558	17.06.2015		