



T.C.

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**Alzheimer Hastası İle Bakıcısının Eğitim Durumu, Akrabalık  
Derecesi ve Hanenin Gelir Düzeyi ile Hasta ve Bakıcının  
Nöropsikometrik Durumu Arasındaki İlişkinin  
Değerlendirilmesi**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gökhan GÖRKEN

TEZ DANIŞMANI

Dr.Öğr.Grv.Vedat ÇİLİNGİR

VAN - 2019



T.C.

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**Alzheimer Hastası İle Bakıcısının Eğitim Durumu, Akrabalık  
Derecesi ve Hanenin Gelir Düzeyi ile Hasta ve Bakıcının  
Nöropsikometrik Durumu Arasındaki İlişkinin  
Değerlendirilmesi**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gökhan GÖRKEN

Jüri Başkanı

Üye

Üye

TEZ KABUL TARİHİ

.../.../2019

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Nöroloji Anabilim Dalı'nda Dr.Öğr.Grv. Vedat ÇİLİNGİR danışmanlığında, Dr.Arş.Grv. Gökhan GÖRKEN tarafından sunulan'' **Alzheimer Hastası İle Bakıcısının Eğitim Durumu, Akrabalık Derecesi ve Hanenin Gelir Düzeyi ile Hasta ve Bakıcının Nöropsikometrik Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**'' isimli bu çalışma Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili hükümleri gereğince ...../...../..... tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile başarılı bulunmuş ve Tıpta Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:.....

İmza:

Üye:.....

İmza:

Üye:.....

İmza:

Üye:.....

İmza:

Üye:.....

İmza:

Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim dalı Yönetim Kurulu'nun ..../..../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

İmza

.....

Anabilim dalı Başkanı

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.



(İmza)

(Adı Soyadı)

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, yardımını esirgemeyen, tez yazımı sürecinde yardımcı olan, değerli hocam Dr.Öğr.Grv. Vedat ÇİLİNGİR ‘e,

Bilgi ve tecrübesini aktarma hususunda cömert davranan, zor zamanımda desteğini esirgemeyen hocalarım Doç.Dr. Aysel MİLİANLIOĞLU ve Dr.Öğr.Grv. Aydın ÇAĐAÇ ‘ a ,

Özellikle asistanlığımın en zor süreçlerinde, ne kadar ihmal etsem de, bana güç vererek hep yanımda olan, sevgili eşim Gözde GÖRKEN e, kızlarım Ronya ve Yekbun GÖRKEN e,

Her zaman varlıklarını ve desteklerini yanıbaşımnda hissettiğim annem Yıldız GÖRKEN, babam Asker GÖRKEN, eniştem Alim Dürüst, kuzenim Gülşah ERDENK, Ablalarım Alev GÖRKEN ve Ebru DÜRÜST’e

Dostlukları ve kardeşlikleri ile bu zor süreçte elele verdiğim mesai arkadaşlarım, kliniğimizin değerli asistan doktoru arkadaşlarıma,

Tez yazımı sırasında bana çok büyük destek ve katkısı olan sevgili arkadaşım Mehmet Cihad Aktaş’a

Sonsuz saygı, sevgi ve hürmetlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	8
TABLolar ÇİZELGESİ.....	9
ŞEKİLLER ÇİZELGESİ.....	10
ÖZET.....	11
ABSTRACT.....	12
1-GİRİŞ VE AMAÇ.....	13
2-GENEL BİLGİLER.....	15
3-ALZHEİMER TİPİ DEMANS.....	17
3a-Epidemiyoloji.....	17
3b-Risk Faktörleri.....	18
3c-Tanı ve Klinik Özellikler.....	18
3d-Nöropatoloji.....	21
3e-Biyobelirteçler.....	21
4-YÖNTEM.....	23
5-GEREÇLER.....	24
5a-Sosyodemografik Veri Formu.....	24
5b-Standardize Minimental Test.....	24
5c- Cornell Demansda Depresyon Ölçeği.....	24
5d-Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	25
5e-Lawton Enstrimental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	25
5f-Beck Depresyon Ölçeği.....	25
5g- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	26
5h-İstatistiksel Yöntem.....	26
6-BULGULAR.....	27
6a- Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	27
6b- Hasta Bakıcılarının Sosyodemografik Özellikleri.....	27
6c- Hasta Ölçeklerinin Dağılımı.....	28
6d- Hasta Bakıcılarının Ölçeklerinin Dağılımı.....	30
6e- Aylık Gelir ve Yakınlık Derecelerinin Dağılımı.....	31
6f- Hasta ve Bakıcılarına Uygulanan Ölçeklerin Ortalamaları.....	32
6g- Sosyodemografik Özellikler ile Hasta Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizleri....	33
6h-Sosyodemografik Özellikler ile Bakıcı Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi.....	36

6i-Hasta Ölçekleri ile Bakıcı Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi.....	39
6j-Hasta Ölçeklerinin Kendi Aralarında Karşılaştırılması.....	39
6k-Bakıcı Ölçeklerinin Kendi Aralarında Karşılaştırılması.....	40
7-TARTIŞMA.....	41
8-SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
9-KAYNAKLAR.....	47
10-KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	54



## KISALTMALAR

AH: Alzheimer Hastalığı

ATD: Alzheimer Tipi Demans

AD: Alzheimer Demansı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

MMSE: Minimental Test

sMMSE: Standardize Minimental Test

Katz-GYA: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri

Lawton-EGYA: Lawton Enstrimental Günlük Yaşam Aktiviteleri

Cornell-DDÖ: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği

Cornell-DD: Cornell Demansta Depresyon

Beck-DÖ: Beck Depresyon Ölçeği

Beck-D: Beck Depresyon

Whoqol-Bref-Tr: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısaltılmış Formu-Türkiye

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5)

ApoE: Apolipoprotein E

ROS: Reaktif Oksijen Türleri

OS: Oksidatif Stres

A $\beta$ : Amoloid Beta

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

PET: Positron Emisyon Tomografisi



## TABLolar ÇİZELGESİ

Tablo-1: DSM-5: Nörokognitif Bozukluk Tanı Kriterleri

Tablo-2: Gürvit ve ark. Yaşa ve cinsiyete göre AHprevelansı

Tablo-3: NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığı için Klinik Tanı Kriterleri

Tablo-4: DSM-5 kılavuzuna göre Alzheimer Tipi Nörokognitif bozukluk tanı kriterleri

Tablo-5: ATD hastalarında bulunan bazı biyobelirteçler

Tablo-6: Alzheimer hastalarının sosyodemografik özellikleri

Tablo-7: Bakıcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo-8: ATD Hastalarına uygulan testler ve hasta sayıları

Tablo-9: ATD Hastaları ve bakıcılarına uygulanan ölçekler ve genel toplam ortalamaları

Tablo-10: Hasta ve bakıcının sosyodemografik özellikleri ile Hasta ölçekleri arasındaki ilişki

Tablo-11: Sosyodemografik Özellikler ile Bakıcı Testleri Karşılaştırılması

Tablo-12: Hasta Ölçekleri ile Bakıcı Ölçekleri Karşılaştırılması

Tablo-13: Hasta Ölçeklerinin Birbiri ile İlişkisi

Tablo-14: Bakıcı Beck-DÖ ile Bakıcı Whoqol-bref karşılaştırılması

Tablo-15: Türkiye Geneli Yıllara göre Okuma-Yazma Durumu

## ŞEKİLLER ÇİZELGESİ

Şekil-1: Yüksek gelirli(HIC) ve Düşük gelirli Ülkelerde(LMIC) Demans Artışı

Şekil-2: Hasta ve bakıcılarda cinsiyet dağılımı

Şekil-3: Minimental ve Katz-Gya Ölçeklerine göre Hastaların dereceleri

Şekil-4: Katz-GYA ile Cornell-DDÖ arasındaki korelasyon

Şekil-5: Bakıcıların Bec-DÖ Dağılımları

Şekil-6: Hane Aylık Gelir dağılımı

Şekil-7: Bakıcının hastaya yakınlıklarının dağılımı

Şekil-8: Bakıcı Medeni durumu ile Hasta Lawton-EGYA arası ilişkiyi gösteren grafi

Şekil-9: Hastanın Öğrenim durumu ile Yine Hastanın Minimental testi ve Cornell-DDÖ nin karşılaştırılması

Şekil-9: Hastanın Öğrenim durumu ile Yine Hastanın Minimental testi ve Cornell-DDÖ nin karşılaştırılması

Şekil-10: Hastanın cinsiyet ve medeni durumunun, bakıcının Ruhsal Alan Yaşam Kalitesi ile karşılaştırılması

Şekil-11: Bakıcının hastaya olan yakınlığı ile Beck-Depresyon skorlarının karşılaştırılması

## ÖZET

Günümüzde tıbbın gelişmesi ile birlikte dünya nüfusunun yaşam süresi uzamakta ve uzayan yaşam süresi de beraberinde yaşlılıkla artan kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Alzheimer hastalığında yıkım sürecinin 8 ila 10 yıl olduğu ve bu dönemlerde hastaların ileri derece bakım seviyesine ve gözetime ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Bu süreçte özellikle bakıcı desteğinin önemi bir yana destek veren bakıcılarda da psikolojik ve fiziksel çökkünlüklerin oluşması kaçınılmazdır.

AH'nın yaşam kaliteleri de hastalıklarının ağırlık dereceleri ile ilişkilidir. Demanslılarda görülebilecek kognitif, davranışsal ve psikiyatrik her türlü bozukluk hastaların ve hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bakım verenlerde psikiyatrik morbiditenin de etnik ve kültürel yapıya göre de değiştiği bilinmektedir.

Biz de bu çalışmamızda evde bakımı aile bireyleri ile sağlanan Alzheimer Hastasının ve bu bakımı üstlenen aile bireyinin hayat kalitesi ve ek psikiyatrik bozukluklarını inceledik. Hem hastanın hem de bakıcısının yaşam kalitesi ve depresif bulgularının sosyodemografik özelliklerle etkilenimi, hastalık derecesiyle olan ilişkisini karşılaştırmaya çalıştık.

Çalışmamız sonucunda bakıcının yaşam kalitesi ve ruhsal durumuna, hastanın hastalık derecesinden çok, sosyodemografik özelliklerin ve hastaya olan yakınlığının daha fazla etki ettiğini bulduk. Bunun dışında hastanın gündelik bağımsızlığı ile davranış bozukluğunun birbirini etkilediği sonucuna vardık. Bakıcısının farklı sorumlulukları olduğu hastalarda, temel bakım desteği dışındaki Enstrimental işlevlerin daha iyi olduğunu gördük. Tüm bulgularımızın sonucunda, günlük yaşamda kontrollü bir şekilde daha fazla bağımsızlık verilen hastaların daha işlevsel olabileceği ve bu sayede hastanın psikolojik durumunun daha iyi olup, eş zamanlı bakıcı yükünün de azalabileceği kanaatine vardık.

Bu çalışma sonunda hastaların ailelerine, destek vericilere ve benzer çalışma yapacaklara çeşitli önerilerimiz bulunmaktadır.

## **ABSTRACT**

Today, with the development of medicine, the life expectancy of the world population is prolonged and prolonged life span causes chronic diseases that increase with old age. The demolition process in Alzheimer's disease lasts for 8-10 years, during which patients require high care and supervision. Caregiver support is particularly important in this process. In addition, psychological and physical collapse is inevitable in supportive caregivers. The quality of life of Alzheimer's patients is also associated with the severity of their disease. All kinds of cognitive, behavioral and psychological disorders in dementia decrease the quality of life of patients and caregivers. It is known that psychiatric morbidity in caregivers varies according to ethnic and cultural structure.

In this study, we examined the quality of life and comorbid psychiatric disorders of home-care family members of Alzheimer's disease and family members. We compared how quality of life and depressive symptoms of both the patient and caregiver were affected by sociodemographic characteristics and their relationship with disease degrees.

As a result of our study, we found that quality of life and depressive status of caregiver were more affected by sociodemographic characteristics and degree of closeness to the patient. In addition, we concluded that the patient's daily independence and behavior disorder affected each other. We found that patients with caregivers with different responsibilities had better instrumental functions other than basic care support. As a result of all our findings, we concluded that patients who are given more independence in a controlled way in daily life may be more functional and thus the psychological status of the patient is better and the caregiver burden may decrease simultaneously.

At the end of this study, we have several recommendations for patient families, supporters, and similar studies.

# 1-GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıbbın gelişmesi ile birlikte dünya nüfusunun yaşam süresi uzamakta ve uzayan yaşam süresi de beraberinde yaşlılıkla artan kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Dünya nüfusunun tamamında şimdilik ortalama 18 milyon kişinin demanstan etkilendiği, yaşlanan nüfus değerlendirildiğinde ise 2025 yılında demansdan etkilenenlerin sayısının 2 kat artarak yaklaşık 34 milyondan fazla insanı etkileyebileceği düşünülmektedir. Hastalığın 65 yaşından sonra prevalansı her 5 yılda bir ikiye katlanarak artmaktadır[1].

Alzheimer hastalığında yıkım sürecinin 8-10 yıl olduğu ve bu dönemde hastaların yüksek bir bakım seviyesine ve gözetime ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Bu süreçte özellikle bakıcı desteğinin önemi bir yana destek veren bakıcılarda da psikolojik ve fiziksel çökkünlüklerin oluşması kaçınılmazdır [2]. Alzheimer hastalarının bakıcılarının daha çok aile bireylerinden oluştuğu ve bakımın evde sağlandığı düşünülecek olursa, bu hastaların ailelerinde oluşturduğu yükün boyutu daha çok anlaşılacaktır.

Alzheimer hastalarına bakım verenlerde, kontrol grupları ile karşılaştırıldığında, oldukça fazla fiziksel ve psikolojik sıkıntılar olduğu görülmektedir[3, 4]. Alzheimer hastalarına bakım verenler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda psikiyatrik semptomların bakıcılarda %52 ye kadar ulaştığı bulunurken, genel popülasyonda %15-20 bulunmuş ve AH bakıcılarında hastalığın teşhisinden itibaren 1 yıl içinde %50'den daha fazla oranda yeni tanı konmuş orta-ciddi düzeyde depresyon tespit edilmiştir[5, 6].

Alzheimer hastalarının yaşam kaliteleri de hastalıklarının şiddeti ile ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişinin yaşadığı kültür ve değer sisteminde, amaçları, yaşamdan beklentileri, hayat standartları ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır(WHO, 1998). Hastaların hayat kalitelerindeki gerileme sMMSE ile ölçülen kognisyonel bozulma ile ilişkili bulunmuştur[7, 8]. Demanslılarda ortaya çıkan bilişsel, davranışsal ve psikolojik her türlü bozukluk hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşürmektedir [9]. Bakım verenlerde psikiyatrik morbiditenin de etnik ve kültürel yapıya göre de değiştiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur[10].

Biz de bu çalışmamızda evde bakımı aile bireyleri ile sağlanan Alzheimer Hastasının ve bu bakımı üstlenen aile bireyinin hayat kalitesi ve ek psikiyatrik bozukluklarını inceleyip, bu durumların sosyokültürel düzey ve hastalığın şiddeti arasındaki korelasyonunu değerlendirmeye çalıştık. Diğer çalışmaların aksine, salt Alzheimer hastasının yakını

üzerindeki olumsuz sosyal etkisi değil, aynı zamanda bakıcının sosyokültürel düzeyinin hasta üzerindeki hastalık şiddetine etkisi ve hastanın bağımlılığına olan etkisini de değerlendirmeyi amaçladık.

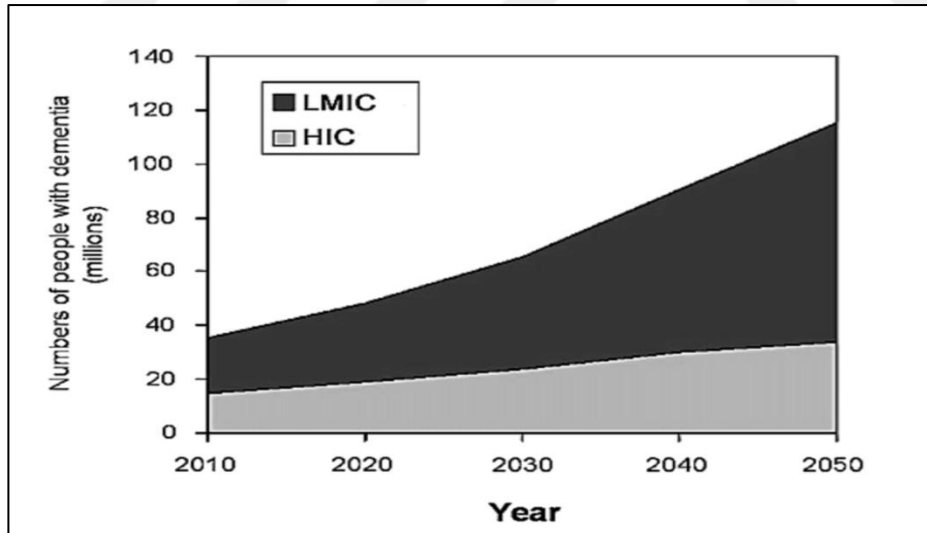


## 2-GENEL BİLGİLER

**Dementia** kelimesi Lâtince ‘demens’, ‘de + mens’ (zihin)den gelir, “ia” eki de olumsuzluk ifade eder ve esas anlamı “zihinsizlik, akılsızlık, deliliktir”.

Demans; farklı nedenlerden dolayı, bilişsel fonksiyonların (bellek, konuşma ve sözlü veya yazılı dili anlama, nesnelere tanıma, kazanılmış işlevleri yerine getirme becerisi, yürütücü işlevler) en az birinde, sonradan oluşan ve ilerleyerek devam eden çok yönlü bozulmanın görüldüğü ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen klinik bir tablo olarak tanımlanabilir.

Batı toplumunda, son 50 yıl, bunama hakkındaki akademik, politik ve popüler söylemler değiştiği gibi demans anlayışımızda da kademeli bir değişim oluşmuştur. 1970'lerin başlarına kadar, bunama ile ilişkili semptomlar yaşa bağlı düşünülüp ve yaşa göre kategorize edilirken (örneğin, 1907'de Alzheimer hastalığı, pre-senil ve senil demansın bir varyantı olarak düşünülüp sınıflandırıldı), zamanla demans, Alzheimer hastalığı da dahil olmak üzere çeşitli koşulların neden olduğu kognisyondaki bozulmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan bir dizi hastalığın şemsiye terimi olarak kullanılmaya başlandı (Dünya Sağlık Örgütü 2012 ).



Şekil-1:Yüksek gelirli(HIC) ve Düşük gelirli Ülkelerde(LMIC) Demans Artışı[11].

Demans prevalansı 65 yaş üzerinde %1.5 olarak tahmin edilmekte ve prevalans artan yaşla daha da artarak 85 yaş ve üzeri kişilerde %22 seviyelerine kadar ulaşmaktadır . Dünyada demanslı birey sayısının her 20 yılda 2 ye katlanarak artması beklenmektedir(Şekil-1)[11].

Bütün demans tipleri arasında %50-70 oranında bulunan Alzheimer tipi demans(ATD), demansın en sık görülen tipi olarak görülmektedir.

En son yayınlanan DSM-5 tanı kriterlerinde demans minör ve majör nörokognitif bozukluk şeklinde ikiye ayrılarak tanımlanmıştır. (Tablo-1)

## DSM-5 TANI KRİTERLERİ

<b>Minör Nörokognitif Bozukluk</b>	<b>Majör nörokognitif bozukluk</b>
1-Bir yada daha fazla kognitif alanda görülen <b>orta düzeyde</b> kayıp	1-Bir yada daha fazla kognitif alanda görülen <b>ciddi</b> kayıp
a-Hasta ve yakınları tarafından fark edilen yada klinisyen tarafından gözlemlenen <b>orta</b> düzeyde kayıp	a-Hasta ve yakınları tarafından fark edilen yada klinisyen tarafından gözlemlenen <b>ciddi</b> düzeyde kayıp
b-Objektif kognitif değerlendirmeyle dökümanente edilen <b>orta düzeyde</b> kayıp	b-Objektif kognitif değerlendirmeyle dökümanente edilen <b>ciddi</b> kayıp
2-Sosyal ve günlük yaşamı etkileyecek kadar şiddetli olmalı/kognisyonda daha önce edinilmiş yüksek düzeyden düşüş ile karakterize olmalı	
3-Deliryum sırasında ortaya çıkmış olmamalı	
4-Organik olmayan bir mental hastalık dışlanmalıdır	
5-Bir yada daha fazla etyolojik faktöre özgü	
-Alzheimer Hastalığı -Vasküler Hastalık -Frontotemporal dejenerasyon -Lewy cisimlikli demans -Parkinson	-Huntington Hastalığı -Travmatik beyin yaralanması -HIV enfeksiyonu -Prion hastalığı -Diğer ve multiple etiyolojiler

Tablo-1:DSM-5 Norokognitif bozukluk tanı kriterleri



### 3-ALZHEİMER TİPİ DEMANS

#### 3a-Epidemiyoloji:

Alzheimer tipi demans bütün demansların %70den fazlasını oluşturur ve dünyada yapılan bazı prevelans çalışmalarının analiz edildiğinde, 65–70 yaşları arasında % 4–5 kadar olan AH'nın her 5 yılda bir katlanarak artıp 90 lı yaşlarda %50'ye kadar ulaştığı görülmektedir.

Türkiye'de kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma yapılmamış olması ile birlikte İstanbul Kadıköy'de yapılan bir çalışmada 70 yaş üzerinde Alzheimer tipi demans prevelansının %11 olduğu saptanmıştır(tablo-2)[12]. Bu oran göz önüne alındığında Türkiye'de 200bin-300bin civarı Alzheimer Tipi Demanslı birey olduğu varsayılabilir.

	Muhtemel AH	Toplam AH	Toplam Demans
<b>Tüm Yaşlar</b>	11%	16%	20%
Erkek	9%	13%	17%
Kadın	13%	17%	22%
<b>Tüm Cinsiyet</b>			
70-74 yaş	9%	14%	18%
75-79 yaş	14%	19%	22%
80 üstü	13%	17%	23%
<b>Erkek</b>			
70-74 yaş	8%	12%	16%
75-79 yaş	9%	12%	15%
80 üstü	11%	16%	20%
<b>Kadın</b>			
70-74 yaş	10%	15%	19%
75-79 yaş	18%	23%	26%
80 üstü	15%	20%	25%

Tablo-2:Gürvit ve ark. Yaşa ve cinsiyete göre AH prevelansı[12].

### **3b-Risk Faktörleri:**

AH' da kabul edilmiş risk faktörleri yaş, aile öyküsü ve kadın cinsiyet olarak belirtilmiştir. Hipertansiyon, diyabet, lipit bozukluğu gibi bazı kronik hastalıklar, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey, toksik maddelere maruz kalmak, östrojen eksikliği, menopoz, oksidatif stres, beslenme bozukluğu, vitamin B12 eksikliği, hipotiroidi, inme gibi çok sayıda risk faktörünün de etkili olabileceği düşünülmektedir[12].

AH' nın oluşma riskini azalttığı düşünülen koruyucu faktörler ise ApoE e2 alleleline sahip olma, Akdeniz diyeti, yeterli folik asit alımı, non-steroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı, ve yüksek eğitimidir. Son zamanlarda hafif ve orta miktarda alkol alımının koruyucu olabileceği hakkında yayınlar da vardır[13, 14].

### **3c-Tanı ve klinik özellikler:**

Alzheimer hastalığının kesin tanısı biyopsi ile konulur. Bu nedenden dolayı son zamanlarda 'Alzheimer Hastalığı' terimi yerini klinik bir tanı olan 'Alzheimer Tipi Demans' terimine bırakmıştır. Hasta öyküsü, fizik ve nörolojik muayene, nöropsikolojik testler, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar incelemeleri ile yüksek doğrulukla klinik tanı koymak da mümkündür.

Klinik tanı için Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü, İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDS-ADRDA) (Tablo 3) ve Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) (Tablo 4) tanı kriterleri en çok kullanılan klinik kriterlerdir[15, 16].

1. Muayene ile gösterilen ve objektif testlerle dökümente edilen demans.
2. İki veya daha fazla kognitif alanda bozukluk.
3. Bellek ve diğer kognitif fonksiyonlarda ilerleyici kötüleşme.
4. Bilinç bozukluğu yok.
5. Başlangıç 40 ve 90 yaşları arasında.
6. Kognisyonda ilerleyici bozukluğa yol açabilecek sistemik hastalıklar veya diğer beyin hastalıklarının bulunmaması.
7. Aşağıdakilerle tanının desteklenmesi <ul style="list-style-type: none"><li>• Afazi, apraksi, agnozi</li><li>• Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve davranış tarzlarında değişiklik</li><li>• Benzer bozukluklara ilişkin aile öyküsü</li><li>• Uyumlu laboratuvar bulguları (serebralatrofi gibi)</li></ul>

Tablo-3: NINCDS-ADRDA Muhtemel Alzheimer Hastalığı için Klinik Tanı Kriterleri[17]

Alzheimer Tipi demansın en önemli özelliği sinsi başlayıp, yavaş yavaş artarak ilerlemesidir. Öyle ki hasta yakınları unutkanlık şikayetinin ne zaman başladığını tam olarak söyleyemezler.

Alzheimer ve geriatri dernekleri tarafından nörokognitif bozukluğu ortaya çıkarabilecek uyarıcı bulgular hakkında bir rapor yayınlanmıştır. Bu raporda; aynı bilgi veya soruları tekrarlama, yakın zamanda geçen olayları hatırlamakta zorlanma, randevuları unutma, performans gerektiren yemek yapmak veya bütçeyi ayarlamak gibi işlerde zorlanma, araba kullanma, tanıdık mekanlarda yolunu bulmakta, eşyaların yerlerini bulmakta, söylemek istediklerini ifade etmekte veya konuşmaları takip etmekte zorlanma, kişilik özelliklerinde veya davranışlarında değişme sorgulanması önerilen konulardır.

<b>A.</b> Ağır ya da hafif nörokognitif bozukluk için tanı kriterleri karşılanmalıdır.
<b>B.</b> Bir ya da birden çok kognitif alanda, gizlice ve sessizce başlayan yavaş yavaş ilerleyen bir bozulma vardır.
<p><b>C.</b> Olası ya da olabilir AH için tanı kriterleri şöyle karşılanmaktadır:</p> <p><i>C1. Ağır nörokognitif bozukluk için:</i></p> <p>Aşağıdakilerden 1'i varsa olası/muhtemel AH, yoksa olabilir/mümkün AH tanısı konmalıdır.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aile öyküsünden ya da kalıtsal ölçümlerden, neden olucu bir AH kalıtsal değişimini (genetik mutasyon) kanıtı</li> <li>2. Aşağıdakilerden her üçü: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bellek ve öğrenmede ve en az bir diğer kognitif alanda gerileme olduğunun açık kanıtı (ayrıntılı öykü ya da bir dizi nöropsikolojik ölçümlere göre)</li> <li>b. Kognitif fonksiyonlarda uzun süreli duraksama olmadan, sürekli ilerleyen, aşamalı gerileme.</li> <li>c. Kognitif bozukluklara neden olabilecek başka karışık etkenler olduğuna dair kanıt olmaması. (Başka nörojeneratif ya da serebrovasküler hastalık ya da başka sinirsel, ruhsal ya da sistemik hastalık ya da kognitif gerilemeye katkıda bulabilecek bir durum)</li> </ol> </li> </ol> <p><i>C2. Hafif nörokognitif bozukluk için:</i></p> <p>Aile öyküsünden ya da kalıtsal ölçümlerden, neden olucu bir AH kalıtsal değişimini (genetik mutasyon) kanıtı varsa olası/muhtemel AH tanısı konur. Bu kanıtı olmadığı durumlarda aşağıdakilerden her üçü varsa olabilir/mümkün AH tanısı konur.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bellek ve öğrenmede gerileme olduğunun açık kanıtı</li> <li>2. Kognitif fonksiyonlarda uzun süreli duraksama olmadan, sürekli ilerleyen, aşamalı gerileme.</li> <li>3. Kognitif bozukluklara neden olabilecek başka karışık etkenler olduğuna dair kanıt olmaması. (Başka nörojeneratif ya da serebrovasküler hastalık ya da başka sinirsel, ruhsal ya da sistemik hastalık ya da kognitif gerilemeye katkıda bulabilecek bir durum)</li> </ol>
<b>D.</b> Bu bozukluk, serebrovasküler hastalık, başka nörojeneratif hastalık, madde ya da başka ruhsal, sinirsel ve sistemik bozukluğun etkileriyle açıklanamaz.

Tablo-4: DSM-5 kılavuzuna göre Alzheimer Tipi Nörokognitif bozukluk tanı kriterleri

Alzheimer hastalarında birçok psikiyatrik bulgu da görülmektedir . Öyle ki bu psikiyatrik komorbideler çoğu zaman asıl hastalığın önüne geçip, temel problem haline

gelmektedir. Alzheimer hastasında bu bulguları başlıca 3 kategoriye ayırabiliriz. Düşünce içerik bozuklukları (hezeyan ve paranoyalar); algıda bozukluklar (halüsinasyon, yanlış identifikasyonlar); affekt bozukluğu (depresyon ve mizaçta mani yönünde yükselmeler) [9, 18, 19].

### **3d-Alzheimer de Nöropatoloji**

Son çalışmalar, ATD da yaşlılarda serebrovasküler bozukluklarla ilişkili olduğu ve vasküler disfonksiyon önemli ölçüde ATD insidansını arttırdığını göstermiştir [20]. Vasküler endotel, vasküler hastalığın patofizyolojisinde kritik bir rol oynayan Reaktif Oksijen türlerinin (ROS) neden olduğu oksidatif stresin ana hedefidir. ROS, enflamatuvar yanıtın önemli düzenleyicileri olmakla birlikte: bir yandan, düşük konsantrasyonda, enflamatuvar süreçte hücre büyümesi ve aktivitesinin düzenleyicisi olarak işlev görürler, diğer yandan, yüksek konsantrasyonda, hücreler ve dokular üzerinde zararlı etkilere sahiptirler [21]. Oksidatif stres genellikle yaşlanma süreci ve yaşa bağlı dejeneratif bozukluklarla ilişkili olup, ROS fazlalığı ve antioksidan moleküller arasındaki dengesizlikten kaynaklanır ve bu da hücre hasarı ve ölümü ile sonuçlanır[22]. Diğer organlarla karşılaştırıldığında, yüksek oksijen tüketiminden dolayı beyin oksidatif strese karşı daha savunmasızdır [22]. Beyinde, OS, endotel disfonksiyonu, hücre dışı matriks degradasyonu gibi vasküler yaşlanma ile ilişkili yapısal ve fonksiyonel değişikliklere de katkıda bulunur [23]. Bu nedenle OS, asemptomatik evrelerden beri AD gelişiminde anahtar bir faktör olarak kabul edilir [24-26]. Son kanıtlar, AD' nın patogeneğinde, oksidatif stresi vasküler lezyonlarla ilişkilendirmiştir, ancak mekanizma tamamen açıklığa kavuşturulamamıştır.

Dengeli bir ROS seviyesini sürdürme yeteneğindeki başarısızlığın, serebrovasküler disfonksiyona neden olup, kan-beyin bariyerinde bozulma ve amiloid  $\beta$  ( $A\beta$ ) ile ilişkili birtakım patolojik süreçlere neden olduğuna dair kanıtlar artmaktadır [27, 28].

### **3e-Biyobelirteçler**

Alzheimer hastalığı için çekirdek BOS biyobelirteçleri; kortikal amiloid birikimini gösteren  $A\beta_{42}$ ; nörodejenerasyon yoğunluğunu yansıtan toplam tau (t-tau); ve nörofibriler patolojik değişikliklerle korele fosforile tau (p-tau) dur[29]. Bu çekirdek BOS

biyobelirteçlerinin, hafif bilişsel bozukluk evresinde prodromal Alzheimer hastalığını tanımlamak için% 85-90 duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu düşünülmektedir [30, 31].

Yeni bos biyobelirteçleri olarak; A $\beta$  nın toksik formu olduğu düşünülen A $\beta$  oligomerleri, uzun dönem bellek konsolidasyonunda görev alan dentritik protein neurogranin, presinaptik protein SNAP25 bazı çalışmalarda dikkati çeken biyobelirteçlerdir [32-37].

MRI ve PET çalışmalarında medial temporal atrofi, hipokampal hacimde azalma, oksipital ve parietal hipometabolizma da görüntüleme bulguları olarak değerlendirilmektedir[38-43].

<b>A<math>\beta</math> 42</b>	<b>Yeni biyobelirteçler</b> <b>A<math>\beta</math> oligomerleri</b> <b>Neurogranin</b> <b>SNAP25</b>
<b>t-tau</b>	
<b>p-tau</b>	
<b>MRI,PET</b>	

Tablo-5: ATD hastalarında bulunan bazı belirteçler

## 4-YÖNTEM

Çalışmaya; Van Yüzüncü yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Nöroloji Polikliniğine Mart 2019 – Eylül 2019 tarihleri arasında yanında hastaya bakım veren kişinin olduğu ve halihazırda evde bakımı yapılan, dâhil olma kriterlerini karşılayan Alzheimer hastaları ve bunların bakım verenleri dâhil edildi. Çalışmaya, DSM-V tanı kriterlerine göre Alzheimer hastalığı tanısı almış 60 hasta dâhil edildi. Çalışmaya alınan hastalara bakım veren 60 kişi de olmak üzere toplamda 120 kişi dâhil edilmiştir.

Çalışmaya alınan kişiler bilgilendirilerek ve olurları yazılı olarak da alınarak görüşmeye alınmıştır.

Çalışmaya alınan tüm hastalar ve bakıcılarına sosyodemografik veri formu doldurulmuştur.

DSM-5 uygulanarak Alzheimer tanısı olduğu belirlenen hastalara, klinik durumlarını belirleyebilmek için Standardize Mini Mental Test(MMSE) uygulanmıştır. Hastaların eşlik eden depresyon semptomlarını tespit etmek ve derecesini ölçmek için ise Cornell Demansta depresyon ölçeği(Cornell-DDÖ) uygulanmıştır. Hastaların günlük işlevselliklerinin etkilenmesini değerlendirmek için; Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (Katz-GYA) ve Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri/Enstrümantal (Lawton-EGYA) uygulanmıştır.

Alzheimer hasta bakıcılarına depresyon tanı ve derecelerini değerlendirebilmek için Beck Depresyon ölçeği (Beck-DÖ) doldurulmuştur. Yine hasta bakıcılarına hayat kalite standardını değerlendirebilmek için Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa formu (WHOQOL-Bref) doldurulmuştur.

Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri :

1. Alzheimer tipi demans tanısı almış olmak
2. Hasta bakımının, evde beraber yaşayan bir akraba tarafından sağlanıyor olması

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Alzheimer demans dışında kalan diğer demans tipleri hastası olmak
2. Alzheimer tipi demans tanısı almış olsa bile yeti kaybının başka herhangi bir nedenle (örn: geçirilmiş Serebrovasküler olay, ek kardiyak hastalık, ek romatizmal hastalıklar vs) ilişkisi olması.

## 5-GEREÇLER

### 5a-Sosyodemografik Veri Formu

Olguların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, bakıcı ile ne zamandır beraber olduğu, bakıcısı ile akrabalık derecesi, bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi bu form ile değerlendirilmiştir.

### 5b-Standardize Mini Mental Test

Mini Mental Test (MMSE) ilk kez 1975 yılında Folstein ve ark. tarafından sunulmuştur[44]. Test, diğer testlerin çok fazla sayıda soru içermeleri ve süre olarak çok fazla zaman almaları nedeniyle, deliryum ve/veya demanslı hastalarda pratik olarak kısa sürede yapılabilmesi amacıyla yayınlanmıştır. Klinik sendromların ayrılmasında bu testin sınırlı özgüllüğü olması yanında, bilişsel düzeyin global olarak saptanmasında kullanılabilir, kısa ve kullanışlı, standardize metotlardandır[45].

Kognitif tarama ölçekleri içinde en çok kullanılanlardandır. Günümüze kadar çok sayıda değişik öneri, duyarlılık ve güvenilirliği arttırmak amacıyla geliştirilmiştir(örn., standardize MMSE[SMMSE], modifiye MMSE[MMMSE veya 3MSE][46, 47]. Genelde yapılan SMMSE, yönergenin yapılabilmesi ve puanlaması için standardize kurallar koymuştur. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatrik Psikiyatri ekibi tarafından Türkçe standizasyonu da yapılmıştır[45], aynı zamanda bu ekip okur-yazar olmayanlar için de bir modifikasyon yayınlamıştır.

MMSE de en yüksek puan 30dur. Zaman ve mekan oryantasyonu soruları toplamda 10, Bellekte kayıt-hatırlatma soruları 6, dikkat 5, dil 8 ve görsel-mekansal işlevsellik 1 puan üzerinden hesaplanır. Ülkemizde demans için kesme değeri 23/24 kabul edilmektedir.

### 5c-Cornell Demansta Depresyon ölçeği(Cornell-DDÖ)

1988 yılında Alexopoulos ve ark. tarafından geliştirilmiştir[48]. Demanslı bireylerde depresif belirtileri, hasta ve/veya hastaya bakım verenlerden alınan bilgiler ile değerlendiren bir ölçektir. Ölçekte duygu durum değişiklikleri, davranışsal işlevsellik, fiziksel nitelikler, döngüsel fonksiyon ve düşünsel saplantıları değerlendirilir.

19 sorudan oluşan ölçek soruları öncelikle hasta yakını ile görüşülerek değerlendirilir. Daha sonra klinisyen hasta ile aynı değerlendirmeler doğrultusunda görüşür. Arada kalınan



durumlar hasta yakını ile tekrardan görüşülerek 19 madde için sayısal veriler girilir. Her maddenin şiddeti ayrı ayrı değerlendirilir (0:yok, 1:hafif-bazen, 2:ağır). Eşik değeri 7/8 şeklinde belirtilse de, 10'un üstündeki değerler muhtemel majör bir depresyonu düşündürürken, 18'in üzerindeki puanlar kesin majör bir depresyon olduğunu gösterir[49, 50].

Türkiye deki demanslı hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Pamukkale Üniversitesi psikiyatri ve nöroloji ekibi tarafından yapılmıştır[49].

### 5d-Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz-GYA)

1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilen, sadece demanslıların değil tüm yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirebilen bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Bu ölçekde banyo, tuvalet ihtiyacı, giyinme, hareket yeteneği, idrar-gaita inkontinansı ve beslenme durumunu değerlendiren, her işlev 1 puan olmak üzere toplamda 6 puanlık indeks bulunmaktadır. Daha çok içerdeki günlük yaşamı sorgulayan bu ölçekte 6 tam bağımsızlığı, 4 orta işlevselliği, 2 ve altı ağır işlev bozukluğunu ifade etmektedir[51].

Ölçeğin Türkçeye uyarlanma ve güvenilirlik çalışması Eskişehir Osmangazi Üniversitesi tarafından yapılmıştır[52].

### 5e-Enstrümantal Günlük Aktivite Ölçeği (Lawton-EGYA)

1969 yılında Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir. Yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri dışında daha kompleks yaşamsal faaliyetleri değerlendirir. Toplumun içinde yaşam için gerekli olan telefon kullanma, alışveriş yapabilme, yemek, temizlik, çamaşır yıkayabilme, yolculuk edebilme, ilaçlarını kullanabilme ve para idaresini değerlendiren 8 alt fonksiyonel durumdan oluşmuştur[53]. Her bir fonksiyonel durum için 1 puan verilir. Yüksek değerler Enstrümantal aktivitelerde daha fazla işlevselliği göstermek üzere, en yüksek 8, en düşük 0 puan alınabilir.

### 5f-Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Aaron Beck tarafından depresyon riskini ve düzeyini ölçmek için tasarlanan 21 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. 1978 ve 1996 da revize edilmiştir.

Çok sayıda çalışma ile Türkiye toplumunun çeşitli popülasyonlarında ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği çalışmaları yapılmıştır.

Toplam 21 soruda kendini değerlendirme içeren bu formda, maddeler 0-3 arasında puanlama alır ve ham puanlama ise bunların toplanmasıyla oluşturulur. 9 ve altındaki puanlar depresyon belirtilerinin olmadığını gösterir. 10-18, 19-29, 30-63 değerlerindeki puanlamalar ise sırasıyla hafif, orta ve şiddetli depresif belirtileri gösterir[54-56].

## 5g-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

DSÖ tarafından bireyin iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçen geniş kapsamlı WHO-yaşam kalite ölçeği (WHOQOL) geliştirilmiştir. 100 soru arasından seçilen 26 sorudan whoqol-bref oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF , toplamda 26 sorudan oluşmuştur. Fiziksel çevre, psikolojik iyilik hali, sosyal ilişki ve çevresel alandan oluşan 4 kategoriden meydana gelmiştir. Türkiye sürümünde (WHOQOL-BREF-TR) 27. soru ulusal çevresel soru olarak bulunmaktadır. Türkçeye Eser ve ark. tarafından uyarlanmıştır[57, 58]. Her kategoride bulunan sorular 0'dan 5'e kadar farklı oranlarda puanlanır ve her kategoride alınan puanlar kendi içinde yüzdelik birime çevrilir. Bu testi uygulamak için WHOQOL Türkiye Merkezi ile iletişime geçilip, gerekli izinler alınmalıdır. Test sonuçları yine ilgili merkeze gönderilerek hesaplanması sağlanabilmektedir.

## 5h-İSTATİSTİK

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum değerler olarak ifade edilirken, Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Tek yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Gruplar ile Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır.

## 6-BULGULAR

### 6a-Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya; Mart-2019 ve Eylül-2019 tarihleri arasında, Van Yyu Tıp Fak. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Nöroloji Polikliniğine başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan Alzheimer hastaları ve bu hastaların bakımını üstlenmiş bir yakını alınmıştır. Toplamda 60 Alzheimer hastası ve bunların 60 yakını çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan ATD olgularının yaşları 53 ile 95 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları  $76,95\pm 9,01$  olarak bulundu. Çalışmadaki hastaların 24ü erkek, 36sı kadındı. Hastalarının %71 inin okur/yazar olmadığı dikkati çekti. Hastalara ilişkin diğer sosyodemografik özellikler tablo-6 da verilmiştir.

Yaş		76,95±9,01	
		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	24	40%
	Kadın	36	60%
Medeni Durumu	Bekar	1	1,70%
	Evli	30	50,00%
	Boşanmış	2	3,30%
	Eşi ölmüş	27	45,00%
Öğrenim durumu	Okur/yazar değil	43	71,70%
	Okur/yazar	6	10,00%
	İlkokul	7	11,70%
	Ortaokul	2	3,30%
	Lise	1	1,70%
	Üniversite	1	1,70%

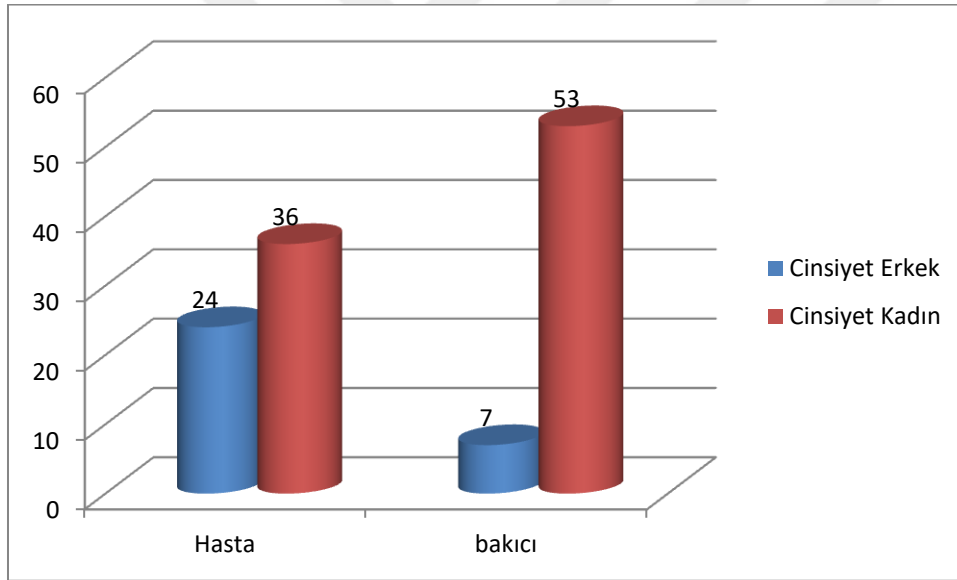
Tablo-6: Alzheimer hastalarının sosyodemografik özellikleri

### 6b-Hasta Bakıcılarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin yaş aralıkları 21 ila 82 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $45,97\pm 15,29$  olarak bulundu. Bakıcıların büyük çoğunluğunun (k:53 e:7) kadın olduğu görüldü(Şekil-2). Bakıcılarda okur/yazar olmayanların oranının %38,30 olduğu görüldü. Bakıcılara ilişkin diğer sosyodemografik özellikler tablo-7 de verilmiştir.

Yaş		45,27±15,29	
Cinsiyet	Erkek	7	12%
	Kadın	53	88%
Medeni Durumu	Bekar	13	21,70%
	Evli	45	75,00%
	Boşanmış	0	0,00%
	Eşi ölmüş	2	3,30%
Öğrenim durumu	Okur/yazar değil	23	38,30%
	Okur/yazar	3	5,00%
	İlkokul	15	25,00%
	Ortaokul	5	8,30%
	Lise	7	11,70%
	Üniversite/YL	7	11,70%

Tablo-7: Bakıcıların sosyodemografik özellikleri



Şekil-2: Hasta ve bakıcılarda cinsiyet dağılımı

## 6c-Hasta Ölçeklerinin Dağılımı

Alzheimer Tipi Demans hastalarının klinik durum, hastalığın evresi ve şiddetini belirlemek için SMMSE, Katz-GYA ölçeği, Lawton-GYA ölçeği uygulanmıştır. Yine ATD hastalarının depresyon bulgularını ölçmek için Cornell-DDÖ uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan ATD hastalarının hastalık dereceleri hafiften ağıra kadar değişmektedir.

Çalışmaya alınan Alzheimer hastalarının, SMMSE derecelerine göre; 21 i hafif 27 si orta, 12 si ağır derecede bulunmuştur.

Katz-GYA ölçeğine göre hastaların 27 sinde hafif, 20 sinde orta, 13 ünde ağır derecede günlük yaşam aktivitelerinde bozulma saptanmıştır (Şekil-3).

Lawton-GYA ölçeğine göre tüm hastaların Enstrimental aktivite ölçekleri ortalaması 2,12 olarak bulunmuştur.

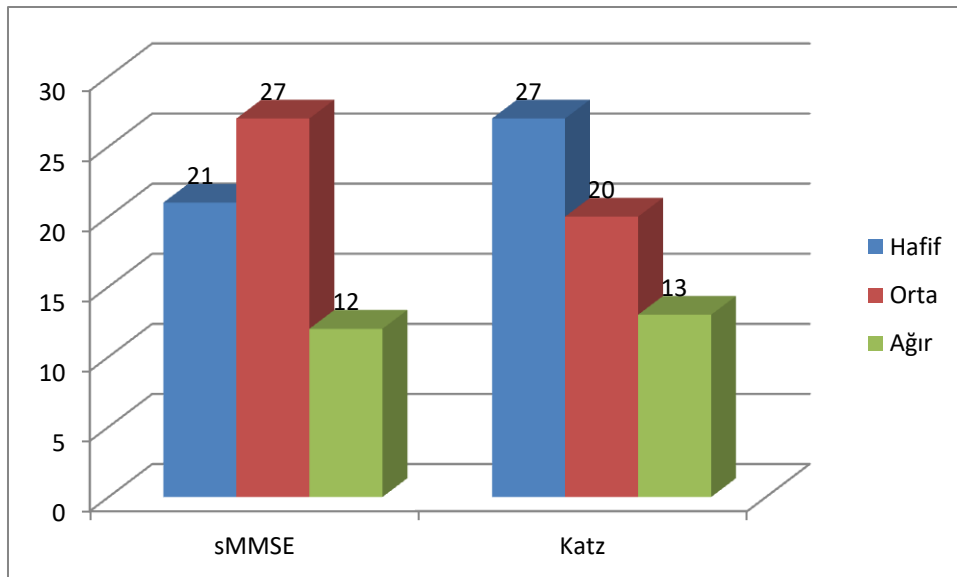
Cornell-DDÖ ne göre Alzheimer hastalarının 22 sinde depresyon bulgusuna rastlanmamış, 30 unda hafif depresyon ve 8 inde ağır depresyon bulgusuna rastlanmıştır.

Katz-GYA ölçeğindeki ağırlaşma artıka Cornell-DDÖ de de istatistiksel anlamda ağırlaşma dikkati çekmiştir(Şekil-4). Fakat Cornell-DDÖ nin SMMSE ve Lawton-EGYA ile arasında herhangi bir korelasyon görülmemiştir.

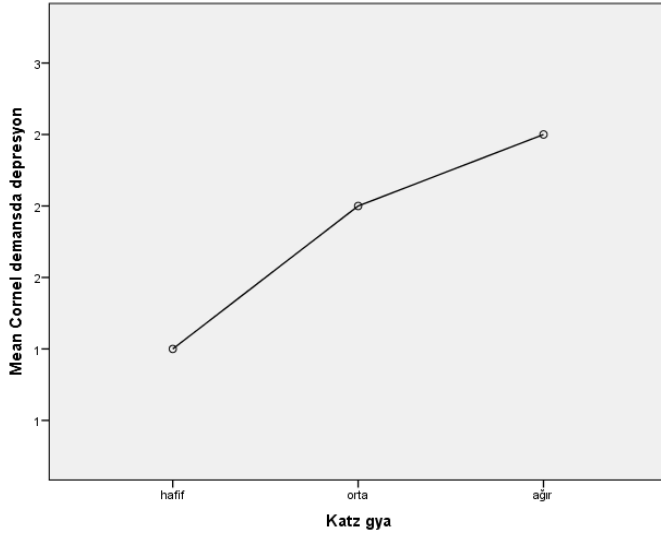
Hastalara uygulanan testlere ilişkin sayılar bilgiler tablo-8 de verilmiştir.

SMMSE	Hafif	21	35%
	Orta	27	45%
	Ağır	12	20%
Katz-GYA	Hafif	27	45%
	Orta	20	33%
	Ağır	13	22%
Cornell-DDÖ	Yok	22	36%
	Hafif	30	50%
	Ağır	8	13%

Tablo-8: ATD Hastalarına uygulan testler ve hasta sayıları



Şekil-3: Minimental ve Katz-Gya Ölçeklerine göre Hastaların dereceleri

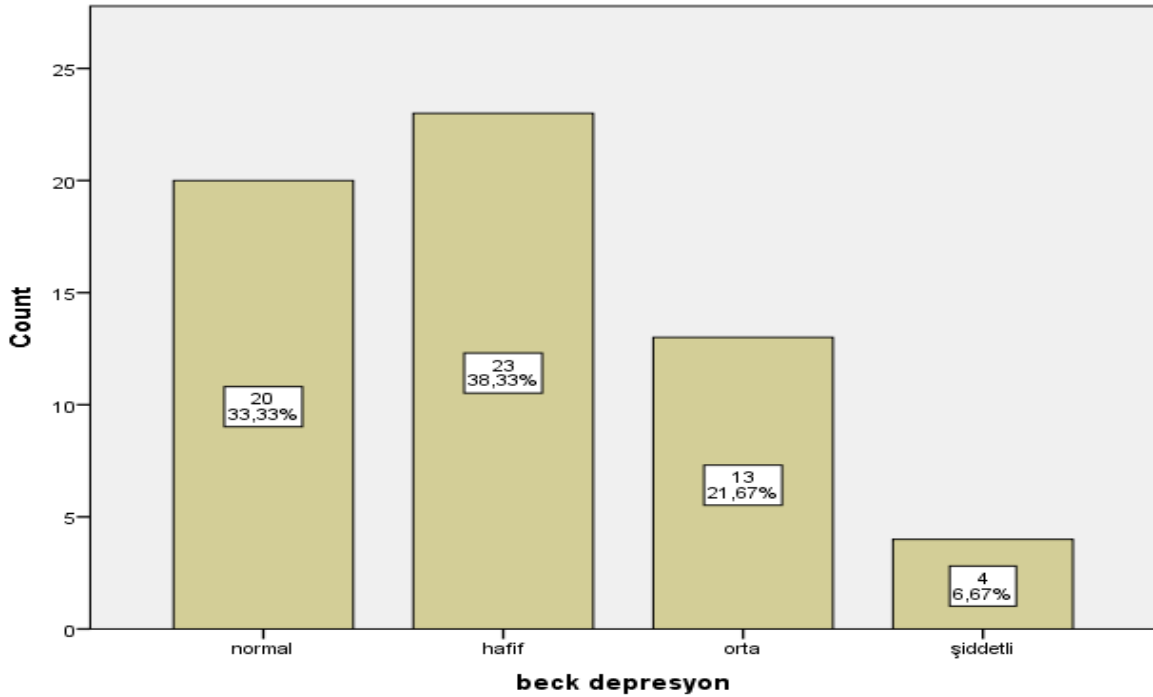


Şekil-4: Katz-GYA ile Cornell-DDÖ arasındaki korelasyon

## 6d-Hasta Bakıcılarının Ölçeklerinin Dağılımı

Hastaların akrabası olup, aynı evde oturan ve bakıcılığını üstlenen aile bireyine Beck-DÖ ve WHOQOL-BREF-Tr uygulanmıştır.

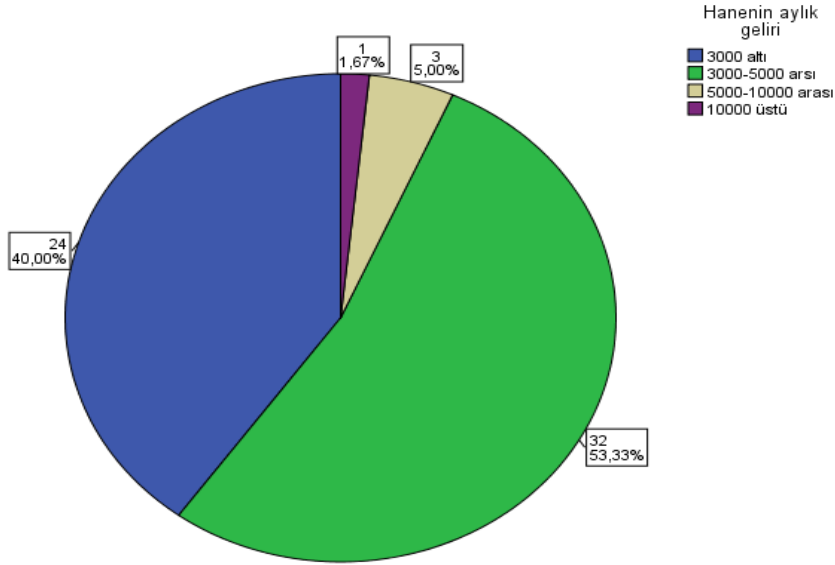
Bakıcıların Beck-D Ölçekleri değerlendirildiğinde 20(%33,33) sinde depresyon bulgusunun olmadığı, 23(%38,33) ünde hafif depresyon, 13(%21,67) ünde orta ve 4(%6,67) ünde ise şiddetli depresyon bulgusu olduğu gözlemlendi(şekil-5)



Şekil-5: Bakıcıların Beck-DÖ Dağılımları

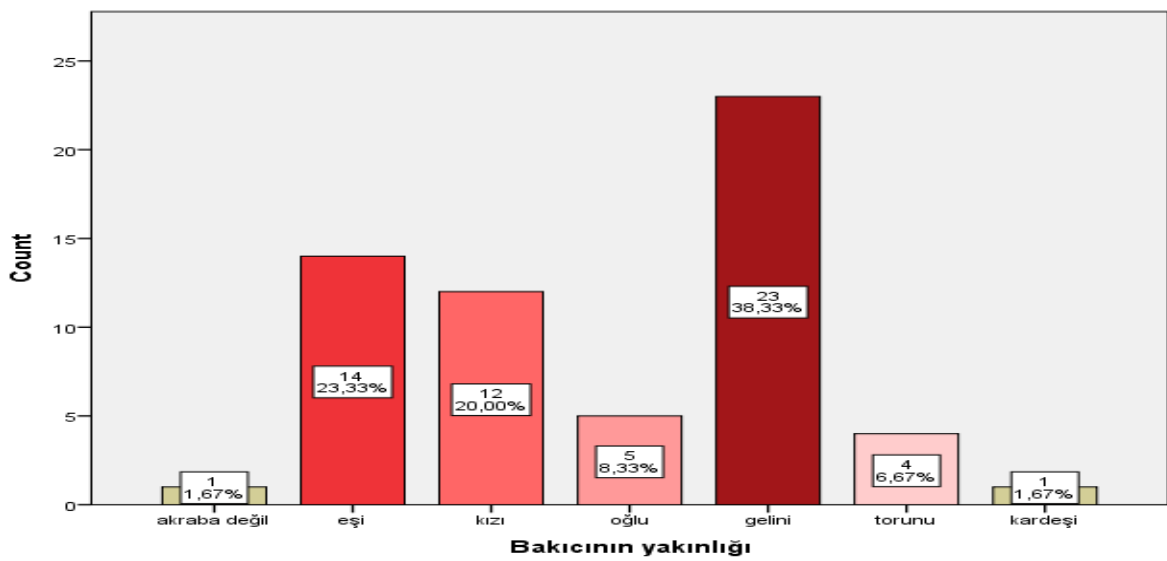
## 6e-Aylık Gelir ve Yakınlık Derecelerinin Dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların yaşadığı evde hane aylık gelirinin en fazla orta seviyede(%53,33) olduğu görülmüş olup, onu ikinci sırada düşük seviyede(%40,00) hane geliri takip etmektedir(Şekil-6)



Şekil-6: Hane Aylık Gelir dağılımı

Hasta ve bakıcılarının yakınlık derecesine baktığımızda, çalışmamıza alınan hastalara en fazla gelinleri tarafından bakımı üstlendiği görülmüştür. Bunu sırasıyla eşi, kızı, oğlu, torunu izlemektedir(Şekil:7).



Şekil-7: Bakıcının hastaya yakınlıklarının dağılımı

## 6f-Hasta ve Bakıcılarına Uygulanan Ölçeklerin Ortalamaları

Alzheimer hastalarına ve bakıcılarına uygulanan ölçekler, bunlara ait ortalama değerler ve min.-max. Değerler tablo-9 da gösterilmiştir. Hastaların demans derecelerini belirleyen testlerden sMMSE ortalaması  $15,76\pm5,45$ , Katz-GYA ortalaması  $3,98\pm1,82$ , Lawton-EGYA ortalaması  $2,11\pm2,05$  olarak bulunmuştur. Demans hastalarının depresyon derecesini değerlendirmek için yapılan Cornell-DDÖ ortalaması  $12,21\pm5,63$  bulunmuştur.

ATD hastasının evde bakımını üstlenmiş aile bireyinin depresyon bulgusunu değerlendirmek amacıyla yapılan Beck-DÖ ortalaması  $14,98\pm10,46$  bulunmuştur. Yine bu bakıcılara uygulanan WHOQOL-Bref-tr ölçeğindeki Bedensel, Sosyal, Ruhsal ve Çevresel Alandaki ortalamaları sırasıyla  $51,48\pm13,92$  ,  $61,38\pm19,58$  ,  $60,20\pm15,31$  ,  $55,00\pm14,22$  bulunmuştur.

ÖLÇEKLER		X±SS	ALINAN MİN-MAX DEĞERLER	ALINABİLECEK MİN-MAX DEĞERLER	
<b>HASTA</b>	SMMSE	$15,76\pm5,45$	0-24	0-30	
	Katz-GYA	$3,98\pm1,82$	0-6	0-6	
	Lawton-EGYA	$2,11\pm2,05$	0-8	0-8	
	Cornell-DDÖ	$12,21\pm5,63$	1,0-35	0-38	
<b>Bakıcı</b>	Beck-Depresyon	$14,98\pm10,46$	0-45	0-63	
	WHOQOL BREF-TR	Bedensel Alan	$51,48\pm13,92$	17,86-85,71	20-100
		Sosyal Alan	$61,38\pm19,58$	16,67-100,00	20-100
		Ruhsal Alan	$60,20\pm15,31$	25,00-91,67	20-100
		Çevresel Alan	$55,00\pm14,22$	27,78-88,89	20-100

Tablo-9: ATD Hastaları ve bakıcılarına uygulanan ölçekler ve genel toplam ortalamaları

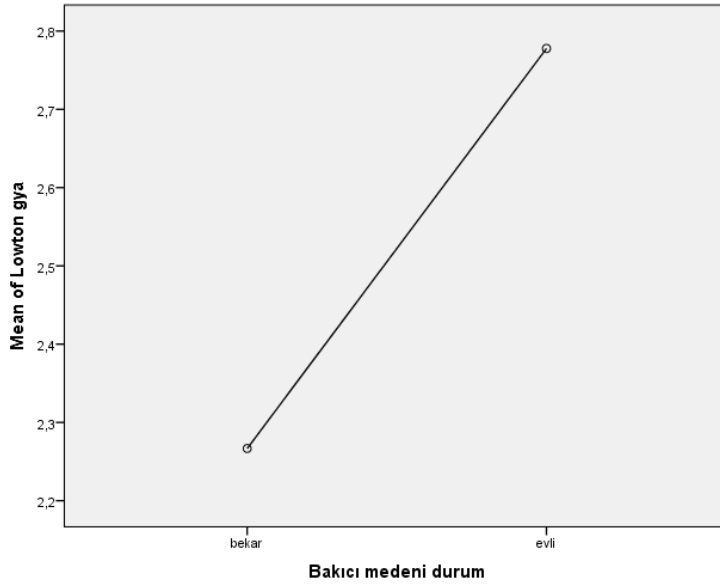


## 6g-Sosyodemografik Özellikler ile Hasta Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizleri

Hasta bakıcılar ve hastaların sosyodemografik özellikleri ile ATD hastalarının ağırlık dercelerinin ve demans bulgularını gösteren ölçekler ile karşılaştırmalı ilişkileri tablo-10 da gösterilmektedir.

Çalışmamızda 'bakıcı cinsiyeti' ile sMMSE, Katz-GYA, Lawton-EGYA ve Cornell-DDÖ arasında herhangi bir istatistiksel anlamlılığa rastlanmamıştır.

'Bakıcı medeni durumu' ile sMMSE, Katz-GYA, Cornell-DD ölçekleri arasında istatistiksel anlamlılığa rastlanmamış olup, bakıcısı evli olan hastaların Lawton-EGY ölçeği bekar olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur(Şekil-8).



Şekil-8: Bakıcı Medeni durumu ile Hasta Lawton-EGYA arası ilişkiyi gösteren grafi

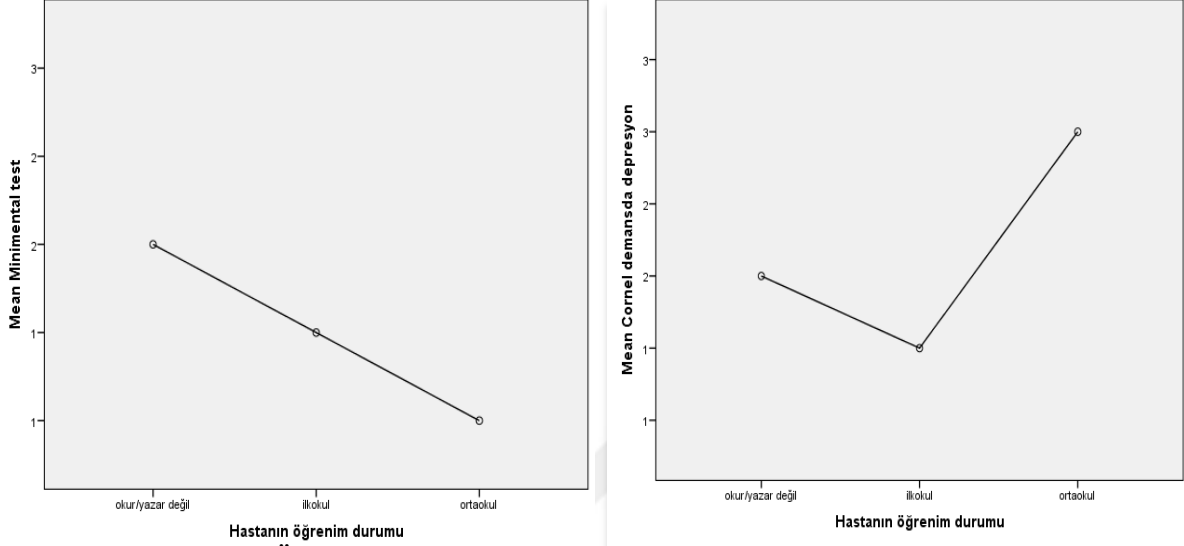
'Bakıcı Öğrenim durumu' ile sMMSE, Katz-GYA, Cornell-DDÖ ve Lowton-EGYA nde herhangi bir istatistiksel bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Hastanın cinsiyeti ile yine hastanın sMMSE, Katz-GYA, Lawton-EGYA ve Cornell-DDÖ ile karşılaştırmalarında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı bulguya rastlanmamıştır.

Hastanın medeni durumunun sMMSE, Katz-GYA, Lawton-EGYA ve Cornell-DDÖ ile herhangi bir istatistiksel ilişkisi görülememiştir.

Hastanın öğrenim durumunun Katz-GYA ve Lawton-EGYA arasında herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır. Fakat öğrenim durumu azaldıkça sMMSE ve Cornell-DDÖ

derecelerinde yükselme yani ağırlaşma görülmüştür(Şekil-9). Bu fark özellikle sMMSE de ‘hafif’ ile ‘orta’ arasında daha belirgin olup, Cornell-DDÖ de ‘depresyon bulgusu olmayanlar’ ile ‘hafif’ olanlar arasında belirgin bir şekilde artmıştır.



Şekil-9: Hastanın Öğrenim durumu ile Yine Hastanın Minimental testi(p:0,37) ve Cornell-DDÖ nin karşılaştırılması(p:0,043)

Hanenin aylık geliri ile hastanın sMMSE, Katz-GYA, Cornell-DDÖ ve Lawton-EGY ölçekleri arasında istatistiksel anlam görülmemiştir.

Hasta ve bakıcısının yakınlık derecesi ile hastanın sMMSE, Katz-GYA, Lawton-EGYA ve Cornell-DDÖ testleri arasında ilişkiye rastlanmamıştır.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Minimental			Katz-GYA			Cornell-DDÖ			Lawton-EGYA		
		Hafif	Orta	Şiddetli	Hafif	Orta	Ağır	Yok	Hafif	Şiddetli	Hafif	Orta	ağır
<b>BAKICI</b>	Cinsiyet												
	Erkek	2	4	1	4	3	0	4	3	0	1	3	3
	Kadın	19	23	11	23	17	13	18	27	8	4	8	41
		<i>p:0,736</i>			<i>p:0,334</i>			<i>p:0,360</i>			<i>P:0,139</i>		
	Medeni Durum												
	Bekar	8	5	2	9	2	4	6	7	2	3	5	7
	Evli	13	22	10	18	18	9	16	23	6	2	6	37
		<i>p:0,227</i>			<i>p:0,163</i>			<i>p:0,949</i>			<i>p:0,022*</i>		
	Öğrenim Durumu												
	Okur-yazar değil	8	10	5	11	8	4	10	10	3	2	2	19
ilkokul	3	9	3	5	8	5	3	9	3	0	3	12	
ortaokul	3	2	0	3	1	1	4	1	0	1	1	3	
lise	3	3	1	3	2	2	1	4	23	1	1	5	
üniversite	3	2	2	5	1	1	3	3	0	0	3	3	
	<i>p:0,867</i>			<i>p:0,927</i>			<i>p:0,490</i>			<i>p:0,068</i>			
<b>HASTA</b>	Cinsiyet												
	Erkek	11	9	4	11	11	2	10	10	4	1	3	20
	Kadın	10	18	8	16	9	11	12	20	4	4	8	24
		<i>p:0,356</i>			<i>p:0,076</i>			<i>p:0,559</i>			<i>P:0,346</i>		
	Medeni Durum												
	Eşi Ölmüş	8	14	5	10	10	7	10	13	4	3	4	20
	Evli	12	11	7	16	8	6	12	15	3	2	7	21
		<i>p:0,791</i>			<i>p:0,646</i>			<i>p:0,176</i>			<i>p:0,912</i>		
	Öğrenim Durumu												
	Okur-yazar değil	10	23	10	17	15	11	12	25	6	3	6	34
okur-yazar/ilkokul	8	4	1	8	4	1	10	2	1	1	4	8	
Ortaokul	2	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	
Lise	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
	<i>p:0,037*</i>			<i>p:0,428</i>			<i>p:0,043*</i>			<i>p:0,171</i>			
Hanenin Aylık Geliri													
3000 altı	8	10	3	8	12	4	5	14	5	2	3	19	
3000-5000	12	14	1	15	8	9	15	14	3	2	6	24	
5000 üstü	4	8	0	4	0	0	2	2	0	1	2	1	
	<i>p:0,432</i>			<i>p:0,056</i>			<i>p:0,263</i>			<i>p:0,237</i>			
Hasta-Bakıcı Yakınlığı													
Eşi	7	6	1	8	6	0	6	6	2	2	2	10	
Çocuğu	8	5	4	8	6	3	7	8	2	2	4	11	
Gelini	4	12	7	8	6	9	7	13	3	0	3	20	
Torunu	2	3	0	3	1	1	2	2	1	1	2	2	
Kardeşi	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
	<i>p:0,275</i>			<i>p:0,220</i>			<i>p:0,975</i>			<i>p:0,488</i>			

Tablo-10: Hasta ve bakıcının sosyodemografik özellikleri ile Hasta ölçekleri arasındaki ilişki

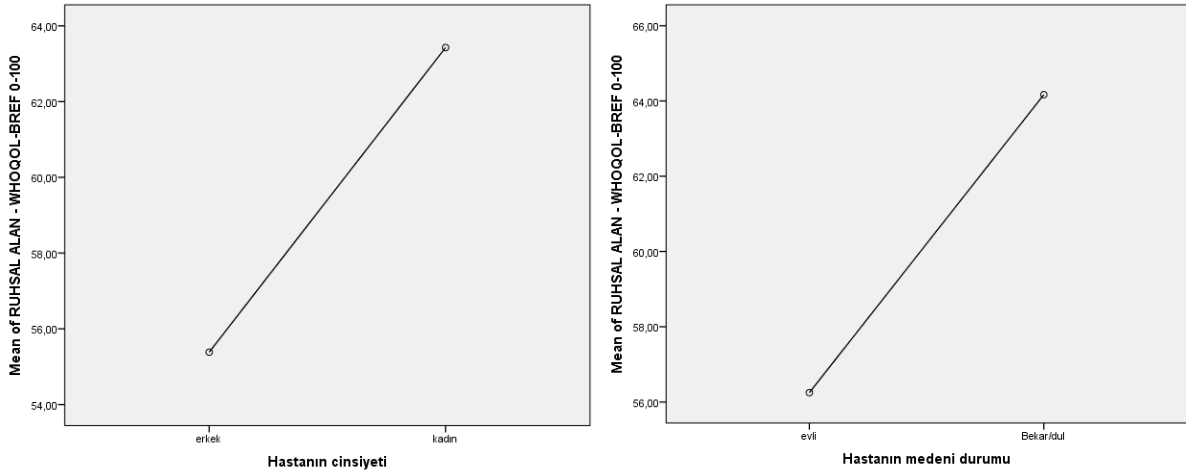
## 6h-Sosyodemografik Özellikler ile Bakıcı Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi

Hasta ve bakıcıların sosyodemografik özellikleri ile bakıcı ölçekleri karşılaştırmalarını gösteren istatistiksel analiz Tablo-11 de verilmiştir.

Bakıcının cinsiyeti, medeni durumu ve öğrenim durumu ile bakıcıya yapılan Beck-DÖ ve WHOQOL-Bref-Tr ölçeklerinde herhangi bir istatistiksel anlamlılığa rastlanmamıştır.

Hastası erkek olan bakıcıların Whoqol-bref-tr testinin Ruhsal alanında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüklük saptanmıştır(Şekil-10).

Aynı düşüklük Hastası evli olan bakıcıların Whoqol-Bref-Tr testinin Ruhsal alan değerlerinde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Şekil-10).

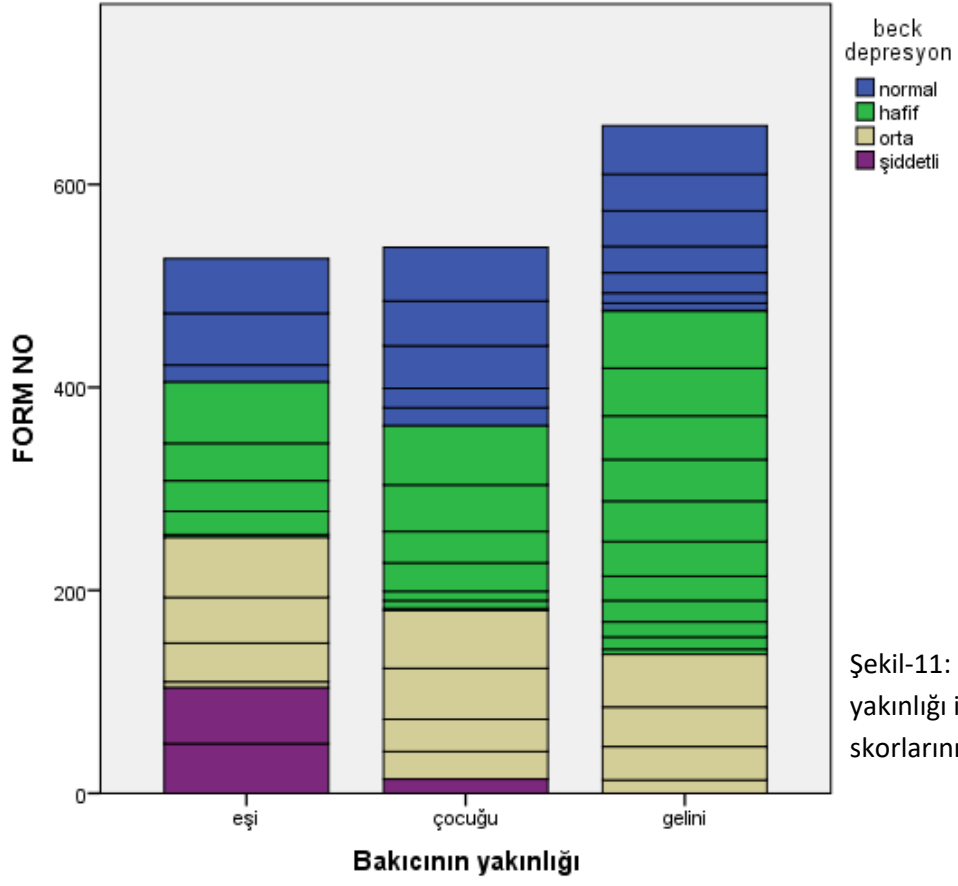


Şekil-10:Hastanın cinsiyet ve medeni durumunun, bakıcının Ruhsal Alan Yaşam Kalitesi ile karşılaştırılması

Hastasının öğrenim durumu ile bakıcıların Beck-DÖ ve Whoqol-bref-tr ölçeklerinde herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

'Hanenin aylık gelir' düzeyi ve 'bakıcı yakınlığı' ile bakıcıya yapılan Beck-DÖ, whoqol-bref-tr ölçekleri arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Bakıcı yakınlığı ile Beck-DÖ değerlendirildiğinde, depresyon bulgu skorları hastanın eşinde en yüksek, sonra çocuğunda, en düşük ise gelinde bulunmuştur(Şekil-11).



Şekil-11: Bakıcının hastaya olan yakınlığı ile Beck-Depresyon skorlarının karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Beck-DEPRESYON ÖLÇEĞİ				WHOQOL-BREF-TR			
		Normal	Hafif	Orta	Şiddetli	Bedensel Alan	Sosyal Alan	Ruhsal Alan	Çevresel Alan
<b>BAKICI</b>	Cinsiyet								
	Erkek	3	3	1	0	54,08±8,10	66,67±18,00	62,5±15,40	56,75±13,50
	Kadın	17	20	12	4	51,15±14,54	60,69±19,84	59,91±15,42	54,77±14,43
		<i>p:0,805</i>				<i>p:0,604</i>	<i>p:0,453</i>	<i>0,677</i>	<i>p:0,733</i>
	Medeni Durum								
	Bekar	7	2	5	1	46,98±10,80	60,90±19,66	57,32±17,44	50,43±14,34
	Evli	13	21	8	3	52,74±14,52	61,52±19,78	60,99±14,78	56,26±14,09
		<i>p:0,134</i>				<i>p:0,189</i>	<i>p:0,920</i>	<i>0,455</i>	<i>0,193</i>
	Öğrenim Durumu								
	Okur-yazar değil	3	12	5	3	47,67±12,07	59,06±18,79	56,52±12,43	53,26±14,20
ilkokul	7	6	4	1	50,00±15,64	57,87±21,67	59,49±16,35	53,40±12,62	
ortaokul	4	1	0	0	59,29±3,19	76,67±9,13	77,50±9,59	57,22±7,51	
lise	2	3	2	0	58,16±15,80	66,67±23,57	64,29±15,38	63,10±13,49	
üniversite	4	1	2	0	55,61±15,41	61,90±15,85	57,74±18,85	55,16±21,90	
	<i>p:0,406</i>				<i>p:0,221</i>	<i>p:0,354</i>	<i>p:0,071</i>	<i>p:0,577</i>	
<b>HASTA</b>	Cinsiyet								
	Erkek	5	11	6	2	49,40±14,58	62,85±18,22	55,38±16,46	51,62±12,87
	Kadın	15	12	7	2	52,88±13,49	60,42±20,64	63,43±13,81	57,25±14,81
		<i>p:0,418</i>				<i>0,348</i>	<i>p:0,642</i>	<i>p:0,045*</i>	<i>p:0,134</i>
	Medeni Durum								
	Bekar/Dul	11	11	4	1	54,06±14,31	61,78±21,65	64,66±15,97	55,65±16,49
	Evli	8	11	9	2	49,08±13,33	61,02±17,79	56,05±13,64	54,39±14,98
		<i>p:0,236</i>				<i>p:0,138</i>	<i>p:0,882</i>	<i>0,028*</i>	<i>0,735</i>
	Öğrenim Durumu								
	Okur-yazar değil	15	17	9	2	51,74±13,62	60,85±20,78	61,05±15,10	54,65±14,59
okur-yazar	2	2	2	0	49,40±6,55	56,94±17,81	60,42±13,63	56,48±12,87	
ilkokul	2	2	2	1	50,00±18,34	65,48±15,54	59,52±18,74	50,40±7,76	
ortaokul	1	1	0	1	54,46±21,10	66,67±19,25	52,08±17,51	64,58±20,58	
	<i>p:0,638</i>				<i>p:0,941</i>	<i>p:0,0,814</i>	<i>p:0,355</i>	<i>p:0,773</i>	
Hanenin Aylık Geliri									
3000 altı	8	8	6	2	51,64±17,21	62,85±17,20	57,12±17,05	53,59±16,23	
3000-5000	11	15	4	2	51,67±11,76	59,90±21,94	62,89±14,01	56,25±13,07	
5000-10000	1	0	3	0	49,11±10,26	64,58±15,77	57,29±13,77	53,47±12,70	
	<i>p:0,153</i>				<i>p:0,941</i>	<i>p:0,814</i>	<i>p:0,355</i>	<i>p:0,773</i>	
Hasta-Bakıcı Yakınlığı									
Eşi	3	5	4	2	47,95±13,99	62,50±17,22	55,36±14,57	55,16±14,37	
Çocuğu	5	7	4	1	48,94±16,92	54,86±21,75	55,56±14,90	55,56±15,98	
Gelini	8	11	4	0	55,12±18,80	60,71±26,23	58,33±15,40	50,00±14,61	
Torunu	4	0	1	0	55,71±13,44	62,32±19,44	65,58±14,93	56,88±13,13	
Kardeşi	0	0	0	1	39,28±14,57	72,92±4,17	63,54±18,12	50,69±18,62	
	<i>p:0,020*</i>				<i>p:0,396</i>	<i>p:0,601</i>	<i>p:0,229</i>	<i>p:0,810</i>	

Tablo-11: Sosyodemografik Özellikler ile Bakıcı Testleri Karşılaştırılması

## 6i-Hasta Ölçekleri ile Bakıcı Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi

Hastaya yapılan sMMSE, Katz-EGYA ve Cornell-DDÖ ile bakıcıya yapılan Beck-DÖ ve Whoqol-Bref-Tr ölçekleri arasında anlamlı bir istatistiksel özellik saptanmamıştır. Bu ölçeklerin karşılaştırması Tablo-12 de detaylı gösterilmiştir.

ÖLÇEKLER		Bakıcı							
		Beck-Depresyon Ölçeği				WHOQOL-BREF-TR			
		Normal	hafif	orta	şiddetli	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
<b>Hasta</b>	<b>SMMSE</b>								
	Hafif	5	9	6	1	51,36±14,92	58,53±14,99	65,08±17,99	58,60±15,95
	Orta	12	9	5	1	53,17±13,26	63,43±15,94	61,42±19,22	54,32±14,15
	Ağır	3	5	2	2	47,92±14,08	55,90±14,04	54,86±22,88	50,23±9,94
		p:0,526				p:0,560	p:0,307	p:0,360	p:0,256
	<b>Katz-GYA</b>								
	Hafif	8	12	7	0	53,84±13,25	59,72±13,82	61,73±16,22	57,30±15,30
	Orta	6	7	4	3	49,46±15,43	57,08±18,24	63,75±22,34	51,67±14,37
	Ağır	6	4	2	1	49,73±13,16	66,03±12,60	57,05±22,27	55,34±11,42
		p:0,455				p:0,505	p:0,258	p:0,634	p:0,411
	<b>Cornell-DDÖ</b>								
	Yok	9	8	4	1	51,62±13,93	60,04±13,83	60,98±19,31	55,43±11,77
Hafif	9	13	7	1	51,79±15,06	62,36±16,79	62,22±20,26	54,26±15,50	
Ağır	2	2	2	2	50,00±10,46	52,60±12,19	59,37±20,14	56,60±16,99	
	p:0,410				p:0,949	p:0,281	p:0,931	p:0,907	

Tablo-12: Hasta Ölçekleri ile Bakıcı Ölçekleri Karşılaştırılması

## 6j-Hasta Ölçeklerinin Kendi Aralarında Karşılaştırılması

Hastaya yapılan sMMSE, Katz-GYA ve Lawton-EGYA ölçekleri arasında doğrusal olarak yüksek oranda anlamlılık bulunmuştur. Fakat Cornell-DD ölçeğinin sadece Katz-GYA ölçeği ile korale olup da, sMMSE ve Lawton-EGYA ölçekleri ile korale olmaması dikkatimizi çekmiştir.

<b>HASTA ÖLÇEKLERİ</b>	<b>Katz-GYA</b>			<b>Lawton-EGYA</b>			<b>Cornell-DDÖ</b>		
	Hafif	Orta	Ağır	Hafif	Orta	Ağır	Yok	Hafif	Şiddetli
<b>SMMSE</b>									
Hafif	17	4	0	5	6	10	10	9	2
Orta	10	11	6	0	5	22	9	15	3
Ağır	0	5	7	0	0	12	3	6	3
	<i>p:0,000**</i>			<i>p:0,003**</i>			<i>p:0,555</i>		
<b>Katz-GYA</b>									
Hafif				4	11	12	16	11	0
Orta				1	0	19	4	11	5
Ağır				0	0	13	2	8	3
				<i>p:0,000**</i>			<i>p:0,006**</i>		
<b>Lawton-EGYA</b>									
Hafif	4	1	0				2	2	1
Orta	11	0	0				6	5	0
Ağır	12	19	13				14	23	7
	<i>p:0,000**</i>						<i>p:0,506</i>		

Tablo-13: Hasta Ölçeklerinin Birbiri ile İlişkisi

## 6k-Bakıcı Ölçeklerinin Kendi Aralarında Karşılaştırılması

Bakıcıya yapılan Beck-DÖ ile Whoqol-Bref-tr bütün alan ölçekleri arasında istatistiksel olarak, ters orantılı olmak üzere, yüksek anlamlılık bulunmuştur.

<b>BAKICI ÖLÇEKLERİ</b>	<b>WHOQOL-BREF-TR</b>			
	Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel
<b>Beck-DÖ</b>				
normal	58,39±12,00	68,54±13,13	72,50±15,55	62,22±9,88
hafif	52,01±13,78	63,40±12,30	57,24±18,68	56,52±11,98
orta	44,50±11,35	48,07±11,86	57,69±16,47	43,80±13,75
şiddetli	36,60±12,83	39,58±9,91	41,66±28,86	46,52±23,39
	<i>p:0,003**</i>	<i>p:0,000**</i>	<i>p:0,005**</i>	<i>p:0,001**</i>

Tablo-14: Bakıcı Beck-DÖ ile Bakıcı Whoqol-bref karşılaştırılması



## 7-TARTIŞMA

Çalışmamızda ATD hastalarının hastalık derecesi, evresi, davranışsal semptomları ile bunlara bakım verenlerin depresyon durumu ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedefledik. Salt hastaların bakıcılar üzerindeki etkisini değil de, bakıcıların sosyokültürel düzeylerinin hastaların hastalık derecesine olan etkilerini de araştırmaya çalıştık. Öte yandan bölgemizdeki Alzheimer hastalarının ve bakıcıların demografik özelliklerinin birbirini nasıl etkileyip şekillendirdiğini de gözlemlemeyi düşündük.

Çalışmamızda hastaların 24(%40) ünün erkek ve 36(%60) sının kadın olduğunu gördük. Çalışmamıza alınan hastaların %70 inin okur-yazar olmadığı dikkati çekmiş olup, bölgemizin sosyokültürel düzeyi ile ilişkili olduğunu düşündük. Hastalarımızın yaş ortalamalarının 77 olduğu ve TÜİK verilerine göre 1960-1970 arası Türkiye geneli okur-yazar olmayanların oranının %43-%60 arası[59] olduğunu da düşünecek olursak, bölgemize göre bulduğumuz istatistiksel değerin normal olduğu düşünülebilir.(Tablo-13)

Yıl	Nüfus		+ 6 Yaş Okuma Yazma Bilmeyen Nüfus					
			Toplam		Erkek		Kadın	
	Genel	+ 6yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1960	27.754.820	22.542.016	13.625.086	60,49	5.324.368	46,37	8.300.718	75,16
1965	31.391.421	25.664.797	13.138.956	51,24	4.688.565	35,90	8.450.391	67,16
1970	35.605.176	29.273.361	12.817.836	43,29	4.393.495	29,69	8.424.341	58,20
1975	40.347.719	33.530.605	12.144.188	36,28	4.096.110	23,79	8.048.078	49,49
1980	44.736.957	37.523.623	12.197.323	32,52	3.802.455	20,02	8.394.868	45,33

Tablo-15: Türkiye Geneli Yıllara göre Okuma-Yazma Durumu

Çalışmamızda ortalama bakım veren 60 kişinin yaş ortalamasının 46 olduğu görüldü. Bu bakım verenlerin çoğunun orta yaş ve üstünde olduğunu gösteren birçok çalışma ile de uyumlu bulunmuştur. Torti ve arkadaşları çalışmalarında bakım veren kişilerin genelde orta yaş üstü olduğunu bulunmuştur[60]. Türkiye’de Altın ve Avcının yaptığı çalışmada da bakım verenlerin yaş ortalaması 48 bulunmuştur[61].

Çalışmamızda bakım verenlerin %88 i gibi büyük bir çoğunluğunun kadın olduğu görüldü. Akyar ve Akdemir’ in çalışmasında bu oran %86 şeklindedir[62]. Yıldırım ve

ark.[63] bu oranı %75, Mollaoğlu ve ark.[64] %65,5 şeklinde bulmuşlardır. İtalya'da da Rinaldi ve ark. çalışmasında Alzheimer hasta bakıcılarının %75'nin kadın olduğu bulunmuştur[65]. Berger ve ark. Almanya'daki çalışmalarında bu oran %69 olarak bulunmuştur[66]. 2014 yılında Kasper ve ark. Amerikada yaptığı çalışmada da kadınların Alzheimer hastalarına bakımda önemli rol oynadığı sonucuna varılmıştır[67]. Bizim çalışmamızda da bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun kadın olması literatürler ile benzerlik göstermektedir. Geleneksel olarak toplumumuzda hasta, çocuk, yaşlı veya engelliye bakım, genelde kadınlar tarafından sağlanmaktadır. Çalışmamız veya benzer toplumdaki diğer çalışmalarda da görülen bu durumun nedeninin, evrensel geleneklerin kadına yüklemiş olduğu bakım görevinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı aşıkardır.

Hastaya bakan aile bireylerin %75 gibi bir çoğunluğunun evli olduğu görüldü. Bu kişilerin %38,33 ü gelin, %23,33 ünün de eşleri olduğu dikkati çekmektedir. Bekar bakıcıların da %15 gibi bir çoğunluğunun hastanın kız çocukları olduğu dikkati çekmiştir. Türkiye deki yapılan bazı çalışmalarda, aile bireyi tarafından bakıcılığı yapılan hasta bakıcıların %72sinin evli, bir diğer çalışmada da %80 inin evli olduğu görülmüştür[62, 68].

Hasta bakımını üstlenmiş aile bireylerinin çoğunluğunun(%38,3) okur yazar olmadığı ve okur-yazar olanların da çoğunluğunun(%15) ilkokul seviyesinde öğrenim durumunda olduğu görülmüştür. Bu durum çalışma hayatına giremeyen kişilerin, kendilerini hasta bakıcı olarak bulmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmış olabileceği gibi, ailelilerin sosyokültürel seviyelerinin bir yansıması da olabilir. Özer ve arkadaşlarının Türkiye de yaptıkları bir çalışmada da AH bakıcılarında okur-yazar olmayanlarının oranını %15, ilkokul mezunlarının da %43 olduğu bulunmuştur[69].

Çalışmaya alınan hastalarımızın çoğunluğu, gerek Minimental test gerekse Katz-GYA ölçek değerlendirmelerimize göre, orta evre demans kliniğinde oldukları tespit edildi. Yaptığımız sMMSE ve Katz-GYA ölçekleri birbiri ile istatistiksel olarak anlamlı derecede korele idi. Yapılan çalışmalarda kognitif bozukluk arttıkça, günlük yaşam aktivitelerinde bozulmanın da arttığı görülmüştü[70, 71]. Bir görüş olarak; kişilerin günlük yaşamdaki faaliyetleri arttıkça, bellek fonksiyonlarının daha sağlıklı işleyebileceği söylenmekle birlikte, diğer görüşte; kognisyondaki iyiliğin fiziksel faaliyetlerini daha iyi yapmaya sebebiyet vererek yaşam aktivitelerini düzeltebildiği de dile getirilmiştir[72, 73].

Demansa depresyon durumu değerlendirilmesi için kullanılan Cornell-DD ölçeğine göre hastalarımızın en sık hafif depresif bulgular gösterdiğini saptadık. Depresif semptomlar

en sık erken dönemlerde olmak üzere, hastaların %30-50 sinde ortaya çıktığı bildirilmektedir[74-76]. Cornell-DDÖ, sMMSE testleri ile korale olmayıp Katz-GYA ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı ölçüde korale idi. Katz-GYA ölçeğine göre hastaların ağırlık dereceleri arttıkça Cornell-DDÖ nde de bozulmalar artmıştır. Oysaki Türkiye de yapılan bir çalışmada AH larında günlük yaşam aktivitelerinin depresif semptomlar üzerinde etkisi gösterilememiştir[77]. Çalışmamızdaki bu bulgu, özellikle demans derecesi arttıkça halüsinasyon, hezeyan ve uyku bozukluğu gibi durumların artmasının sonucu olabilir. Fakat tersten bakınca, özellikle demans hastalarının ileri dönemlerinde oluşan bu düşünce ve davranış bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olabilen en önemli faktörden biri olabilir. Depresyon ölçeğinin Minimental Test ile korale olmayıp da, günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile korale olması, bizlerde ikinci seçeneğin daha kabul edilebilir bir ihtimal olduğu kanaati uyandırmıştır. Diğer yandan bu korelasyonun sebebi, demans hastaların bu ruhsal anormalliklerinin, hastanın yakınlarında, hastaya karşı güven kaybına neden olup, günlük yaşamda daha fazla kontrol altında tutmak gerektiği kanaatinin sonucu da olabilir. Demans hastalarında özellikle bu psikiyatrik problemlerin düzeltilmesi, hastaları en azından evlerindeki günlük yaşamda daha fazla bağımsız kılp, özellikle bakıcıların güvenini daha çok arttırmaya neden olabilir.

Çalışmamızda bakıcının cinsiyet, öğrenim durumu, yakınlığı gibi sosyokültürel düzeyi ile hastanın hastalık derecesini ve depresyonunu gösteren sMMSE, Katz-GYA, Lawton-EGYA ve Cornell-DD ölçekleri arasında herhangi bir istatistiksel anlamlılık görülmemiştir. Fakat Lawton-EGYA ölçeği bakıcısı evli olanlarda daha istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum bakıcısı evli olanların telefon kullanabilme, yemek yapma ve temizliğe yardım etme gibi enstrümantal işlevlerde daha iyi olduğunu göstermekte. Evli olan bakıcının sorumlulukları nedeni ile, hastanın temel yaşamından daha az gerekli Enstrimental işlevlerinde, hastaya yeterince vakit ayıramaması kaynaklı olabilir. Daha fazla işlevselliğin, beyin fonksiyonu üzerine olumlu etkisinin bir göstergesi olduğu kanaatine de varılabilir.

Çalışmamızda hastanın öğrenim durumu değerlendirildiğinde, hastanın öğrenimi arttıkça sMMSE ve Cornell-DD ölçeklerinde de istatistiksel olarak düzelme görülmüştür. Literatürlerde halihazırda Alzheimer insidansının, yüksek eğitimlilerde daha az olduğu söylenmekte olup[78, 79], bulgularımız eğitim düzeyi ile kognitif ve depresyonu ölçen gerek toplumumuzda gerekse yurtdışındaki benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur[80-83].

Çalışmamızda hastası erkek ve evli olan bakıcıların Whoqol-Bref-Tr testinin Ruhsal alanında istatistiksel olarak anlamlı düşüklük saptanmıştır. Çoğu kronik hastalıklarda incelenen bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda hastanın cinsiyeti ve medeni durumu ile bakıcının yükü veya bakıcının yaşam kalitesi, bizim çalışmamızın aksine ilişkisiz bulunmuş veya incelemeye alınmamıştır[68, 83-87]. Bizim çalışmamızda, bakıcı olarak en fazla hastanın gelini ve eşi olduğunu düşünecek olursak, kayınpederine bakan gelin ve eşine bakan kadının ruhsal yaşam kalitesi düşük saptanmıştır. Bu durum erkek cinsiyetin bakımının kadına göre ruhsal anlamda daha fazla memnuniyetsizliğe sebebiyet verdiğini gösterebileceği gibi, kadınlardaki genel depresif durumlarının daha fazla olmasının bir sebebi de olabilir[88].

Çalışmamızın en önemli bulgularından biri de, bakıcı yakınlığı ile bakıcı Beck-D ölçeği arasındaki ilişkidir. Bulgularımıza göre AH sına bakım veren aile bireyleri arasında en fazla depresyon bulgusu eş, daha sonra çocuk, en az da gelinlerde görülmektedir. Türkiye de yapılan bir çalışmada AH sına bakım verilirken, eş ve çocuklarda depresyon bulgusu anlamlı olmazken, gelinlerde anlamlı bulunmuştur[89]. Buna karşın bazı yurtdışı çalışmalarda bakıcılar arasından eş ve çocukların depresyon riski diğer aile bireyelerine göre daha yüksek bulunmuştur[90, 91]. Bakıcı yakınlığı ile psikiyatrik ölçekler arasında herhangi bir anlam bulamayan çalışmalar da mevcuttur[68]. Bu durumun bölgemizdeki aile yapısının bir sonucu olduğunu ve hastanın birinci derece yakınlarının hastanın durumundan daha fazla etkilenmesinin bir sonucu olarak görmekteyiz.

Çalışmamızda hastalığın evresini ve hastanın depresyon durumunu gösteren ölçekler ile, bakıcının depresyon ve yaşam kalitesi açısından herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Halbuki bizim çalışmamızın aksine, hastalığın şiddeti ile, bakıcı yaşam kalitesinin azaldığını gösteren birçok çalışma mevcuttur[68, 92-95]. Özellikle yapılan diğer çalışmalarda hastanın fonksiyonel kapasitesi ile bakıcının yükü, tükenmişliği gibi durumların artmış olduğu bildirilmiştir[66, 96-98]. Yine çoğu çalışmada özellikle AH larında psikolojik bozuklukların, bakıcılarda tükenmişlik ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı azalmaya neden olduğu bulunmuştur[7, 66, 90, 99, 100]. Bizim çalışmamızda hastanın ağırlık derecesi veya depresif semptomlarının, bakıcının yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmaması, hastanın hastalık derecesi ne olursa olsun yakını tarafından bir yük olarak görülmemesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

## 8-SONUÇ VE ÖNERİLER

Alzheimer hastalığı ilerleyici kognitif yıkım ile giden, hastanın fonksiyonel kapasitesini etkileyip başka kişilere olan bağımlılığını artıran progresif bir hastalıktır. Tüm dünyada nüfus ve özellikle yaşlı nüfusu giderek artmakta ve doğal olarak Alzheimer Hastalığı görülme sıklığı da artmaktadır. Yapılan çalışmalar Alzheimer hastalığının, bu hastalara bakım verenlerde tükenmişliğini anlamlı olarak arttırdığını göstermektedir. Özellikle psikolojik ve davranışsal semptomların, hastanın bakım veren yakınlarında hayat kalitesini bozduğu görülmüştür. Fakat bu yaşam kalitesindeki bozukluklar ve bakıcılardaki depresyon belirti dereceleri, özellikle sosyokültürel yapı ile ilişkili olarak çeşitli farklılıklar göstermektedir.

Biz çalışmamızda Alzheimer hastalarına bakım verenlerde, hastasının klinik derecesi ve psikolojik durumuna göre hayat kalitesi ve depresyon bulgularına olan etkisini inceledik. Ayrıca bu durumların sosyodemografik değişikliklerdeki farklılıklarını da inceleyip, hastanın da bu durumdan kognitif olarak etkilenip etkilenmediğini göstermeye çalıştık.

Çalışmamızda çoğu çalışmanın aksine hastanın klinik evre veya depresif bulgu derecelerinin, hastaya bakım veren üzerinde yaşam kalitesi veya depresyon bulguları açısından herhangi bir etkisinin olmadığını gördük.

Fakat önemli bir bulgu olarak hasta bakıcının hastaya olan yakınlığı ile depresyon bulgularının arttığını tespit ettik. Ve hasta bakıcıları arasında en çok depresif bulgu gösterenlerin çocuklar ve sonra eşler olduğunu gördük. Buna rağmen, yakınlık derecesi ile hayat kalitesi arasında anlamlı bir farklılık görülmediğinin tespit edilmesi de, hasta yakınlarının hastayı bir yük olarak görmediğini bize düşündürmüştür. Erkek hastalara bakım verenlerde görülen ruhsal yaşam kalitesindeki düşüklük, yine sosyokültürel bir faktör olarak görülüp, hasta bakıcıları seçiminde ailelere nasıl bir yol izleyecekleri konusunda yol gösterebilir.

Çalışmamızda bulduğumuz gündelik yaşam aktiviteler kısıtlandıkça, artan depresyon semptomları veya tam tersi olarak hastanın depresif semptomları arttıkça günlük yaşamındaki aktivitelerin kısıtlanması, çeşitli öneriler için bize katkı sunabilir. Başka çalışmalarla da desteklenme gerekliliği ile birlikte, örneğin; bakıcılara hastanın günlük aktivitelerini kontrollü bir şekilde hastanın kendisine bırakmanın daha iyi bir seçenek olduğu sunulabilir. Bu şekilde yaklaşım hastanın davranış ve depresif durumlarını kısmen

düzeltebilme şansı doğurabilir. Aradaki ilişkiye ters taraftan bakınca da, tedavi edicilere şöyle bir öneride bulunabiliriz; hastaların günlük aktivitelerinde bağımsızlığı arttırabileceğinden, depresif ve davranış bozukluğu semptomlarının erken tedavi edilmesi önemli bir husustur.

Çalışmamızda buna benzer bir bulgu da, evli bakıcıların hastalarının, günlük yaşamdaki Enstrimental aktivitelerinde (telefon kullanma, alış-veriş, temizlik vs.) daha bağımsız olmalarıdır. Farklı sorumlulukları da olan evli bakıcıların, bu sorumluluklar nedeni ile hastaya temel yaşam desteği dışında kalan Enstrimental işlerde daha fazla sorumluluk vermeleri -hastalara yaptığımız testlere göre- hastalığın derecesine olumlu katkı sağlamış olması, kontrollü bir şekilde hastanın kendisine bazı görevler verme önerimizi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda toplam kişi sayısının az olması, özellikle gerek hasta ve gerek bakıcının depresif bulgu incelemelerinde psikiyatrik destek alıp-almadığını dikkate almamamız, daha fazla ölçek kullanamamış olmamız, evde bakıcı görevini üstlenmiş aile bireyi dışında hastanın başka yakınına çalışmaya almamış olmamız çalışmamızın çeşitli kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Kısıtlılıklar azaltılarak daha fazla hasta ile ve çok merkezli çalışmalarda bizim de üzerinde durduğumuz durumların incelenmesi, Alzheimer hasta bakımının aile tarafından sağlandığı hastaların ailelerine verilebilecek eğitimlere ciddi mana da yol gösterebilir. Çalışmamızın da bu konuda katkı sağlaması temennimizdir.

## 9-KAYNAKLAR

1. Lehr, U., Y. Psikolojisi, and P.J.İ.-. des Alterns, *Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı*. 1994.
2. EKER, E.J.T.K.J.o.l.M.S., *Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar*. 2005. **1**(29): p. 3-16.
3. Dunkin, J.J. and C.J.N. Anderson-Hanley, *Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention*. 1998. **51**(1 Suppl 1): p. S53-S60.
4. Burns, A., *The burden of Alzheimer's disease*. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2000. **3**(7): p. 31-38.
5. Burvill, P., M.J.A. Knuiman, and N.Z.J.o. Psychiatry, *Which version of the General Health Questionnaire should be used in community studies?* 1983. **17**(3): p. 237-242.
6. González-Salvador, M.T., et al., *The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver*. 1999. **14**(9): p. 701-710.
7. Karlawish, J.H., et al., *The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience*. 2001. **49**(8): p. 1066-1070.
8. Wlodarczyk, J.H., et al., *The relationship between quality of life, Mini-Mental State Examination, and the Instrumental Activities of Daily Living in patients with Alzheimer's disease*. 2004. **39**(1): p. 25-33.
9. Banerjee, S., et al., *Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia*. 2006. **77**(2): p. 146-148.
10. Janevic, M.R. and C.J.T.g. M Connell, *Racial, ethnic, and cultural differences in the dementia caregiving experience: Recent findings*. 2001. **41**(3): p. 334-347.
11. Prince, M., et al., *The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis*. 2013. **9**(1): p. 63-75. e2.
12. Gurvit, H., et al., *The prevalence of dementia in an urban Turkish population*. 2008. **23**(1): p. 67-76.
13. Bendlin, B., et al., *Midlife predictors of Alzheimer's disease*. 2010. **65**(2): p. 131-137.
14. Daviglius, M.L., et al., *Risk factors and preventive interventions for Alzheimer disease: state of the science*. 2011. **68**(9): p. 1185-1190.
15. Cankurtaran, M. and S.J.M. Arioğul, *Demans ve alzheimer hastalığı*. 2005. **11**(12): p. 22-57.
16. C., P., *Alzheimer tipi senil demans hastalarında retina sinir lifi katmanındaki dejenerasyonun saptanmasında optik koherens tomografisinin kullanımı*, in *Göz Hastalıkları*. 2015, Bursa Uludağ Üniversitesi.
17. McKhann, G.J.N., *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of health and human services task force on Alzheimer's disease*. 1984. **34**: p. 939-944.
18. Toepfer, M.J.J.o.A.s.d., *Dissociating normal aging from Alzheimer's disease: A view from cognitive neuroscience*. 2017. **57**(2): p. 331-352.
19. Gallagher, D. and N. Herrmann, *Agitation and aggression in Alzheimer's disease: an update on pharmacological and psychosocial approaches to care*. *Neurodegener Dis Manag*, 2015. **5**(1): p. 75-83.
20. Kalaria, R.N.J.N.o.a., *The role of cerebral ischemia in Alzheimer's disease*. 2000. **21**(2): p. 321-330.
21. Chen, Q., et al., *Reactive oxygen species: key regulators in vascular health and diseases*. 2018. **175**(8): p. 1279-1292.
22. Aliev, G., et al., *The role of oxidative stress in the pathophysiology of cerebrovascular lesions in Alzheimer's disease*. 2002. **12**(1): p. 21-35.
23. Carvalho, C. and P.I.J.F.i.p. Moreira, *Oxidative stress: a major player in cerebrovascular alterations associated to neurodegenerative events*. 2018. **9**: p. 806.
24. Bonet-Costa, V., et al., *The proteasome and oxidative stress in Alzheimer's disease*. 2016. **25**(16): p. 886-901.

25. Praticò, D., et al., *Increase of brain oxidative stress in mild cognitive impairment: a possible predictor of Alzheimer disease*. 2002. **59**(6): p. 972-976.
26. Zhao, Y., B.J.O.m. Zhao, and c. longevity, *Oxidative stress and the pathogenesis of Alzheimer's disease*. 2013. **2013**.
27. Wevers, N.R. and H.E.J.T.b. de Vries, *Morphogens and blood-brain barrier function in health and disease*. 2016. **4**(1): p. e1090524.
28. Massacesi, L., et al., *Lag-time in Alzheimer's disease patients: a potential plasmatic oxidative stress marker associated with ApoE4 isoform*. 2019. **16**(1): p. 7.
29. Blennow, K., et al., *Cerebrospinal fluid and plasma biomarkers in Alzheimer disease*. 2010. **6**(3): p. 131.
30. Shaw, L.M., et al., *Cerebrospinal fluid biomarker signature in Alzheimer's disease neuroimaging initiative subjects*. 2009. **65**(4): p. 403-413.
31. Visser, P.J., et al., *Prevalence and prognostic value of CSF markers of Alzheimer's disease pathology in patients with subjective cognitive impairment or mild cognitive impairment in the DESCRIPA study: a prospective cohort study*. 2009. **8**(7): p. 619-627.
32. Overk, C.R. and E.J.B.p. Masliah, *Pathogenesis of synaptic degeneration in Alzheimer's disease and Lewy body disease*. 2014. **88**(4): p. 508-516.
33. Hölttä, M., et al., *Evaluating amyloid- $\beta$  oligomers in cerebrospinal fluid as a biomarker for Alzheimer's disease*. PLoS One, 2013. **8**(6): p. e66381.
34. Yang, T., et al., *New ELISAs with high specificity for soluble oligomers of amyloid  $\beta$ -protein detect natural A $\beta$  oligomers in human brain but not CSF*. 2013. **9**(2): p. 99-112.
35. Savage, M.J., et al., *A sensitive a $\beta$  oligomer assay discriminates Alzheimer's and aged control cerebrospinal fluid*. 2014. **34**(8): p. 2884-2897.
36. Díez-Guerra, F.J.J.I.I., *Neurogranin, a link between calcium/calmodulin and protein kinase C signaling in synaptic plasticity*. 2010. **62**(8): p. 597-606.
37. Brinkmalm, A., et al., *SNAP-25 is a promising novel cerebrospinal fluid biomarker for synapse degeneration in Alzheimer's disease*. 2014. **9**(1): p. 53.
38. Scheltens, P., et al., *Atrophy of medial temporal lobes on MRI in "probable" Alzheimer's disease and normal ageing: diagnostic value and neuropsychological correlates*. 1992. **55**(10): p. 967-972.
39. Scheltens, P., et al., *Visual assessment of medial temporal lobe atrophy on magnetic resonance imaging: interobserver reliability*. 1995. **242**(9): p. 557-560.
40. Frisoni, G.B., et al., *Imaging markers for Alzheimer disease: which vs how*. 2013. **81**(5): p. 487-500.
41. Frisoni, G.B., et al., *The EADC-ADNI Harmonized Protocol for manual hippocampal segmentation on magnetic resonance: evidence of validity*. 2015. **11**(2): p. 111-125.
42. Boccardi, M., et al., *Delphi definition of the EADC-ADNI Harmonized Protocol for hippocampal segmentation on magnetic resonance*. 2015. **11**(2): p. 126-138.
43. Boccardi, M., et al., *Training labels for hippocampal segmentation based on the EADC-ADNI harmonized hippocampal protocol*. 2015. **11**(2): p. 175-183.
44. Folstein, M.F., S.E. Folstein, and P.R.J.J.o.p.r. McHugh, *"Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. 1975. **12**(3): p. 189-198.
45. Güngen, C., et al., *Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tan› s› nda geçerlik ve güvenilirliği*. 2002. **13**(4): p. 273-281.
46. Molloy, D.W., E. Alemayehu, and R.J.A.J.P. Roberts, *Reliability of a standardized mini-mental state examination compared with the traditional mini-mental state examination*. 1991. **148**(1): p. 102-105.
47. Teng, E.L., et al., *Alzheimer's dementia: performance on the Mini-Mental State Examination*. 1987. **55**(1): p. 96.
48. Alexopoulos, G.S., et al., *Cornell scale for depression in dementia*. 1988. **23**(3): p. 271-284.
49. Amuk, T., et al., *Cornell demansta depresyon ölçėđi'nin Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği*. 2003. **14**(4): p. 263-271.



50. Gürvit, H. and B.B.J.N.A. Demanslar, *kognitif bozukluklarda ölçekler*. 2007. **44**: p. 58-65.
51. Katz, S., et al., *Progress in development of the index of ADL*. 1970. **10**(1\_Part\_1): p. 20-30.
52. Pehlivanoğlu, E.F.Ö., et al., *Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish*. 2018. **18**(2): p. 219-223.
53. Graf, C.J.T.g., *The Lawton instrumental activities of daily living (IADL) scale*. 2009. **9**(3): p. 179-186.
54. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring depression*. 1961. **4**(6): p. 561-571.
55. Hisli, N.J.P.D., *Beck Depresyon Envanterinin gecerliliği üzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory)*. 1988. **6**: p. 118-122.
56. Tegin, B.J.Y.d.t., HÜ Psikoloji Bölümü, Ankara, *Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme*. 1980.
57. Fidaner, H.J.J.P.P.P., *Measuring quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-bref*. 1999. **7**: p. 23-41.
58. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group*. Psychol Med, 1998. **28**(3): p. 551-8.
59. *Türkiye İstatistik Kurumu*.
60. Torti, F.M., Jr., et al., *A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden*. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2004. **18**(2): p. 99-109.
61. Altın, A. and İ.A.J.T.P.M.B. Avcı, *Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri*. 2016. **15**(6).
62. AKYAR, A.G.İ. and N.J.H.Ü.H.F.D. AKDEMİR, *Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler*. 2009. **16**(3): p. 32-49.
63. YILDIRIM, S., E. ENGİN, and V.A.J.A.o.N.N.A. BAŞKAYA, *İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler*. 2013. **50**(2): p. 169-174.
64. MOLLAOĞLU, M., F. ÖZKAN TUNCAY, and T. KARS FERTELLİ, *İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler*. 2011.
65. Rinaldi, P., et al., *Study Group on Brain Aging of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study*. 2005. **20**(2): p. 168-74.
66. Berger, G., et al., *Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients*. 2005. **18**(3): p. 119-128.
67. Kasper, J.D., *Disability and care needs of older Americans by dementia status: An analysis of the 2011 National Health and Aging Trends Study*. 2014.
68. Altın, M.J.U.T., TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, *Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete*. 2006.
69. Ozer, N., A. Yurttaş, and R.J.J.o.t.n.o.j.o.t.T.N.S. Akyil, *Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit Burden Interview in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics*. 2012. **23**(1): p. 65-71.
70. Camcı, Y., et al., *Demans tanılı yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile MMSE skorları arasındaki ilişki*. 2010. **2**: p. 50-53.
71. Diker, J., et al., *Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması*. 2001. **2**(2): p. 79-86.
72. Fry, P.J.T.I.J.o.A. and H. Development, *Individual differences in reminiscence among older adults: Predictors of frequency and pleasantness ratings of reminiscence activity*. 1991. **33**(4): p. 311-326.
73. Parker, R.G.J.T.g., *Reminiscence: A continuity theory framework*. 1995. **35**(4): p. 515-525.
74. Olin, J.T., et al., *Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background*. 2002. **10**(2): p. 129-141.
75. Boyd, J.H. and M.M.J.A.o.G.P. Weissman, *Epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions*. 1981. **38**(9): p. 1039-1046.

76. Beekman, A.T., et al., *The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community*. 2002. **59**(7): p. 605-611.
77. BİLGİÇ, B., et al., *Erken Evre Alzheimer Hastalığında İzlenen Ak Madde Hiperintensitelerinin Depresif Semptomlar ve Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi*. 2013. **50**(4).
78. Kawas, C., et al., *Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease: the Baltimore Longitudinal Study of Aging*. 2000. **54**(11): p. 2072-2077.
79. Ganguli, M., et al., *Ten-year incidence of dementia in a rural elderly US community population: the MoVIES Project*. 2000. **54**(5): p. 1109-1116.
80. Keskinoğlu, P., R. Uçku, and G.J.J.o.N.S. Yener, *Yeniden Düzenlenmiş Standadize Mini Mental Test'in Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Uygulanan Ön Test Sonuçları*. 2008. **25**(1).
81. Kabir, Z.N. and A.J.I.j.o.g.p. Herlitz, *The Bangla Adaptation of Mini-mental State Examination (BAMSE): an instrument to assess cognitive function in illiterate and literate individuals*. 2000. **15**(5): p. 441-450.
82. Keskinoglu, P., et al., *The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey*. 2006. **43**(1): p. 93-100.
83. Bruce, M.L., et al., *Major depression in elderly home health care patients*. 2002. **159**(8): p. 1367-1374.
84. Seeher, K., et al., *Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review*. 2013. **9**(3): p. 346-355.
85. Hazal, O. and Y.J.H.S.İ.D. ÇELİK, *Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma*. **21**(4): p. 625-640.
86. Hamarat, D.T., Karen M. Zabrucky, Don Steele, Kenneth B. Matheny, Ferda Aysan, Errol %J Experimental Aging Research, *Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults*. 2001. **27**(2): p. 181-196.
87. Takano, M. and H.J.P. Arai, *Gender difference and caregivers' burden in early-onset Alzheimer's disease*. 2005. **5**(3): p. 73-77.
88. Lutzky, S.M., B.G.J.P. Knight, and aging, *Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles*. 1994. **9**(4): p. 513.
89. Sivrioğlu, E.J.Y.S., *Alzheimer hastalarının bakım verenlerinde sosyodemografik özellikler ve bakım verme biçiminin depresyon düzeyiyle ilişkisi*. 2004. **42**: p. 55-59.
90. Coen, R.F., et al., *Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease*. 1997. **12**(3): p. 331-336.
91. Rinaldi, P., et al., *Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study*. 2005. **20**(2): p. 168-174.
92. Amieva, H., et al., *Needs and expectations of Alzheimer's disease family caregivers*. 2012.
93. De Vugt, M.E., et al., *Behavioral problems in dementia patients and salivary cortisol patterns in caregivers*. 2005. **17**(2): p. 201-207.
94. Kiecolt-Glaser, J.K., et al., *Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health*. 1991. **53**(4): p. 345-362.
95. De Vugt, M.E., et al., *Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: findings from the prospective MAASBED study*. 2006. **35**(2): p. 160-166.
96. Leinonen, E., et al., *The comparison of burden between caregiving spouses of depressive and demented patients*. 2001. **16**(4): p. 387-393.
97. Harper, S., D.A.J.T.I.J.o.A. Lund, and H. Development, *Wives, husbands, and daughters caring for institutionalized and noninstitutionalized dementia patients: Toward a model of caregiver burden*. 1990. **30**(4): p. 241-262.
98. Clyburn, L.D., et al., *Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease*. 2000. **55**(1): p. S2-S13.
99. Thomas, P., et al., *Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study*. 2006. **21**(1): p. 50-56.
100. Pang, F., et al., *Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on Chinese and American caregivers*. 2002. **17**(1): p. 29-34.

## 10-KULLANILAN ÖLÇEKLER

## STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

### YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz . . . . . ( )  
Hangi mevsimdeyiz . . . . . ( )  
Hangi aydayız . . . . . ( )  
Bu gün ayın kaçı . . . . . ( )  
Hangi gündeyiz . . . . . ( )  
Hangi ülkede yaşıyoruz . . . . . ( )  
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız . . . . . ( )  
Şu an bulunduğunuz semt neresidir . . . . . ( )  
Şu an bulunduğunuz bina neresidir . . . . . ( )  
Şu an bu binada kaçınca kattasınız . . . . . ( )

### KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın  
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan . . . . . ( )

### DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

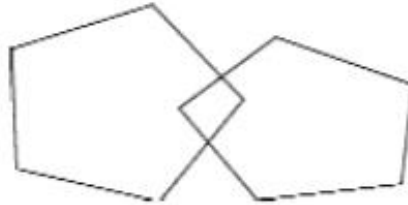
- 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.  
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) . . . . . ( )

### HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.  
(Masa, Bayrak, Elbise). . . . . ( )

### LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) . . . . . ( )  
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.  
"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan . . . . . ( )  
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.  
"Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"  
Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan . . . . . ( )  
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)  
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada) . . . . . ( )  
e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan) . . . . . ( )  
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) . . . . . ( )



# Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

## Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 Puan)	Bağımlı (0 Puan)
Banyo yapma	_____	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
Giyinme	_____	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	_____	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. aktiviteleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	_____	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	_____	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme	_____	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20-30.

**Toplam Puan:** \_\_\_\_\_ (6 puan: hasta bağımsız / 0 puan: hasta tam bağımlı)

# Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

## Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hastaya en çok uyan yanıtı işaretleyin. Formu hastanın kendisinden, yakınlarından ya da hastaya ait yakın tarihli kayıtlardan yararlanarak doldurabilirsiniz.

<b>A</b>	Telefonu kullanabilme;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Telefonu rahatlıkla kullanabilir
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Telefona cevap verir, ancak arayamaz
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Telefonu hiç kullanamaz	

<b>E</b>	Çamaşır;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır	

<b>B</b>	Alışveriş;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar
	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Küçük alışverişlerini kendisi yapar
	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Alışveriş yapamaz	

<b>F</b>	Yolculuk;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Yolculuk yapamaz	

<b>C</b>	Yemek hazırlama;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir
	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir
	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	

<b>G</b>	İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir
	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	

<b>D</b>	Ev temizliği;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	

<b>H</b>	Mali işler;
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Mali işlerini takip edemez	

Skorlama: Hasta her A-H arasındaki sorulardan; bir harf için 1 puan ile puanlandırılır. Skor aralığı 0-8'dir. Düşük skor daha fazla bağımlılık anlamına gelir.

## CORNELL DEMANSTA DEPRESYON ÖLÇEĞİ

(CDDÖ)

### A. Duygudurum ile ilişkili bulgular

1. Anksiyete (Huzursuz görünüm, derin düşünceli görünüm, kaygılı hal) 0 1 2
2. Üzüntü (Üzgün yüz görünümü, üzgün ses tonu, ağlamaklı hal) 0 1 2
3. Sevinçli olaylara tepki vermeme 0 1 2
4. İrritabilite (Kolayca öfkelenme, kısa süreli gevşeme) 0 1 2

### B. Davranış değişiklikleri

5. Ajitasyon (Huzursuz beden dili, ellerini sıkma, saçını çekme) 0 1 2
6. Retardasyon (Hareketlerde yavaşlama, yavaş konuşma, yavaşlamış reaksiyon) 0 1 2
7. Çok sayıda fiziksel yakınma (Yalnız gastrointestinal yakınmalar varsa 0 puan) 0 1 2
8. İlgi kaybı (Her zamanki aktivitelere ilgide azalma) 0 1 2

(Değişiklik akut olarak, örneğin 1 aydan kısa süredir var ise puan verilir)

### C. Fiziksel bulgular

9. İştah kaybı (Her zamankinden az yemek yeme) 0 1 2
10. Kilo kaybı (1 ayda 2.5 kg'dan fazla kayıp varsa 2 puan) 0 1 2
11. Enerji kaybı (Kolay yorulma, aktiviteyi sürdürmememe) 0 1 2

(Değişiklik akut olarak, örneğin 1 aydan kısa süredir var ise puan verilir)

### D. Döngüsel fonksiyonlar

12. Duygudurumda diurnal değişiklik (Semptomlar sabahları daha kötüdür) 0 1 2
13. Uykuya dalmakta güçlük (Her zamankinden geç uykuya dalma) 0 1 2
14. Uykudan sık uyanma 0 1 2
15. Sabah erken uyanma (Her zamankinden erken uyanma) 0 1 2

### E. Düşünsel değişiklikler

16. Özkıyım (Hayatı yaşamaya değer bulmama, intihar düşüncesi ya da girişimi) 0 1 2
17. Zayıf özgüven 0 1 2

(Kendini suçlama, değersiz bulma, başarısızlık/beceriksizlik duygusu)

18. Kötümserlik (Kötülük beklentisi) 0 1 2
19. Duygudurum ile uyumlu sanrılar (Yoksulluk, hastalık, kayıp sanrıları) 0 1 2

### Değerlendirme

Bu testteki toplam 19 madde 0, 1, 2 olarak puanlanır.

0= Yok 1= Hafif ya da orta derecede 2= Şiddetli

## BECK DEPRESYON ENVANTERİ

### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.



2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1-İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi Toplam

Minimal depresyon 0-9

Hafif depresyon 10-16

Orta depresyon 17-29

Şiddetli depresyon 30-63

# WHOQOL-BREF

## (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	Doğum tarihiniz nedir?		
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?			Medeni durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç Eğitim Almadım	<input type="checkbox"/> İlkokul-Ortaokul	<input type="checkbox"/> Hiç Evlenmemiş	<input type="checkbox"/> Evli Gibi Yaşiyor	<input type="checkbox"/> Evli	
<input type="checkbox"/> Lise Veya Eşdeğeri	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Ayrılmış	<input type="checkbox"/> Eşi Yaşamıyor	
Şu anda bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;		
Sizce bu nedir?	_____ (hastalık/sorun)				

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
3 F1.4	Ağrıların yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 5	Çok az <input type="checkbox"/> 4	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 2	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7 F5.3	Dikkatnizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Son derecede <input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Tamamen <input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## WHOQOL-BREF Sayfa-2

<b>15</b>	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
F9.1		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
<b>16</b>	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F13.3						
<b>17</b>	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F10.3						
<b>18</b>	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F12.4						
<b>19</b>	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F6.3						
<b>20</b>	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F13.3						
<b>21</b>	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F15.3						
<b>22</b>	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F14.4						
<b>23</b>	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F17.3						
<b>24</b>	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F19.3						
<b>25</b>	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
F23.3						
<b>26</b>	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
F8.1		<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>27</b>	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? .....		

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558





Erhan Eser <erhanese@gmail.com>

Aliç: ben

Sayın Görken,

18 Tem 2019 10:06



Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'un Türkçe sürümünü, ölçekte ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini.WHOQOL\_Türkiye\_merkezi.gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 2 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3,...,q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser  
*WHOQOL Türkiye merkezi*  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı-Anabilim Dalı, Manisa

Tel: 0 236 233 82 86,  
Faks: 0236 233 14 66

erhanese@gmail.com  
[www.saykad.net](http://www.saykad.net)

On Wed, Jul 17, 2019 at 8:11 PM Gökhan GÖRKEN <[doktorazad@gmail.com](mailto:doktorazad@gmail.com)> wrote:

Merhabalar hocam

Van yuzuncuylil universitesi Tıp Fakültesi Nöroloji anabilim dalında Asistan doktor olarak çalışmaktayım.

Uzmanlık tezini için alzheimer hastalarının bakıcılarında yaşam kalite ölçeği whoqol-bref i kullanmak istiyorum. Mümkünde izninizi rica edeceğim.

Asistan Doktor Gökhan Görken

Van YIU Üniv. Tıp Fak. Nöroloji A.D.