

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYE
BAKIM VERENLERİN CİNSİYETİNİN BAKIM
VEREN YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

BURCU AKPINAR

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYE
BAKIM VERENLERİN CİNSİYETİNİN BAKIM
VEREN YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU AKPINAR

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ

“Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin, Bakım Veren Yüku Üzerine Etkisi” konulu bu tez 10.08.2009 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



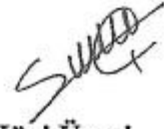
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇİMEN

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ.....	i
KISALTMALAR	ii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	9
1.3. Araştırmanın Soruları	9

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus Yapısı Değişiklikleri	10
2.2. Demansın Tanımı	15
2.3. Alzheimer Hastalığının Tanımı.....	15
2.4. Alzheimer Hastalığında Epidemiyoloji	16
2.5. Alzheimer Hastalığına Neden Olan Etmenler.....	16
2.6. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri	17
2.7. Alzheimer Hastalığında Tanı	18
2.8. Alzheimer Hastalığında Klinik Belirtiler.....	19
2.9. Alzheimer Hastalığında Tedavi.....	20
2.10. Diğer Demans Türleri	21
2.11. Bakım Veren Tanımı	22
2.12. Yük Tanımı	22
2.13. Bakım Veren Yüğü	23
2.14. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Etmenler	25
2.14.1. Hastalara Ait Etmenler	25
2.14.2. Bakım Verenlere Ait Etmenler	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30

3.4. Veri Toplama Araçları.....	33
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	33
3.4.2. Mini Mental Durum Testi	33
3.4.3. Nöropsikiyatrik Envanter	35
3.4.4. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri	36
3.5. Verilerin Toplanması.....	37
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	38
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	38
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	38
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirmesi	38
3.8. Etik	38
3.9. Tezin Bütçesi.....	39
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ	48
7. ÖNERİLER	48
8. KAYNAKLAR.....	49

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Cinsiyete Göre Doğumdan Beklenen Yaşam Süreleri.....	14
Tablo 2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Verdikleri Hastaların Yaş, MMT ve NPI Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....	32
Tablo 3. Bakım Veren Yükü Envanterinin Cronbach Alfa Değerleri	37
Tablo 4. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Veren Yükü ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. 1997 Yılında Dünyada 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Dağılımları.....	11
Şekil 2. 2025 Yılında Dünyada Beklenen 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Dağılımları	12
Şekil 3. Nüfus Piramidi	13

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1. Yaş Gruplarının Yüzdesele Dağılımları. Türkiye 1935-2050	10
Grafik 2. 1975, 1997, 2025 Yılları Arasında Kıtalarla Göre 65 Yaş ve Üzeri Nüfus ve Dağılımları	13
Grafik 3. Yaşla Birlikte Demans Görülme Oranı	15

EKLER

EK 1: Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Bakım Verenlerden Alınan İzin Belgesi	
EK 2: Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	
EK 3: Mini Mental Test	
EK 4: Nöropsikiyatrik Envanter	
EK 5: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri	
EK 6: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzni	
EK 7: Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	
EK 8: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi	
EK 9: Buca Tapdı Tıp Merkezinin İzin Yazısı	
EK 10: Alzheimer Derneği İzmir Şubesi İzin Belgesi	
EK 11: Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin (Caregiver Burden Inventory) Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenilirliğini Gösteren Yazarın İzin Yazısı	

KISALTMALAR

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

FTD: Frontotemporal Demans

MMT: Mini Mental Test

NINCDS-ADRA: The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

NPI: Nöropsikiyatrik Envanter

TDK: Türk Dil Kurumu

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

TEŐEKKÜRLER

Tez çalıőmamın planlanması, hazırlanması ve sonuçlanması sürecinde bilgisiyle yoluma ışık tutan danışmanım Yard. Doç. Dr. Sayın Özlern KÜÇÜKGÜÇLÜ'ye, çalıőmamda ilgilerini, desteklerini, önerilerini esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Sayın Sevgi KIZILCI ve Yard. Doç. Dr. Sayın Saniye ÇİMEN'e, çalıőmamı yürüttüğüm Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji ve Sinirbilimleri Anabilim Dalında görev yapmakta olan Prof. Dr. Sayın Görsev Yener'e, Buca Tıp Merkezi Nöroloji Bölümünde görev yapmakta olan Alzheimer Derneği İzmir Őube Baőtkanı Sayın Uzm. Dr. Aysel Gürsoy'a, çalıőmama içtenlikle katılmayı kabul eden hasta ve bakım verenlere ayrıca hayatımın her döneminde beni destekleyen sevgi, Őefkat ve desteklerini esirgemeyen çok değerli aileme sonsuz teőkükürlerimi sunarım.

Burcu AKPINAR

ÖZET

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYE BAKIM VERENLERİN CİNSİYETİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Burcu AKPINAR

Bu araştırma Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin, bakım verenlerin yükü üzerine etkisini incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma 09.03.2009 – 24.06.2009 tarihleri arasında iki üniversite hastanesinin demans polikliniği, bir özel hastanenin nöroloji polikliniği ve bir Alzheimer derneğinde yürütülmüştür. Kadın ve erkek bakım verenlerin bakım veren yükünü etkileyen etmenler (yaş, bir günde ortalama bakım verme süresi, eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri, bakım verme süreleri ve çalışma durumları, bakım verilen hastaların yaşları, MMT ve NPI puan ortalamaları) yönünden benzer tutulmuştur ($p > .05$). Bu çalışmanın örneklemini Alzheimer hastasına bakım veren 120 kadın ve 72 erkek oluşturmuştur.

Veriler, hastalara Mini Mental Test (MMT) uygulanarak, bakım verenlere Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Bakım Veren Yükü Envanteri, Nöropsikiyatrik Envanter (NPI) uygulanarak, yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Kurumlardan ve bakım verenlerden yazılı izin alınmıştır. Sosyodemografik verilerin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Alzheimer hastası bireye bakım veren kadınların yük puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (Kadınlar: 54.63 ± 21.15 Erkekler: 44.63 ± 22.39 , $p = .002$). Alt boyutlardan zaman bağımlılık yükü ($p = .040$), gelişimsel yük ($p = .002$), fiziksel yük ($p = .001$) ve sosyal yük ($p = .045$) boyutunda kadınlarda erkeklerden daha yüksek olarak anlamlı bir farklılık bulunurken duygusal yük ($p = .718$) boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların uygun hemşirelik girişimleri ile daha fazla desteklenmesi, giderek artan erkek bakım verenlerin de gereksinimlerinin göz önünde

bulundurulması ve kalitatif çalışmalar yapılarak bakım veren yükünü etkileyen etmenlerin derinlemesine incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, bakım veren, bakım yükü, bakım veren yükü, cinsiyet.

ABSTRACT

EFFECTS OF GENDER ON BURDEN AMONG CAREGIVERS OF ALZHEIMER PATIENTS

Burcu AKPINAR

This is a comparative descriptive study and was performed to investigate effects of gender on caregiving burden among caregivers of Alzheimer patients.

The study was conducted in dementia outpatient clinics of two university hospitals, neurology outpatient clinic of one private hospital and an office of Alzheimer Association in Izmir between 9 March 2009 and 24 June 2009. Factors affecting the burden of female and male caregivers (age, mean duration of caregiving a day, education, income, total duration of caregiving and employment status, age of the patients offered care and MMT and NPI scores) look has been kept ($p > .05$). The study sample included 120 female and 72 male caregivers of Alzheimer patients.

Data were collected Mini Mental test (MMT) from patients, and demographic features, Caregivers Burden Inventory, Neuropsychiatric Inventory (NPI) from caregivers, and data were collected at face to face interviews with a questionnaire. From caregivers and institutions written consent was obtained. Numbers and percentages were given by using demographic data. The data were evaluated analyzed with independent samples t test.

The female caregivers were found to have significantly higher scores for caregiver burden than the male caregivers (the female caregivers: 54.63 ± 21.15 ; the male caregivers: 44.63 ± 22.39 , $p = .002$). In subscales, female caregivers were found to have significantly higher scores for caregiver burden than the male caregivers in time dependence burden ($p = .040$), developmental burden ($p = .002$), physical burden ($p = .001$) and social burden ($p = .045$). A difference is not determined in the emotional burden ($p = .718$) between the male and female caregivers.

According to the results of the study, it is suggested that nurses should more support to female caregivers, increasing male caregivers also needs to be taken into consideration and qualitative studies should planned about determine to factors affecting the caregiver burden.

Key Words: Alzheimer disease, caregiver, caregiving burden, caregiver burden, gender.

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde tüm dünya nüfusunda yaşlı popülasyonun artışı dikkati çekmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2007; Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2008; World Health Organization [WHO], 2009). Yaşlı nüfusundaki bu artış yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevalansında artışa neden olmaktadır. Bu hastalıklardan biri olan Alzheimer hastalığı giderek daha da önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. (Topçuoğlu ve Selekler, 1998)

Alzheimer hastalığı, santral sinir sisteminin ilerleyici, genetik, geriye dönüşsüz, yaygın hücre içi dejenerasyon hastalığı olup en sık rastlanan demans türüdür (Albayrak, 2006; Akdemir ve Birol, 2004.; Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien ve Bucher 2007; Lueckenotte 2000). Hastalığın seyri, bulguları başladıktan sonra yaklaşık 2-20 yıllık bir süreç izlemektedir, ancak çoğu hasta 8-10 yıl içinde hayatını yitirmektedir. Hastalığın seyri erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evrede gözlenmektedir (Albayrak, 2006; Akdemir ve Birol, 2004).

Alzheimer hastası bireylerin hastalık evreleri ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkları, bilişsel ve davranışsal bozuklukları belirginleşmekte ve hastalar fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedirler (Altın, 2006; Thompson, Lewis, Murphy, Hale, Blackwell ve Acton 2004; Alzheimer Association [AA], 2009). Alzheimer hastası bireylere gereksinim duydukları bakımı verenlerin kimler olduğuna dair çok sayıda araştırma sonucuna rastlanmaktadır. Bakım verenlerin genel olarak profillerine bakıldığında orta yaş grubuna dahil kadın, özellikle kız çocukları olduğu dikkati çekmektedir (Bush, 1997; Houde, 2002; Küçükgüçlü, Esen ve Yener 2009; McFarland ve Sanders, 1999; National Alliance for Caregiving, 2009; Sanders ve Power, 2009). Miller ve Cafasso (1992) bakım verme sürecinde cinsiyet farklılığını incelemek amacıyla yapmış olduğu meta-analizde kadın bakım verici oranının %47 ile %80 arasında, Houde (2002) bakım veren cinsiyeti ile ilgili olarak hemşirelik ve sağlık literatüründe yer alan çalışmalarını incelemek amacıyla yapmış olduğu meta-analizde ise kadın bakım vericilerin oranının %72 ve %85 arasında değiştiğini belirtmişlerdir.

Ülkemizde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kimler olduğuna dair çalışmalar az olmakla birlikte araştırma sonuçları hastaların çoğunun birinci derece kadın yakınları (eşi ya da kız çocukları) tarafından bakıldığını göstermektedir (Altun ve Ersoy, 1998).

Değişen toplumsal koşullar ve gereksinimler nedeniyle aile yapısı da değişmektedir. Kişiler yaşadıkları yerlerden ayrılmakta, daha sık yer değişikliği yapmaktadırlar. Bu nedenle aile üyeleri arasında uzak mesafeler girmektedir. Ayrıca kadınlar ev dışında çalışmaya başlamıştır, bunun yanı sıra kadınlar erkeklere oranla daha fazla Alzheimer tanısı almaktadır (Fitting, Rabins, Lucas ve Eastham 1986). Araştırmalar bu değişen yapı nedeniyle erkeklerin özellikle erkek eş ve oğulların primer bakım veren rolünü, gelecek 20 yıl içinde daha fazla üstleneceklerini göstermektedir (Sanders ve Power, 2009; National Alliance for Caregiving, 2009).

Literatürde erkek bakım veren oranının %20-30 arasında olduğu belirtilmektedir (McFarland ve Sanders, 1999; Sanders ve Power, 2009). Ancak Russel (2008) çalışmasında erkek bakım verenlerin bakım verme alanında her geçen gün arttığını belirtmiştir. İngiltere’de 2004 verilerine göre erkeklerin evlerinde yakınlarına bakım vermeleri, kadınların yakınlarına bakım verme düzeylerine oldukça yakınlaştığı belirtilmektedir (National Statistics, 2006). Buna rağmen bakım vericilerle ilgili çalışmalarda erkek bakım verenler ihmal edilen ve literatür içinde bir kenarda bırakılmış konulardan biridir. Erkek bakım veren oranı giderek arttığı halde bu konuda yeterli sayıda araştırma sonucu bulunmamaktadır. Houde (2002) bakım veren cinsiyeti ile ilgili olarak hemşirelik ve sağlık literatüründe yer alan çalışmaları incelemek amacıyla yaptığı literatür incelemesinde erkek bakım verenler konusundaki araştırmaların yetersiz olduğunu vurgulamıştır. Bundan altı yıl sonra Baker ve Robertson (2008) tarafından demans hastasına bakım verenlerdeki baş etme durumlarını incelemek amacıyla yapılan literatür incelemesinde de yine erkek bakım verenler konusundaki çalışmaların yetersiz olduğu vurgulanmıştır.

Bakım vermeyle ilişkili birçok çalışma, oranlarının fazla olması nedeniyle kadın bakım verenlerin üzerinde yoğunlaşmaktadır ya da araştırma örneklemelerinin büyük bir kısmını (%70 - %80) kadınlar oluşturduğu için araştırma sonuçları bakım sürecinin daha çok kadın bakım verenler üzerine olan etkilerinin sonuçlarını göstermektedir. Ancak kadın ve erkeklerin toplumda üstlendikleri sorumluluklar ve sosyalizasyon sürecindeki farklılıklar nedeniyle bakım sürecinden etkilenmeleri de farklı olmaktadır.

Geleneksel olarak kadınlar daha fazla ev içerisinde sorumluluk alırken erkekler ev dışında çalışmakta ve sorumluluk almaktadırlar. Bakım işinde kadınlar bu sosyal durum nedeniyle doğal bakım veren olarak görülmektedirler (Gallicchio, Siddiqi, Langenberg ve Baumgarten 2002). Kadınlar bakım verici rolüne ek olarak ev içerisinde pek çok rol üstlenmektedirler (Kramer ve Kipnis, 1995; McFarland ve Sanders, 1999; Rose-Rego, Strauss ve Smyth 1998). Örneğin bakım verici olmanın yanı sıra anne, eş ve çalışan kadın olarak kendi hayatlarında da pek çok rolleri mevcuttur (Bush, 1997; McFarland ve Sanders, 1999). Cinsiyetin getirdiği roller iş hayatında, evlilikte ve bakım vermede kadınlar ve erkekler için farklı anlamlar taşımaktadır (Martin, 1997). Bakım vermede, ev işlerine yardım etme, finansal destek sağlama, bakım için gerekli olanaklardan yararlanma ve göze çarpmayan tamir işlerini yapma gibi konularda cinsiyet farklılığı dikkati çekmektedir (Kramer ve Kipnis, 1995). Erkekler bakım verme sürecinde kadınlara göre yemek hazırlama, alışveriş ve ev temizliği gibi konularda daha az zaman harcarlarken, finansal destek sağlama, bakım için gerekli olanaklardan yararlanma ve ufak tefek tamir işlerini yapma gibi konularda daha fazla zaman harcamaktadırlar (Kramer ve Kipnis, 1995).

Kadın bakım verenlerin, çalışma hayatının gereksinimleri ile bakım verme rolleri arasında erkeklere oranla daha fazla çatışma yaşadıkları, çalışma saatlerini azaltmak zorunda kaldıkları ve günlük yaşayan kadınların yaklaşık %75'inin işlerini bıraktıkları bulunmuştur. Çalışmanın sona ermesi ya da kesintiye uğraması ekonomik zorlanmayla birlikte kadınlarda önemli stres kaynağı oluşturmaktadır (Kramer ve Kipnis, 1995). Erkek bakım verenlerin kadınlara göre daha fazla ekonomik gelir sahibi olmaları, bakım konusunda erkeklerin daha fazla dışarıdan yardım almalarını sağlamaktadır (Kramer ve Kipnis, 1995). Erkek bakım verenler kadınlara göre daha fazla bakım hizmetlerinden yararlanırken sosyal normlardan dolayı kadın bakım verenlerin yardım olanaklarını kullanmada gönülsüz oldukları bildirilmiştir (Bedard, Molloy, Pedlar, Lever ve Stones 1997). Bu sebeplerden dolayı kadınlar ve erkekler bakım verme sürecinde kendilerine özel stresörlere maruz kalabilmektedirler (Martin, 1997).

Bakım verenlere girişimlerin planlanması için öncelikle bakım verenlerin çok iyi tanımlanması gerekmektedir. Bakım verenleri tanımak bakımda zorlandıkları durumları bilmek hemşirelerin sorumlulukları arasındadır çünkü hemşireler holistik bakım gereği sadece hasta bireye değil yakınlarına da odaklanmalıdırlar (Cheung ve Hocking, 2004). Stresi azaltma ve

kişiler arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için hemşirelerin hastaya bakım verenleri çok iyi tanınması, ihtiyaçlarını anlaması, endişelerini ve merak ettikleri öğrenmeye gereksinimleri oldukları konuları bilmesi gerekmektedir. Böylelikle hemşireler bakım verenlere uygun bakımın ve desteğin sağlanmasına yardımcı olabilmektedirler (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi 2007).

Alzheimer hastalığının aileyi bir bütün olarak etkilediği de göz önünde bulundurulduğunda gerek hasta bireyin maximum fonksiyon görmesini sağlayarak ailesiyle olan uyumunu arttırmak, gerekse aile üyelerinin psikososyal iyi oluşluğunu korumak ve birbirleriyle uyumlu, rahat yaşamasını sağlama yoluyla hastanın ve ailenin yaşam kalitesinin artırmak için de aileye profesyonel destek sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (Doornbos, 2001).

Sağlık profesyonelleri olan hemşireler tarafından bakım verenlere yönelik uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde cinsiyete bağlı yük farklılıklarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Çünkü farklı boyutlarda yük yaşamaları muhtemel olan kadın ve erkeklerin hangi boyutlarda yük yaşadıklarının belirlenmesi onlara sunulacak olan hemşirelik hizmetlerinin planlanmasına ışık tutacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma Alzheimer hastası bireylere bakım veren kadın ve erkek aile üyelerinin yük düzeylerini karşılaştırmak ve yük boyutlarındaki (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, duygusal, sosyal yük) benzerlik ve farklılıkları tanımlamak amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

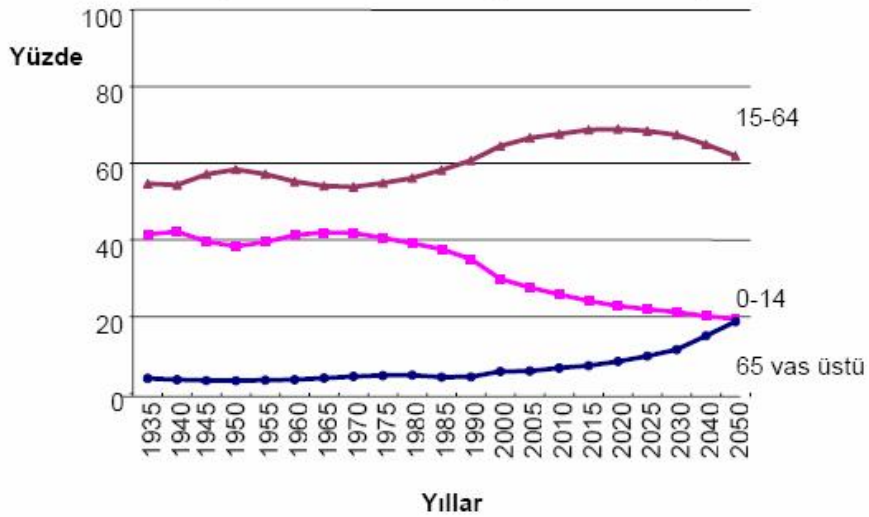
- Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım veren yükü puanları arasında fark var mıdır?
- Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım veren yükü ölçeğinin zaman bağımlılık alt boyut puanları arasında fark var mıdır?
- Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım veren yükü ölçeğinin gelişimsel yük alt boyut puanları arasında fark var mıdır?
- Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım veren yükü ölçeğinin fiziksel yük alt boyut puanları arasında fark var mıdır?
- Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım veren yükü ölçeğinin sosyal yük alt boyut puanları arasında fark var mıdır?
- Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım veren yükü ölçeğinin duygusal yük alt boyut puanları arasında fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus Yapısı Değişiklikleri

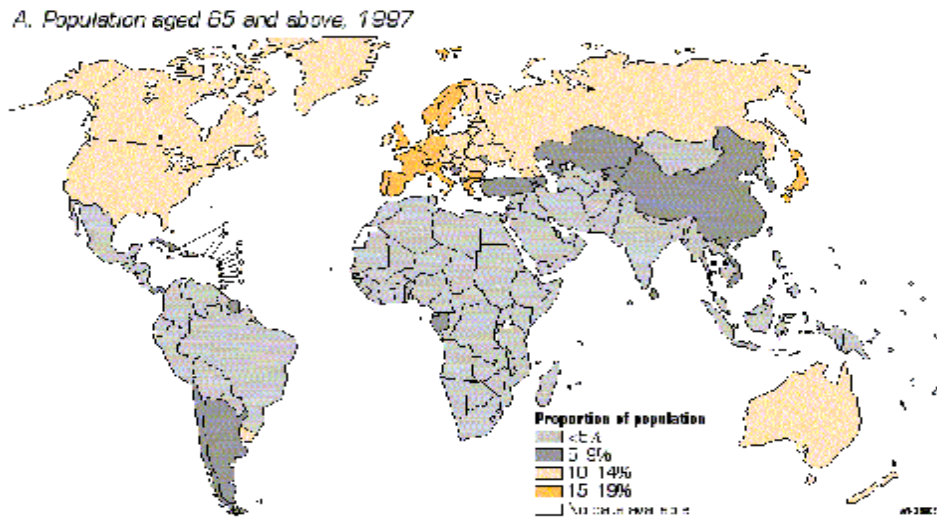
Yaşam koşullarının düzeltilmesi, çeşitli hastalıkların tedavisi veya kontrol edilebilir hale gelmesi ile insan ömrü uzamıştır. Birleşmiş Milletlerin demografik verilerine göre her ülkede farklı oranlarda olmak üzere doğumdan beklenen yaşam süresi artmaktadır. Altmışbeş yaş üzerindeki nüfus sanayileşmiş ülkelerde %10'ların üzerinde, az gelişmiş ülkelerde %5'lerde, en az gelişmiş ülkelerde ise %3'lerde bulunmaktadır. Türkiye'de de Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verileri bazı alındığında ilerleyen yıllarda 65 yaş ve üzeri nüfusun artış eğilimi içinde olduğu görülmektedir (Bkz Grafik 1). Türkiye'de Dünya Nüfusu Beklentileri ve DİE projeksiyonlarında 1990, 2000 ve 2005 yılı nüfus verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfus 1990'da %4.0, 2000'de %5.2, 2005 yılında ise %5.9 olarak saptanmıştır. Türkiye'de 2008 verilerine göre %6.79 oranında 65 yaş ve üzeri birey bulunurken 2020 yılında bu oranın %8.46 'ya ulaşacağı öngörülmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2007; Şekil 3).

Grafik 1: Yaş Gruplarının Yüzselsel Dağılımları, Türkiye 1935-2050



Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007

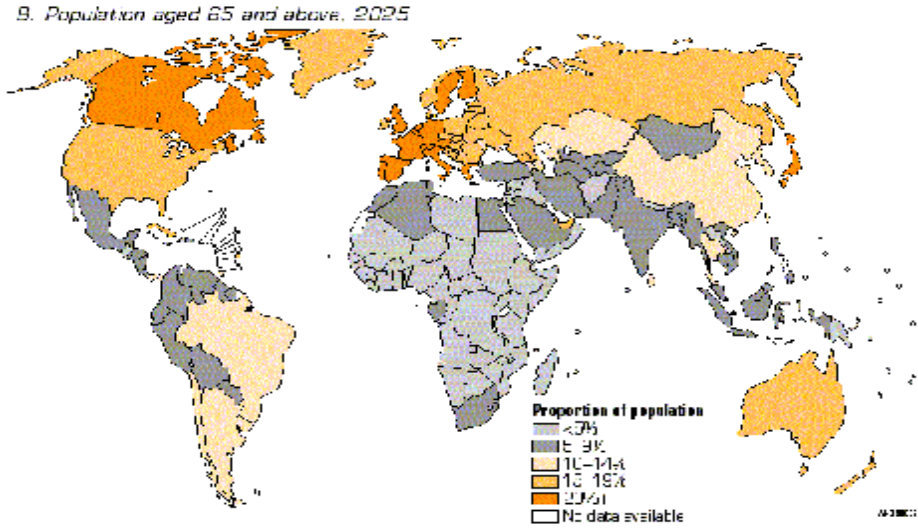
Türkiye’de DİE verileri baz alındığında, ilerleyen yıllarda 65 yaş ve üzeri nüfusun artış eğilimi içinde olduğu görülmektedir. Demografik eğilim önümüzdeki yıllarda yaşlı sağlığı sorunlarının önemli sorunlar arasına gireceğini düşündürmektedir (Akgün, Bakar ve Budakoğlu 2004). Dünyada en fazla 65 yaş üzeri nüfus kuzey Avrupa ülkelerinde gözlemlenmektedir (WHO, 2009; Şekil 1).



Kaynak: WHO, Health Situation and Trends Assessment, 2008

Şekil 1. 1997 Yılında Dünyada 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Dağılımları

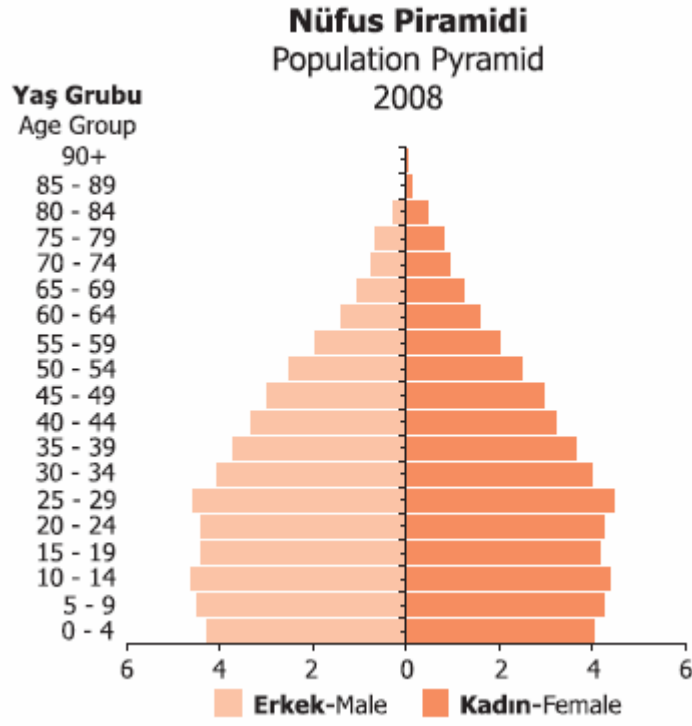
Kuzey Avrupa ve kuzey Amerika Ülkelerinde 2025 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus %20 ve üzeri gibi yüksek oranlara ulaşacağı bildirilmiştir (WHO, 2009; Şekil 2).



Kaynak: WHO, Health Situation and Trends Assessment, 2008

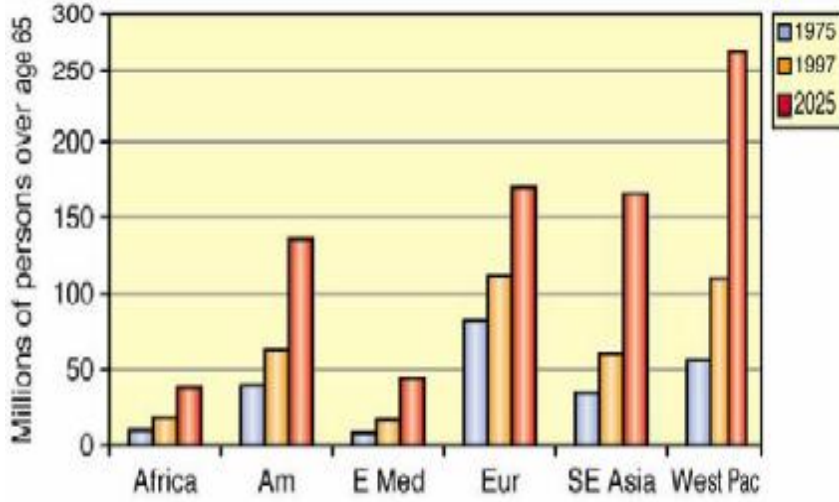
Şekil 2. 2025 Yılında Dünyada Beklenen 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Dağılımları

Grafik 2’de 1975, 1997, 2025 yılları arasında kıtalara göre 65 yaş ve üzeri nüfus ve dağılımları gösterilmiştir. Her kıtada 65 yaş üzeri nüfusun farklı oranda artış gösterdiği gözlemlenmektedir (Jorm, 1991).



Şekil 3. Nüfus Piramidi, 2008

Kaynak: TÜİK, Nüfus Sayımı, 2008



Kaynak: Jorm, A. F. European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1991, 240, 218-222

Grafik 2. 1975, 1997, 2025 Yılları Arasında Kıtalara Göre 65 Yaş ve Üzeri Nüfus ve Dağılımları

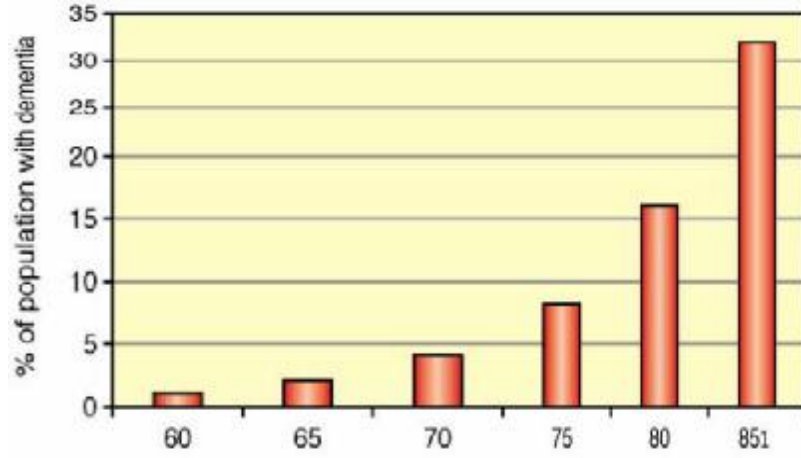
Türkiye’de kadın ve erkek cinsiyetinde farklı olmak üzere her iki cinsiyette de doğumdan beklenen yaşam süresi yıllar içerisinde artmaktadır. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla doğumdan beklenen yaşam süresine sahiptirler. Kadınlar için doğumdan beklenen yaşam süresi 2007 yılı verilerine bakıldığında 74.2 yıl iken erkekler için bu oran 69.3’dür (TUİK Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü 2009) (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye’de Cinsiyete Göre Doğumdan Beklenen Yaşam Süreleri

Yıl	Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi Kadın	Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi Erkek
2007	74.2	69.3
2005	73.8	68.9
2003	73.4	68.6
2001	73.0	68.2
1999	71.8	67.1

Kaynak: TUİK, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Müdürlüğü 2009.

Tüm dünya nüfusunda yükselme eğiliminde olan yaşlı bireylerin sayısı arttıkça yaşla birlikte görülme oranı artan hastalıklardan biri olan demansın görülme oranı da artmaktadır. Grafik 3’de yaşla birlikte demansın görülme oranı belirtilmiştir. Altmış yaş grubundaki bireylerde demansın görülme oranı %5’den az iken 75 yaş grubundaki bireylerde bu oran %5-10 arasında. 85 yaş grubundaki bireylerde ise %30’un üzerinde demans tablosu görülmektedir (Jorm, 1991). En sık görülen demans tipi olan Alzheimer tip demansın görülme oranınının 60-64 yaşları arasında %1, 65-74 yaşları arasında %2, 85 yaş ve üzerinde ise %42 olduğu bildirilmiştir (AA, 2009).



Kaynak: Jorm, A. F. European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1991, 240, 218-222

Grafik 3. Yaşla Birlikte Demans Görülme Oranı

2.2. Demansın Tanımı

Demans, kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entelektüel kapasitenin azalması, sosyal ve çalışma alanında bozukluklar, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ile belirgin bir tablodur (Lewis ve ark., 2007). Demansın 1970'li yılların ortalarına kadar doğal, yaşa bağlı normal olarak geliştiği düşünülmüştür, bugün ise demans hakkında daha fazla bilgi sahibi olunmaya başlanmıştır. Demanslı olguların %72'sinde Alzheimer hastalığı, %16'sında vasküler demans, %10'unda frontotemporal demans (FTD) ve %6'sında parkinson hastalığına eşlik eden lewy cisimcikli demans olarak belirtilmektedir (Arioğlu, 2006; Capezuti, Zwicker, Mezey ve Fulmer 2008; Lewis ve ark., 2007).

Demans olgularının büyük kısmını (%72) oluşturan Alzheimer hastaları ve onların bakım verenleri bu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu nedenle bundan sonraki bölümde Alzheimer hastalığı hakkında daha ayrıntılı bilgi verilecektir.

2.3. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Alzheimer hastalığı entelektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olan progresif nörodejeneratif bir hastalıktır (Arioğlu, 2006; Capezuti ve ark., 2008; Lewis ve ark., 2007).

2.4. Alzheimer Hastalığında Epidemiyoloji

Alzheimer hastalığının epidemiyolojisi alanındaki son gelişmelere bağlı olarak, bu hastalığa özgü risk faktörleri ve koruyucu etkenler belirlenmiş ve bu sayede Alzheimer hastalığının fizyopatolojisinde rol oynayan genetik ve genetik olmayan faktörler arasındaki ilişkinin anlaşılması mümkün olmuştur (Arıoğlu, 2006; Copezuti ve ark., 2008; Larson ve ark., 1992; Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003; Sloane ve ark., 2002).

Amerika'da 2009 yılı verilerine göre 5.3 milyon insanın Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir (AA, 2009) ayrıca bu rakamın 2030'da sekiz milyonu geçeceği tahmin edilmektedir (Thompson ve ark., 2004; AA, 2009). Jorm ve Jolley 1998 yılında yaptığı bir çalışmada, Alzheimer hastalığı insidansının Avrupa'da Doğu Asya'ya nazaran daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Jorm ve Jolley, 1998). Gürvit ve arkadaşları (2008) Türk popülasyonunda demans prevalansını incelemiştir. Örneklemine 70 yaş üzeri 1019 kişinin oluşturduğu çalışmalarında %20 oranında demans, %11 Alzheimer hastalığı vakası görüldüğünü belirtmişlerdir. Keskinöglü ve arkadaşları (2006) İzmir bölgesinde düşük sosyoekonomik durumu olan yaşlı popülasyonunda demans prevalansı ve risk faktörlerini incelediği çalışmalarında 65 yaş üzeri 204 bireyin 46'sına (%22.9) demans tanısı konulduğunu belirtmişlerdir.

2.5. Alzheimer Hastalığına Neden Olan Etmenler

Alzheimer hastalığına özgü etiyolojik neden henüz kesin olarak bilinmemektedir. Ancak hastalığın oluşumunda ailesel yatkınlık, kromozom anomalileri (özellikle 21. kromozom defekti), virüsler, otoimmün bozukluklar, asetilkolin metabolizması ile ilgili bozukluklar, kafa travmaları, diyetle alınan kalsiyum, magnezyum gibi elementler, alüminyum toksisitesi gibi genetik ve çevresel birçok faktörün rol oynadığı ileri sürülmektedir (Arıoğlu, 2006; Copezuti ve ark., 2008; Larson ve ark., 1992; Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003). Ayrıca sinirler arasındaki iletişimi sağlayan asetilkolin üretiminde azalma ve bunlar arasındaki dengede bozulmanın da hastalığın oluşumunda etkili olabileceği ileri sürülmektedir (Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003). Beyin dokusunda asetilkolin üretiminde rol oynayan asetilkolin transferaz enziminin aktivitesindeki azalma, yeni bilgilerin öğrenilmesi ve hatırlanmasında önemli rol oynayan bu

enzimin üretilmesini azaltır. Alzheimer hastalığında görülen bellek kaybı ve öğrenme yeteneğindeki azalma bu enzimin eksikliği ile açıklanabilmektedir (Arıoğlu, 2006; Capezuti ve ark., 2008; Larson ve ark., 1992; Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003).

2.6. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri

Yaş: Yaş en güçlü risk faktörünü oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığının hem prevalansı hem de insidansı 60-65 yaşından sonra her beş senede bir iki katına çıkar.

Genetik ve Aile Öyküsü: Ailesinde birinci derecede yakınlarında Alzheimer hastalığı olanlarda demans riski olmayanlara göre iki ile dört kat daha fazladır.

Cinsiyet: Kadınlar erkeklere göre daha uzun yaşayıp Alzheimer hastalığı için riskli yaşlara gelebildiğinden kadınlarda hastalık daha sıktır. Erkeklere oranla kadınlarda iki kat daha fazla görülmektedir. Bu durumun altında yatan biyolojik nedenin menopozdan sonra östrojen düzeylerindeki düşüş olduğu düşünülmektedir.

Kafa Travması: Daha önceden kafa travması geçirmiş bireyler Alzheimer hastalığı gelişmesi açısından risk altındadırlar.

Eğitim ve Meslek: Düşük eğitim düzeyinin ileri yaşlarda hastalık için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Fazla bilişsel aktivite gerektirmeyen işlerde çalışan, düşük bilişsel fonksiyonlu kişilerde Alzheimer hastalığı riski yüksektir.

Anne Yaşı: İleri yaşlarda yapılan doğumun, Down Sendromunda da olduğu gibi, Alzheimer hastalığı için risk faktörü olduğu bazı çalışmalarda ileri sürülmüşse de bazı çalışmaların bunu desteklemediği görülmüştür.

Kalp Krizi: Özellikle ileri yaşlardaki kadınlarda kalp krizinin Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür (Selekler, 2003).

Down Sendromu: Down sendromuna yakalanan hastalarda kırklı yaşlara gelindiğinde, beyinde Alzheimer hastalığı benzer şekilde plaklar ve yumaklar oluşmaya başlar (Mace ve Rabins, 1999).

Diğer Etmenler: Fazla aliminyuma maruz kalma, virüslere maruz kalma, tiroid hastalıkları, sigara kullanma, sedanter yaşam şeklini benimseme, tedavi amaçlı maruz kalınan radyasyon olarak belirtilmektedir (Arioğlu, 2006; Capezuti ve ark., 2008; Larson ve ark., 1992; Lewis ve ark., 2007).

2.7. Alzheimer Hastalığında Tanı

Alzheimer hastalığı birkaç yıllık bir zaman dilimi içinde sinsice ortaya çıkmaktadır. Alzheimer olan hastaların aile bireyleri, geçmişe dönük olarak, ilerleyici bir nöropatolojik sürecin asıl habercileri olan hafif unutkanlık ve zihin boşluğu gibi ilk belirtilerin farkına varabilmektedirler. Bununla birlikte, genellikle hafif bellek yakınmaları olan yaşlı bir erişkinin yaşa bağlı normal bir bilişsel değişim mi yaşadığı, yoksa Alzheimerda ortaya çıkabilecek bir hastalığı mı taşıdığı konusunda bir ayırım yapması güçtür (Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003).

Alzheimer hastalığında tanısal yaklaşımlarda öykü, fizik ve nörolojik muayene, mini mental durum muayenesi, yardımcı muayene medotları önemlidir (Arioğlu, 2006; Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003). Öykü tanıya gitmede çok önemlidir. Burada hastanın hastalık öncesi kişiliği hastalığa yön verir. Hastanın yakınlarından ev, meslek ve sosyal yaşantısı hakkında ayrıntılı bilgi alınmalıdır (Mace ve Rabins, 1999). Alzheimer hastalarında fizik ve nörolojik muayene mental muayene dışında normaldir. Ekstrapiramidal bulgular, primitif refleksler, yürüme bozukluğu, myoklonus gibi bulgular hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıkar (Arioğlu, 2006; Capezuti ve ark., 2008; Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003).

Mental durum muayenesi, en önemli kısımdır. Değerlendirmede en sık kullanılan kısa mental durum muayene testidir. Testlerde oryantasyon, dikkat, aritmetik, yakın bellek, uzak bellek, lisan, yapılandırma, görsel-uzaysal işlevler gibi kognitif fonksiyonlar araştırılır. Bu testler belirgin hale gelmiş Alzheimer hastalığında yararlıdır (Arioğlu, 2006; Capezuti ve ark., 2008; Larson ve ark., 1992; Lewis ve ark., 2007).

Alzheimer hastalığı tanısında başlıca iki tanı seti kullanılır. Bunlardan bir tanesi *The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRA)* tarafından geliştirilen tanı kriterleridir (Selekler 2003; Webb 1998). Tanıda kullanılan ikinci kriterler *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)* kriterleridir. Standardize klinik kriterler kullanıldığında doğru tanı oranı %85 veya daha fazladır (Baysal ve Yeşilbudak, 2003). Türkiye’de kullanılan tanı setleri kurumlara göre farklılık göstermektedir.

2.8. Alzheimer Hastalığında Klinik Belirtiler

İlk semptomlar sinsi olarak başlamaktadır ve hastalığın ne zaman başladığı kesin olarak bilinmemektedir. Alzheimer hastalığı klinik olarak ‘hafif’, ‘orta’ ve ‘şiddetli’ dönem olarak üç evreye ayrılır. Ancak başlangıç dönemleri de düşünülecek olursa bu evreler arttırılabilmektedir. Örneğin;

- Presemptomatik Dönem
 - Preklinik Dönem
 - Çok Erken Alzheimer Hastalığı
 - Hafif Dönem
 - Orta Dönem
 - Şiddetli Dönem
- **Presemptomatik Dönem:** Semptomların genellikle sessiz olduğu dönemdir. Hastalığın etkili olduğu günlük yaşam aktivitelerde, bilişsel ve davranışsal alanlarda gözlenen herhangi bir semptom yoktur. Nöropsikiyatrik testlerde herhangi bir bozukluk saptanamaz.
 - **Preklinik Dönem:** Nöropsikiyatrik testlerde ortaya çıkan başta hafıza olmak üzere bilişsel fonksiyonlarda bozulma vardır.
 - **Çok Erken Dönem:** Hastalar bu dönemde bilişsel bozukluk belirtileri göstermeye başlarlar. Unutkanlıkta artış, yeni şeyler öğrenmede zorluk, iş performanslarında

düşme, günlük ve sosyal yaşantılarında gerileme, karar vermede güçlük, konsantrasyon zorluğu belirginleşmeye başlar.

- **Hafif Dönem:** Yakın geçmişte dair unutkanlık belirginleşir. Bu dönemde günlük yaşam aktivitelerinde bazı yetersizliklerin yanı sıra alet kullanma, hesaplama, para işlemleri, alış-veriş gibi işlevlerde bozukluk, lisan bozukluğu ve içe kapanma gibi davranış bozuklukları gözlemlenir.
- **Orta Dönem:** Bu dönemde hastalar artık başka bir bireyin yardımı olmadan günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremezler. Uzak hafızada da defisitler oluşmaya başlar. Oryantasyon etkilenir, doğru yıl, ay, gün hatırlanamayabilir.
- **Şiddetli Dönem:** Bu dönemde hastalar “devamlı bakım hastası” halini almışlardır. Yardımsız beslenemez, yürüyemez, çevresindeki bireyleri tanımazlar. Konuşma kısıtlanır ve zamanla anlaşılmaz birkaç kelimedenden ibaret şekle döner (Baysal ve Yeşilbudak, 2003; Selekler, 2003).

2.9. Alzheimer Hastalığında Tedavi

Alzheimer hastalığının tam iyileşmesini sağlayacak kesin bir tedavisi yoktur, ancak belirtileri azaltacak, semptomatik bir tedavisi bulunmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Topçuoğlu ve Selekler, 1998). Alzheimer hastalığı tedavisinde amaç: bilişsel semptomlarda iyilik sağlamak, bilişsel semptomlarda iyilik olmazsa hastalık seyrini durdurmak veya yavaşlatmaktır (Topçuoğlu ve Selekler, 1998).

Alzheimer hastalığının oluşumunda etkili olduğu düşünülen nörotransmitter sistem bozuklukları tedavinin temelini oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığında mevcut kolinerjik eksikliğin tedavisi amacıyla sıklıkla asetilkolini yıkan asetilkolinesteraz inhibitörleri kullanılmaktadır. Günümüzde bu amaçla tacrine, donezepil, rivastigmine ve galantamine kullanılmaktadır. Bu ilaçlar ile tedavi sonucu belirtileri geciktirmek, belirtilerin belirli bir süre boyunca kötüleşmesini engellemek ve davranışsal belirtileri kontrol etmek mümkün olmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Rosenblatt, 2005; Topçuoğlu ve Selekler, 1998).

Bunun yanı sıra Alzheimer hastalığının iyileşme sürecini olumsuz anlamda etkileyen eş zamanlı hastalıkların yönetilmesi gerekmektedir. Bunlar; davranışsal problemler ve fonksiyonel yetersizliklerdir. Alzheimer hastalığı ile görülme sıklığı artan depresyona yönelik olarak sertralin, citalopram ve fluoxetine gibi antidepresan ilaçlar, ajitasyon, paranoid delüzyonlar ve halüsinasyona yönelik risperdon ve olanzapine gibi atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak uyku ve davranışsal problemleri kontrol etmeye yönelik ilaçlar da tedavide yer almaktadır (Öztekin, 2000).

Tedavi yöntemlerimden diğeri ise hastalık sürecini yavaşlatmaya veya hastalığın ortaya çıkışını geciktirmeye yönelik tedavilerdir (Lewis ve ark., 2007; Öztekin, 2000). Beyin hücrelerinin ölümüne yol açtığı düşünülen beta-amyloid proteinler üretiminin azaltılmasına yönelik olarak IVIG (Intravenöz Immunglobulin) tedavisi deneme aşamasındadır (Akdemir ve Birol, 2004). Dodel ve arkadaşları (2004) beş hasta üzerinde IVIgG tedavisini uygulamışlardır, beyin omurilik sıvısında %30 oranında toplam beta-amyloid seviyesinde düşüş olduğunu belirtmişlerdir (Dodel ve ark., 2004).

2.10. Diğer Demans Türleri:

2.10.1. Vasküler Demans: İskemik, hemorajik ve hipoksik beyin lezyonları sonucu ortaya çıkan demanslar vasküler demans olarak adlandırılır. Vasküler demans tıpkı inmede olduğu gibi, çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (Arioğlu, 2006; Lewis ve ark., 2007; Selekler, 2003). Sigara kullanımı, atriyal fibrilasyon gibi kardiyak problemler, hipertansiyon, diyabet hastalığı, koroner arter hastalıkları vasküler demans riskini arttırmaktadır (Arioğlu, 2006).

2.10.2. Frontotemporal Demans (Pick Hastalığı): FTD bütün demansların %10' unu ve presenil degeneratif demansların %25'ini oluşturan önemli bir demans nedenidir. Genellikle genç erişkinlerde gözlemlenir. FTD taşıyan bireyler belirgin hafıza kaybından önce idari fonksiyonlarda ve genellikle akıcılık, adlandırma, ve soyutlama içeren konuşmada düşüş yaşarlar (Arioğlu, 2006; Lewis ve ark., 2007).

2.10.3. Lewy Cisimcikli Demans: Lewy cisimciklerine bağlı kognitif bozuklukları olan hastalara verilen genel bir isimdir (Arioğlu, 2006; Lewis ve ark., 2007).

2.10.4. Multi-İnfarkt Demans: Multipl serebral infarktlar üst üste geldiğinde demansiyel tablo yapabilir. Bu tablonun ana özellikleri, ani başlangıç, inme öyküsü, fokal bulgu ve semptomlardır. Ayrıca kişilik değişimleri, aterosklerozun diğer bulguları, hipertansiyon önemli bulgulardır (Olga, Emergy ve Thomas 2003).

2.10.5. Hunhington Hastalığı: Huntington hastalığı progresif, kalıtsal genellikle yetişkin yaşamda görülen bir hastalıktır. Bu hastalık istemsiz koreiform hareketler, kişilik karışıklığı ile karakterizedir. Huntigton hem erkek hem kadınları etkileyebilen genetik bir hastalıktır. Huntigton bireyin merkezi sinir sisteminde belirli bölgelerde bozulmalara yol açarak fiziksel, mental (bilişsel) ve duygusal kabiliyetlerine engel olur (Olga ve ark., 2003).

2.11. Bakım Veren Tanımı

Bakım veren hasta bireye fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamaktan sorumlu kişidir. Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2009). Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur. Birinci derece bakım veren (primer bakım veren) kişi bakımı üstlenmek konusunda birinci derece sorumluluk alan kişidir (Cheng, 2005). Primer bakım verenler genellikle aile üyeleridir (Altın, 2006; Thompson ve ark., 2004; AA, 2009). Literatürde bakım veren kişi tıbbi tedavi ile psiko-sosyal iyileştirme sürecinde bir köprü olarak belirtilmektedir. Bakım veren bu tanımlamada sadece klinik süreçte bir pozisyonu değil aynı zamanda sosyal çevresi giderek belirlenen bir kimlik halini almaktadır. Bu tanımlamadan da anlaşılacağı gibi bakım veren kişiler bir rolün sahibi olmaktadır. Kimlerin hangi koşullarda aile üyeliğinden hasta yakınlığına, oradan da bakım vericiliğe geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki dönüşümlerinin araştırılması gereken konular arasındadır (Kuşçu, 2000).

2.12. Yük Tanımı

Türk Dil Kurumu'na göre yük, birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev anlamına gelmektedir (TDK, 2009). Bakım yükü, bakım veren kişinin üstlendiği bakım işinin,

bakım verende ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır (Webb, Pfeiffer, Mueser, Gladis, Mensch ve Grolama 1998; Sorenson ve Pinquart., 2002; Novak ve Guest, 1992).

2.13. Bakım Veren Yükü

Bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramından bahsetmişlerdir. Literatürde yük; bakım verenlerin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (McElroy, 2001).

Hastaların bakımıyla uğraşan aile üyelerinin yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali sorunlar ‘hasta yakını yükü’ olarak tanımlanmıştır (Yalçın, Yalçın, Dikici ve Şahin, 2005). Yük konusunda çalışan araştırmacılar bakım verenlerin yaşadıkları yükleri farklı boyutlarda incelemişlerdir. Belirlenen alt boyutlar genellikle bakım verenin sağlık durumuna, finansal zorlanma durumuna, sosyal aktivite kısıtlılığına, davranış bozukluğu olan hastaya karşı verilen duygusal tepkilerine ve psikolojik iyi olma haline odaklanmıştır (Farcnik ve Persyko, 2002; Novak ve Guest, 1989; Deeken, Taylor, Mangan, Yabroff ve Ingham 2003; Chou, Chyun ve Chu 2003).

Bakım verenlerin yükü kavramından ilk kez 1960’lı yıllarda söz edilmeye başlanmıştır ancak ilk ölçek geliştirme çalışmaları 1970-1980’li yıllarda olmuştur. Ölçek geliştirme çalışmalarının sonucunda pek çok araç geliştirilmiştir. Ölçeklerin gelişimine paralel olarak, yük ile ilişkili kavramları ve yük göstergelerini ortaya çıkarmaya ve açıklamaya yönelik çok sayıda araştırma da yapılmıştır (Deeken ve ark., 2003; Farcnik ve Persyko, 2002; Novak ve Guest, 1989; Novak ve Guest, 1992; Yin, Zhou ve Bashford 2002). Deeken ve arkadaşları (2003) 1966-2002 yılları arasında geliştirilen ölçekleri inceledikleri çalışmalarında bu süre içerisinde 17 araç geliştirildiğini bulmuşlardır. Bu araçların yıllar içerisinde karmaşıklığının arttığını, daha yoğun ve titiz psikometrik testler uygulanarak sonuçlar elde edildiğini saptamışlardır. İlk araçlar, genellikle yüzeysel geçerlik ve iç tutarlılık incelemeleri yapılarak değerlendirilirken, daha sonraki yıllarda daha ayrıntılı geçerlik güvenirlik testleri yapılarak geliştirilmişlerdir.

Bunlardan bazıları; Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilen *Burden Interview*, Robinson tarafından geliştirilen *Caregiver Strain Index*, Pearlin tarafından geliştirilen *Caregiver Stress Inventory*, Montgomery tarafından geliştirilen *Caregiver Subjective and Objective Burden Scale'dir* (Deeken ve ark., 2003; Farcnik ve Persyko, 2002). Bu ölçeklerin hemen hepsi farklı boyutlarda soruları içeren ölçeklerdir. Günümüzde gerontolojik araştırmalarda kullanılan çok sayıda ölçüm aracı olmasına rağmen aralarında açık bir görüş birliği yoktur. Deeken ve arkadaşları (2003) bakım verenlerin yükünü ölçen 17 ölçek olduğunu ve ölçeklerin pek çoğunun kendine özgü üstünlükleri ve sınırlılıkları olduğunu belirtmiştir.

İlk yayımlanan ölçeklerden biri, 1980 yılında Zarit'in geliştirdiği *Burden Interview* ölçeğidir. Burden interview ölçeği 29 maddelik, bakım verenin sağlık, psikolojik iyilik, ekonomik, sosyal hayat ve bakım veren kişi ile hasta arasındaki ilişki konularında soruları içermektedir. Bu araç yayımlandıktan sonra çok yaygın bir şekilde kullanılmış ayrıca demans hastalarında kullanılan ilk araç olmuştur. Bu araç daha sonra 22 maddeye, 18 maddeye ve son olarak 12 maddeye indirilmiştir (Deeken ve ark., 2003).

Objektif yükün ölçülmesi genellikle daha gözle görülür ve açıktır. Subjektif yük skalaları ise genellikle kişisel tutumlarla, fiziksel ve psikolojik sağlıkla, aile ilişkileri ve sosyal destek konuları ile ilişkili maddeleri içermektedir. Bu ölçümler, yük verici olarak görülebilecek bazı spesifik davranışlara ve objektif ve subjektif yüke yönelik maddeler içermektedir ve objektif ve subjektif yüke genel bir bakış getirecek şekilde hazırlanan ölçeklerle yapılmıştır (Kosberg, Cairl ve Keller 1990). Daha sonraki dönemlerde yükün çok boyutlu bir kavram olduğu görüşünden yola çıkarak çok sayıda çok boyutlu yük ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçekler bakım verenlerin yüklerini sağlık durumu, ekonomik güçlükler, sosyal aktivite gibi boyutları kapsayacak şekilde ancak tek bir skorla değerlendirmişlerdir (Caserta, Lund ve Wright 1996, Novak ve Guest, 1989, Novak ve Guest, 1992). Bu ölçümler bakım vermenin yaşamın tüm alanlarını etkilediği görüşünü desteklemektedir ancak ölçümlerden tek bir skor elde edildiği için yükün farklı boyutları arasındaki farklılıkları belirleme ve ortaya koymaya engel olmaktadır. Tek bir skorun bakım verenin yükünün boyutlarını ve özelliklerini maskeleyiği, boyutlar arasındaki farklılıklar ya da korelasyonun kurulmasına engel olduğu bildirilmiştir (Caserta ve ark., 1996; Novak ve Guest, 1989; Novak ve Guest, 1992).

Bakım verenlerin yükünü çok boyutlu ölçümü konusunda çalışan araştırmacılardan ikisi de Novak ve Guest'tir. Novak ve Guest (1989) bakımın bakım verenlerin üzerine etkisini ölçen bir çeşit çok boyutlu yük ölçeği *Caregiver Burden Inventory* geliştirmişlerdir. Bu araç daha önce Guest tarafından geliştirilen envantere dayandırılarak oluşturulmuştur. Bu nedenle, maddelerin bazıları Guest'in geliştirdiği skalada kullanılan maddelerden oluşurken bazıları da bu çalışma için yeni geliştirilmiştir (Novak ve Guest, 1989; Novak ve Guest, 1992).

2.14. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Etmenler

Bakım veren yükünü etkileyen etmenleri hastalara ait ve bakım verenlere ait özellikler diye ikiye ayrılmaktadırlar.

2.14.1. Hastalara Ait Özellikler;

Literatür incelemesi sonucu elde edilen bilgilere göre bakım veren yükünü etkileyen hastalara ait özellikler; bilişsel yetersizlikler (unutkanlığın boyutları ve yüksek kortikal fonksiyonlar), fonksiyonel yetersizlikler (enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerini yapamama), davranışsal ve psikiyatrik yetersizliklerdir (ajitasyon, delüsyon, halüsinasyon disinhibisyon) (Chou ve ark., 1999; Doornbos, 2001; Dunkin, 1998; Robinson, Adkisson ve Weinrich 2001).

Hastalara ait yetersizliklerin bakım verenlerin yüküne olan etkisi konusunda çalışmalar hastanın yetersizlik alanlarından en fazla davranışsal yetersizliklerin bakım verenleri etkilediğini ve olumsuz sonuçlara yol açtığını ve hastaların bir kuruma gönderilmesi konusunda belirleyici olduğunu göstermiştir (Annerstedt, Elmstahl, Ingvad ve Samuelson 2000; Dunkin, 1998; Reinhard ve Horwitz 1995; Robinson ve ark., 2001; Torti, Gwyther ve Reed 2004; Webb ve ark., 1998). Robinson ve arkadaşları (2001) hastalardaki problem davranışlar ve bakım verenlerin yanıtını incelediği araştırmasının sonucunda hastaların davranış problemlerinin bakım verenlerin sosyal ve kişisel yaşamlarını büyük ölçüde kısıtladığını ve bakım verenlerin yükleri ile davranış problemleri arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu saptamıştır. Reinhard ve Horwitz (1995) hastanın davranış problemlerinin yükün en önemli belirleyicilerinden biri olduğunu bildirmiştir. Ancak hastaların bilişsel yetileri ve davranışlarındaki değişikliklerin tüm bakım verenleri aynı derecede etkilemediği saptanmıştır. Bunların yerine sosyal destek ve

bakım vermenin subjektif algısı, yük duygusunun hissedilmesiyle yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Dunkin, 1998).

2.14.2. Bakım Verene Ait Özellikler:

Literatürde bakım veren yükü üzerine etkisi olan etmenler; bakım verenlerin yaşı, eğitim durumu, bakımda gönüllü olup olmadığı, günde ortalama kaç saat bakım verdiği, hasta ile yakınlık derecesi, ırkı, motivasyon durumu, inançları, ekonomik durumu, çalışma durumu, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri ve cinsiyeti olarak sınıflandırılabilir (Collins ve Jones, 1997; Doornbos, 2001; Dunkin, 1998; Robinson ve ark., 2001; Webb ve ark., 1998).

Yaşı: Bakım verenin yaşı bakım veren kişide yük oluşumunu etkileyen değişkenlerden birisidir (Torti ve ark., 2004). Gordon ve Perrone (2004) genç bakım verenlerin yaşlı bakım verenlerden daha fazla yük yaşadıklarını belirtmiştir. Genç bakım verenler bakım sürecinden daha fazla olumsuz etkilenmekte ve bakım verenin yaşı azaldıkça yük düzeyi artmaktadır (Gordon ve Perrone, 2004). Genç bakım verenler bakım işlerini daha yaşlı bakım verenlere göre sürdürmekte daha fazla güçlük yaşamakta ve bir kuruma yatırma oranları genç bakım verenlerde daha fazla görülmektedir (Tariot, 2003).

Eğitim Durumu: Literatürde bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden biride eğitim durumu olarak belirtilmektedir (Gitlin ve ark., 2003; Uğur, 2006). Genel olarak eğitilmiş kişilerin iletişim becerileri, stres yönetim teknikleri ve sağlık tarama uygulamaları dahil olmak üzere bir çok yaşam becerilerine sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Eğitilmiş kişilerin daha çok finansal kaynaklara sahip olabileceği, bu durumda stres semptomları meydana gelmeden başa çıkma yollarını bulabilecekleri belirtilmiştir. Daha düşük eğitim düzeyindeki bakıcılar ise stres semptomları geliştirme riski muhtemelen daha yüksek olabileceğinden yük yaşama durumları daha fazla olarak belirtilmiştir (Gitlin ve ark., 2003; Uğur, 2006).

Bakım Verme Süresi: Literatürde bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden bir diğeri ise bakım verenlerin ne kadar süredir bakım verdikleri olduğu belirtilmektedir (Capezuti ve ark., 2008; Pinguart ve Sorensen, 2007). Pinguart ve Sorensen (2007) bakım vermenin fiziksel sağlık üzerine etkisini incelediği çalışmasında bakım verenlerin bakım verme rollerini

ne kadar zamandır sürdürdüklerinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça yaşadıkları yükün arttığı belirtilmiştir (Pinquart ve Sorensen, 2007). Bakım verme işi ağır ve zaman alıcı bir iştir, genellikle bu durum uzun dönem almaktadır. Bakım verenlerin %17'si haftada 40 saat ve daha fazla bakım sunmaktadırlar (Capezuti ve ark., 2008). Bu uzun dönemde bakım verenler ilerleyen hastalıkla birlikte davranışsal ve bilişsel bozulmalarla baş etmede zorlanmakta ve daha fazla bakım yükü hissetmektedirler.

Çalışma Durumu: Bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden birisinin de bakım verenlerin çalışma durumu olduğu belirtilmiştir (Chou ve ark., 1999; Çetinkaya, 2009; Horowitz, 1985; Kramer ve Kipnis, 1995). Bakım verenlerin bakım verme sorumluluklarından dolayı işlerini bırakmak zorunda kaldıkları ya da iş için ayırdıkları zamanı büyük ölçüde azalttıkları görülmüştür (Chou ve ark., 1999; Margaret, Berit ve Marjorie 2007).

Ekonomik Durumu: Bakım verme aktiviteleri çok fazla zaman almakla birlikte ekonomik olarak da bakım vericileri etkilemektedir. Ekonomik durumu iyi olmayan bakımverenler bakımlarına yardımcı olacak hizmet, araç gereç ve tıbbi tedaviyi satın alamamaktadırlar (Chou ve ark., 2000). Hastalar hastalıkları nedeniyle çalışma hayatında yer alamamakta, hastalığın kendisi ve bakımının ekonomik boyutları çok fazla olmakta, aynı zamanda bakım verenler de çalışamadıkları için ekonomik güçlükler yaşayabilmektedirler (Farcnik ve Persyko, 2002).

Cinsiyet: Bakım verenlerin yükünü arttıran etmenlerden bir tanesi de cinsiyettir. Leidner (1991) göre cinsiyet sosyal bir kurgudur ve yasaklanan rollerle oluşan sosyal bir durumdur. Bunun anlamı kültürden, sosyalizasyon durumundan ve etkileşime girdiğimiz herkes tarafından kadın ve erkeklerden beklenenlerdir. Toplumlar cinsiyetlerden beklenenleri kabul etmektedirler. Buradan yola çıkılacak olursa kadın ve erkeklere göre bakım verme rollerinde farklılık göstermeleri şaşırtıcı bir sonuç değildir. Farklı kültürlerde cinsiyete göre bakım veren yüklerinin tanılanması bu açıdan daha da önem kazanmaktadır.

Kadın cinsiyeti yük gelişimi için yüksek risk taşıyan grup olarak belirtilmiştir. Kadın bakım verenlerde erkek bakım verenlerden daha fazla anksiyete, depresyon, duygusal stres görülmektedir. Bunun nedenleri değişik şekillerde açıklanabilmektedir. Birincisi kadınların toplum içerisinde yüklendikleri sorumluluklar daha fazla olmaktadır. Kadınlar hem anne hem

geçim için para kazancı, ev işlerini yönetici, duygusal destek verici rollerini üstlenmektedir. Kadın bakım vericiler duygularını daha iyi ifade etmektedir. Bakım vericilerde cinsiyetlere göre yaşam kalitesinin düzeylerinin incelendiği bir araştırmada kadın bakım vericilerin yaşam aktivitelerinin erkek bakım vericilerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Evlat bakım vericiler konusunda yapılan bir çalışmada ise kız evlat ve erkek evlat bakım vericilerin yük düzeylerini incelemiş ve kız evlatların yük düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç kadın cinsiyetin yük düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir (Barber, 1998). Erkek bakım verenlerde hastanın durumunun kötülüğü ile bakım veren depresyonu arasında bir ilişki bulunamazken kadın bakım verenlerde hastanın durumunun kötüleşmesi ile depresyon düzeylerinin artması arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Küçükgüçlü, Esen ve Yener 2009).

Literatürde cinsiyet farklılığına yönelik çalışma verileri, sağlanan bakımın tipi ve miktarına (Barusch ve Spaid, 1989; Chang ve White Means, 1991; Kramer ve Kipnis, 1995), bakımın şiddetine, baş etme stratejilerine, bakım aktivitelerine, fiziksel ve emosyonel iyi olma halinde farklılıklara odaklanmaktadır (Almberg, Grafström ve Winbladd 1997; DeVries, Hamilton, Lovett ve Gallagher-Thompson, 1997; Knop, Bergman-Evans ve McCabe 1998; Navai-Waliser, Spriggs ve Feldman 2002). Kadın ve erkek bakım verenler tarafından sağlanan bakımlar kadar bakım vermede yaşadıkları zorluklarda farklı olabilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada cinsiyet, bakım veren yükünü etkileyen bağımsız değişkenler arasında yer almaktadır (Baker ve Robertson, 2008; Barusch ve Spaid, 1989; Bedard ve ark., 1997; Fitting ve ark., 1986; Houde, 2002; Margaret ve ark., 1997; Marvardi ve ark., 2005; Miller ve Cafasso, 1992; Yee ve Schulz, 2000), ancak sadece cinsiyeti ele alıp inceleyerek cinsiyetin bakım veren yükü üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara az rastlanılmıştır.

Birçok araştırma sonuçları Alzheimer hastasına bakım veren kadınların erkeklere göre daha fazla yük yaşadığını göstermektedir (Barusch ve Spaid, 1989; Bedard ve ark., 1997; Fitting ve ark., 1986; Fromme ve ark., 2005; Gitlin ve ark., 2003; Houde, 2002; Kramer ve Kipnis, 1995; Margaret, Berit ve Marjorie 1997; Miller ve Cafasso, 1992; Papastavrou ve ark., 2007; Raccichini, Castellani, Civerchia, Fioravanti ve Scarpino, 2009; Thompson ve ark., 2004; Yee ve Schulz, 2000). Miller ve Cafasso (1992) meta-analiz yöntemini kullanarak 14 çalışmayı incelemişlerdir ve kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerden %20 daha fazla yük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Elkus (1989) kadın olmanın bakım yükü yaşama ve depresyon semptomlarının görülmesinde birincil önemli değişken olduğunu belirtmiştir. Lutzky ve Knight (1994) kadınların keder düzeylerinin erkeklere göre

daha fazla bulunmasının nedenini iki hipotez ile açıklamaya çalışmıştır. Birincisi erkeklerin, duygularına daha az dikkat ettikleri için duygularını tanımlamakta zorluk çekmelerinden dolayı kederlerini açıklayamadıkları şeklinde ifade edilmiştir. İkinci hipotez ise kadınların daha az etkili sosyal baş etme yöntemlerini kullandıkları için daha fazla keder yaşamaları şeklinde ifade edilmiştir (Lutzky ve Knight, 1994).

Literatürde bu çalışmalara karşılık cinsiyete göre bakım veren yükü yaşama durumu arasında ilişki bulunmayan araştırmalarda yer almaktadır (Fitting ve ark., 1986; McConaghy ve Caltabiano, 2005). Baker ve Robertson (2008) yapmış olduğu review çalışmasında incelediği 93 çalışmanın dördünde bakım veren yükü veya baş etme şekli arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Russel (2008) çalışmasında kadın ve erkekler arasında objektif yük yaşama durumları arasında herhangi bir fark bulmazken subjektif yükleri arasında anlamlı bir fark olduğunu kadınların daha fazla subjektif yük yaşadıklarını belirtmiştir. Buna karşılık Hamarat ve arkadaşları (2001) çalışmasında subjektif iyi olma hali arasında cinsiyet farklılığı bulunmadığını belirtmiştir. Takano ve Arai (2005) erken dönem Alzheimer hastalarında bakım veren yükü ve cinsiyet farklılığını incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında bakım veren yükü ya da depresif mod açısından cinsiyet farklılık olmadığını belirtmiştir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Alzheimer hastasına bakım veren kadın ve erkek aile üyelerinin yaşadıkları yük ve yükün boyutlarındaki benzerlik ve farklılıkların tanımlanması amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı araştırma türüne uygun olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri 09.03.2009 – 24.06.2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Demans Polikliniği, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Demans Polikliniği ve Buca Tıp Merkezi Nöroloji polikliniklerinde bakım verenler ile görüşmeler yapılmıştır. Dernek içinde ve dışındaki etkinliklerde de bakım verenlere ulaşılmıştır. Alzheimer derneğinin İzmir şubesinde Salı günleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Demans Polikliniğinde Çarşamba günleri, Ege Üniversitesi Demans Polikliniğinde Cuma günleri, ve diğer günlerde Buca Tıp Merkezi Nöroloji Polikliniğinde bakım verenlere ulaşılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bir yıl içerisinde Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Demans Polikliniğine, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Demans Polikliniğine, Buca TABDİ Tıp Merkezi Nöroloji Polikliniğine, Alzheimer derneğinin İzmir şubesi etkinliklerine katılan bakım verenler bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu evrenden araştırmanın veri toplama sürecinde araştırmanın örnek seçim ölçütlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden, Alzheimer hastası bir bireye bakım veren 192 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Diğer tip demans (vasküler demans, FTD, lewy cisimcikli demans, multi-infarkt demans) tanısı almış bireylerin bakım verenleri araştırmaya dahil edilmemiştir. Örneklem seçimi olasılıksız örnekleme yöntemi ile yapılmıştır.

Bu çalışmada testin gücü (Tip I hata .05 alınarak) NCSS-PASS programı kullanılarak hesaplanmıştır (Özdamar, 2005). Testin gücü; cinsiyete göre sırasıyla kadın ve erkeklerin toplam yük puan ortalamaları $\bar{x} = 54.63 \pm 21.15$, $\bar{x} = 44.63 \pm 22.39$ ve n:120 / 72, verilerine göre hesaplandığında %86.04 olarak bulunmuştur (Özdamar, 2005; Statistical Power Calculator, 2009).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Alzheimer demans tanısı almış hastanın aile üyelerinden birisi olması (eşi, kızı, oğlu, kız kardeşi, erkek kardeşi, gelini, damadı, torunu)
- Bakım verdiği kişinin bakımından birinci derecede sorumlu kişi olması
- Hastanın Mini Mental Durum Testinden aldığı puanın 26 ve daha az olması

Bakım veren her iki cinsiyet grubundaki bireyler araştırma sonucunu etkilememesi gerekçesiyle yaş, eğitim durumu, yakınlık derecesi, aylık gelir durumları, çalışma durumları, ne kadar süredir bakım verdikleri, günde ortalama kaç saat bakım verdikleri, hastalarının yaşı, MMT ve NPI ortalamaları yönünden benzer tutulmuştur (Tablo 2). Cinsiyete göre her iki grupta bulunan bakım verenlerin yaş ortalamaları, günde kaç saat bakım verildiğinin ortalamaları, baktıkları hastaların yaş ortalamaları, MMT ve NPI puan ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile analiz edilmiştir. Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre eğitim düzeyleri, aylık gelirleri, çalışma durumları, bakım verme sürelerinin karşılaştırılması ki kare testi ile analiz yapılmıştır (Akgül 2005; Özdamar 2005). Bakım veren bireylerin bu özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 2).

Tablo 2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Verdikleri Hastaların Yaş, MMT ve NPI Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Bakım Verene Ait Özellikler	Bakım Verenlerin Cinsiyeti		X ²	p
	Kadın (120) n (%)	Erkek (72) n (%)		
Eğitim Durumu				
Okur Yazar / İlköğretim	37 (30.84)	19 (26.35)	2.022	.364
Lise Mezunu	42 (35.00)	21 (29.20)		
Yüksekokul / Fakülte Mezunu	41 (34.16)	32 (44.45)		
Aylık Gelir Düzeyi				
Gelir Giderden Az	15 (12.50)	7 (9.72)	2.009	.366
Gelir Gidere Eşit	89 (74.17)	50 (69.45)		
Gelir Giderden Fazla	16 (13.33)	15 (20.83)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	21 (17.50)	21 (29.16)	2.934*	.087
Çalışmıyor	99 (82.50)	51 (70.84)		
Bakım Verme Süresi				
1 yıldan az	28 (23.34)	12 (16.67)	1.539	.463
1-5 yıl	70 (58.33)	48 (66.66)		
6 yıl ve daha fazla	22 (18.33)	12 (16.67)		
Yakınlık Derecesi				
Eşi	37 (30.83)	28 (38.89)	1.468	.480
Kızı / Oğlu / Gelini / Damadı	80 (66,67)	43 (59,72)		
Kız Kardeşi / Erkek Kardeşi	3 (2.50)	1 (1.39)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Yaş (yıl)	54.86±10.86	57.93±14.06	-1.587	.115
Günde bakım verme süresi (saat)	20.71±7.09	19.19±8.33	1.287	.200
Hastalara Ait Özellikler				
Yaş (yıl)	75.83±8.91	74.26±8.27	1.207	.229
MMT	10.48±6.57	10.65±6.64	-0.172	.863
NPI	44.12±23.94	37.76±30.45	-1.605	.110

* n sayısı 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacının kendisi tarafından bakım verenlerle yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Bakım verenlere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır (Ek 1).

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 2)
2. Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (Ek 3)
3. Nöropsikiyatrik Envanter (Ek 4)
4. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Ek 5)

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 2)

Bakım verenlerin özelliklerine ilişkin veri toplamak amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen bireysel bilgi formu bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hasta ile yakınlık derecesi, aylık geliri, çalışma durumu, hastaya bakım verme süresi, hastaya bir günde ortalama kaç saat bakım verdiğini içermektedir. Ayrıca hastaya ilişkin olarak da yaş, MMT ve NPI puan dahil olmak üzere toplam 13 soruyu içermektedir.

3.4.2. Mini Mental Durum Testi (Ek 3)

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir (Güngen, Ertan, Eker, Yaşar ve Engin 2002; Monch, Foldi ve Ermini Fünfschilling 1995; Tangalos, Smith, Ivnik ve Peterson 1996).

MMT; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan olmak üzere toplam beş ana başlık altında toplanmıştır. On bir maddeden oluşmaktadır ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Yönelim toplamında 10 puan elde edilebilen 'hangi yıldayız', 'hangi mevsimdeyiz', 'hangi aydayız' gibi toplam 10 soruyu içermektedir. Her

sorunun doğru yanıtına bir puan verilerek hesaplanmaktadır. Kayıt hafızası toplamında üç puan elde edilebilmektedir. Hastaya söylenen üç kelimeyi (masa, bayrak, elbise) 20 saniye süre tanıyarak tekrar etmesi beklenmektedir. Hatırlanan her bir isme karşılık bir puan verilmektedir. Dikkat ve hesap yapma bölümünden toplam beş puan elde edilebilmektedir. Hastadan 100'den geriye doğru yedi çıkartması istenilir, bu işleme beş kez devam edilir ve her doğru işlem için bir puan verilerek toplam beş puan elde edilmektedir. Hatırlama bölümünde hastaların daha önce söylenen kelimeleri (masa, bayrak, elbise) hatırlayarak tekrar etmeleri istenilmektedir. Hastanın doğru hatırlayabildiği her bir nesneye bir puan verilerek toplamında üç puan verilmektedir. Son bölüm olan lisanda ise saat, kalem gibi nesnelere gösterilerek bu nesnelere isimlerinin neler olduğu sorulur, doğru söylenen her bir nesne için bir puan verilerek toplamında iki puan verilmektedir. "Eğer ve fakat istemiyorum" cümlesi söylenerek hastadan tekrar etmesi istenilir, doğru tekrar edildiği takdirde bir puan verilmektedir. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" denilerek hastanın bu cümledeki üç sıralı işlemi yapması beklenir. Doğru yaptığı her bir hareket için bir puan verilerek toplamında üç puan verilmektedir. Bir kağıda "gözlerinizi kapatın" yazıp hastaya verilerek kağıtta yazan şeyi okuması ve yazan şeyi yapması söylenir. Doğru okunup gözlerin kapatılması sonucunda bir puan verilmektedir. Hastaya boş bir kağıt verilerek aklına gelen anlamlı herhangi bir cümle yazması beklenir. Doğru işlem sonrasında hastaya bir puan verilmektedir. Son olarak MMT'de yer alan iki tane iç içe geçmiş beşgen şekil gösterilip hastanın aynısını çizmesi istenilmektedir. Doğru sayıda köşeleriyle çizilen şekil için bir puan verilmektedir.

Testten en fazla 30 puan elde edilmektedir. Alzheimer hastalığının evrelendirilmesinde 21-26 puan arası alınan değer hafif Alzheimer hastalığını, 10-20 puan arası orta Alzheimer hastalığını, 10'dan az puan ise ağır Alzheimer hastalığını göstermektedir (Costa ve ark., 1996).

Türkiye için MMT'in geçerlik güvenirliği Güngen ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır ve MMT'nin Türkçe standardize versiyonunun bir tarama testi olarak yeterli güvenilirliğe (Kappa Değeri .92) sahip olduğu belirtilmiştir (Güngen ve ark., 2002). Bu çalışmada MMT, kadın ve erkek bakım verenlerin baktıkları hastaların bilişsel bozukluklarının bakım verenlerin yükünü etkilememesi için, kadın ve erkek bakım verenleri bu açıdan benzer tutmak için kullanılmıştır.

3.4.3. Nöropsikiyatrik Envanter (Ek 4)

Nöropsikiyatrik Envanter (NPI), demanslı hastalardaki psikopatolojiyi değerlendirmek için geliştirilmiştir (Cummings, Mega, Gray ve Rosenberg 1994). NPI 12 davranışsal alanla ilgili bulunan soruları içermektedir. Bu 12 davranışsal alan; ajitasyon, iritabilite, anksiyete, disfori, halüsinasyon, delüzyon, apati, öfori, disinhibisyon, anormal motor davranışlar, gece uyku bozuklukları ve yemek yeme anormalliklerini içermektedir (Cummings ve ark., 1994). Envanter bu 12 nöropsikiyatrik özelliklerin sıklığı, şiddeti ve bakım verende yarattığı sıkıntı olmak üzere toplam üç bölümden oluşmaktadır. NPI ölçeğinin uygulanmasında ilk adım olarak daha öncede belirtilen 12 alanın hastada bulunup bulunmaması değerlendirilir. Bulunmuyorsa diğer alana geçilir, bulunuyorsa eğer o alana ait alt başlıkta yer alan sorularla alan daha da özelleştirilir. Sonrasında bulunan semptomların sıklığı (1 nadiren, 2 bazen, 3 sık, 4 çok sık) ve şiddeti (1 hafif, 2 orta, 3 ağır) için verilen sayısal değerlerin çarpılması ile o alanın skoru oluşturulur. Tüm ölçekten en fazla alınan puan 144 olabilmektedir ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen puanın artması hastanın davranışsal bozukluğunun arttığı anlamına gelmektedir. Her alan için o semptomun hasta yakını için doğurduğu sıkıntı beş puan üzerinden (0 hiç, 1 çok az, 2 az, 3 orta, 4 ağır, 5 çok ağır) ayrıca hesaplanmaktadır (Cummings ve ark., 1994). Bu çalışmada bakım verenlerin yükü envanteri kullanıldığı için NPI'da yer alan bakım verenlerin yaşadığı sıkıntı bölümü kullanılmamıştır.

NPI envanterini geliştiren Cummings ve arkadaşları (1994) tarafından Cronbach alfa değeri .88, envantere yer alan sıklık ve şiddetinin Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla .88 ve .87 olarak belirtilmiştir. Akça Kalem ve arkadaşları (2005) tarafından NPI'nın Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmada envanterin Cronbach alpha değeri .79 bulunmuştur. Sıklık ve şiddet içinde belirtilen özel maddeler için ise Cronbach Alpha değerleri sırasıyla .76 ve .79 arasında değişmektedir (Akça Kalem ve ark., 2005).

Bu çalışmada NPI, kadın ve erkek bakım verenlerin baktıkları hastaların davranışsal bozukluklarının bakım verenlerin yükünü etkilememesi için, kadın ve erkek bakım verenleri bu açıdan benzer tutmak için kullanılmıştır.

3.4.4. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Ek 5)

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (*Caregiver Burden Inventory*), 1989 yılında Kanada'da, Novak ve Guest tarafından, bakım vermenin bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır (Novak ve Guest, 1989). Bu envanter literatürde bilişsel yetersizliği olan hastaların bakım verenlerinin yükünü ölçmeye yönelik olarak ilk geliştirilen ve en sık kullanılan araçlardan birisidir (Caserta ve ark., 1996; Novak ve Guest, 1989; Novak ve Guest, 1992). Bakım verenlerin yükü envanterinde, yük beş alt boyutta incelenmektedir (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal yük). Bütün boyutlar beş maddeden, ancak üçüncü boyut olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Envanterin 1-5 arası maddeleri zaman-bağımlılık yükü, 6-10 arası maddeler gelişimsel yük, 11-14 maddeler arası fiziksel yük, 15-19 arası maddeler sosyal yük, 20-24 arası maddeler ise duygusal yük ile ilişkilidir.

Envanter, 24 maddelik likert tipi (0-4) bir ölçektir. Puanlama, **hiç tanımlamıyor** (0) puan, **az tanımlıyor** (1) puan, **orta derecede tanımlıyor** (2) puan, **oldukça tanımlıyor** (3) puan, **çok tanımlıyor** (4) puan şeklindedir. Her boyut 0 ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Zaman bağımlılık, gelişimsel, duygusal ve sosyal yük beş maddeden oluşmaktadır ve her bir maddeden 0-4 puan arasında puan alınmaktadır. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı (0-4) 1.25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu boyuttan da toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir bireyin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir. Envanterin uygulanması yaklaşık 10-15 dakika almaktadır.

Envanterin geçerlilik ve güvenilirliği farklı araştırmacılar tarafından çalışılmıştır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirliği Küçükgüçlü ve arkadaşları (2009) tarafından çalışılmıştır. Ölçeğin farklı araştırmacılar tarafından elde edilen Cronbach alfa değerleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Bakım Veren Yüğü Envanterinin Cronbach Alfa Değerleri

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Değerleri				
		(Novak & Guest 1989)	(Caserta, Lund & Wright 1996)	(Chou, Chyun & Chu 2002)	(Marvardi ve ark., 2004)	(Küçükğüçlü, Esen & Yener 2009)
Zaman – Bağımlılık Yüğü	5	.85	.85	.93	>.80	.93
Gelişimsel Yüğü	5	.85	.87	.90	>.80	.94
Fiziksel Yüğü	4	.86	.86	.93	>.80	.94
Sosyal Yüğü	5	.73	.69	.79	>.80	.82
Duygusal Yüğü	5	.77	.81	.88	>.80	.94
Tüm Envanter İçin	24			.95	>.80	.94

Bu çalışmada Cronbach alpha değeri ‘Zaman-bağımlılık Yüğü’ için .94, ‘Gelişimsel Yüğü’ için .89, ‘Fiziksel Yüğü’ için .90, ‘Sosyal Yüğü’ için .76, ‘Duygusal Yüğü’ için .96 olarak bulunmuştur. Envanterin tümü için elde edilen Cronbach alpha değeri ise .92 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplanan hastanelerin demans polikliniğine gelen hastaların bakımverenlerine araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve hastanın bakımından birinci derece sorumlu aile üyelerinden biri olup olmadığı öğrenilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakımverenlerden onam formunu imzalamaları istenmiştir. Daha sonra hastaların doktoru tarafından yapılan MMT puanları öğrenilmiştir. MMT puanı dosyasında bulunmayan hastalara ve dernek etkinliklerine bakım veren yakını ile katılan hastalara araştırmacı tarafından MMT uygulanmıştır ve 26 ve daha az puan alan hastaların yakınları araştırmaya dahil edilmiştir. Bakım verenler ile görüşme yapılarak sosyodemografik özellikler anket formu, NPI ve Bakım Veren Yüğü Ölçeği’ni doldurmaları sağlanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin, bakım veren yükü ölçeğine göre toplam puan ortalaması ve beş alt boyut puan ortalamaları (zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük) bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni bakım verenlerin cinsiyetidir.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirmesi

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Cinsiyetlerine göre bakım verenlerin yük puanları ve her bir alt boyutları arasındaki anlamlılık düzeyi iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile incelenmiştir (Akgül, 2005; Özdamar, 2005).

3.8. Etik

Araştırmanın başlatılıp yürütülmesi için öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Ek 7), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Ek 8), Buca Tapdı Tıp Merkezi (Ek 9) ve Alzheimer Derneği İzmir Şubesinden yazılı izinler alınmıştır (Ek 10).

Araştırmaya dahil edilecek bakım vericilere araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi içeren bilgilendirme onam formu okutulup yazılı izinleri alınmıştır (Ek 1).

Araştırmada kullanılan Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri'nin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olan Yard. Doç. Dr. Özlem Küçükğüçlü'den yazılı izin alınmıştır (Ek 11).

Araştırmada kullanılan Nöropsikiyatrik Envanter'in Türkiye'de geçerlilik çalışmasını yapmış olan şükriye Akça Kalem'den sözel izin alınmıştır.

3.9. Tezin Bütçesi

Araştırmanın tüm maliyeti araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım veren yükü toplam puan ortalaması ve yük alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4: Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Veren Yükü ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım Veren Yükü ve Alt Boyutları	Bakım Verenlerin Cinsiyeti		t	p
	Kadın (120) $\bar{x} \pm SS$	Erkek (72) $\bar{x} \pm SS$		
Bakım Veren Yükü	54.63 \pm 21.15	44.63 \pm 22.39	3.103	.002*
<i>Zaman Bağımlılık Yükü</i>	14.70 \pm 5.82	12.83 \pm 6.40	2.072	.040*
<i>Gelişimsel Yük</i>	13.52 \pm 6.40	10.42 \pm 6.66	3.200	.002*
<i>Fiziksel Yük</i>	12.58 \pm 6.90	9.05 \pm 7.67	3.292	.001*
<i>Sosyal Yük</i>	3.40 \pm 4.06	2.28 \pm 3.13	2.015	.045*
<i>Duygusal Yük</i>	10.43 \pm 7.04	10.06 \pm 6.97	.361	.718

* $p < .01$

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre toplam yük puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırılmıştır. Kadın bakım verenlerin yük puan ortalamaları, erkek bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4).

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım veren yükü ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırılmıştır. Zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve sosyal yük boyutunda kadın bakım verenlerin yük puan ortalamaları erkek bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4).

Duygusal yük boyutunda ise kadın bakım verenlerin puan ortalamaları erkek bakım verenlerle benzer bulunmuştur, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$, Tablo 4).

5. TARTIŞMA

Alzheimer hastası bireylere bakım veren kadın ve erkek aile üyelerinin yük düzeylerini karşılaştırmak ve yük boyutlarındaki (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, duygusal, sosyal yük) benzerlik ve farklılıkları tanımlamak amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma kapsamına alınan kadın bakım verenlerin bakım veren yükü erkek bakım verenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4). Kadın bakım verenlerin yük düzeylerinin erkeklerden daha fazla olması daha önce yapılmış olan birçok araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Barusch ve Spaid, 1989; Bedard ve ark., 1997; Fitting ve ark., 1986; Fromme ve ark., 2005; Houde, 2002; Kramer ve Kipnis, 1995; Margaret ve ark., 1997; Miller ve Cafasso, 1992; Papastavrou ve ark., 2007; Thompson ve ark., 2004; Yee ve Schulz, 2000).

Kadınların erkeklere oranla daha fazla yük yaşıyor olmaları değişik şekillerde açıklanabilmektedir. Kadınların daha fazla yük yaşamalarına neden olabilecek etmenlerden birisi kadın bakım verenlerin bakım verdikleri hastalara daha fazla güçlü hislerle bağlı olmaları ve hastaları için daha fazla endişelenmeleri olabileceği belirtilmiştir (Chang ve White Means, 1991). Erkek bakım verenlerin ise yaptıkları bakım aktivitelerini bir görev / iş olarak algılayıp hastalara karşı duygusal bağlanma açısından uzak durdukları belirtilmiştir (Collins ve Jones, 1997; McFarland ve Sanders, 1999, Miller ve Cafasso, 1992). Erkekler iş olarak gördükleri bakım vermede başarılı olabilmek için bazı düzenleme ve planlamalara gitmektedirler. Nesnel mekanizmalar geliştirerek bakım verme işinden psikolojik olarak daha az etkilendikleri bildirilmiştir (Miller ve Cafasso, 1992). Bunlara ek olarak erkeklerin rol sosyalizasyonlarından dolayı yaptıkları işlerde, yerine getirdikleri rollerde yaşadıkları zorlukları göstermekten çekindikleri ve genellikle gerçek duygularını gizledikleri, kadınların ise duygularını erkek bakım verenlere göre daha iyi ifade edebildikleri belirtilmektedir (Barusch ve Spaid, 1989; Kramer ve Kipnis, 1995). Literatürde bazı erkeklerin, bu yeni rol değişiminden; bakma, besleme duygularını tatmin etmelerine yardımcı olduğu için memnun olabildiği de bildirilmiştir (Kramer ve Kipnis, 1995; Fitting ve ark., 1986).

Bakım verme sürecinin bakım verenler için bir stres kaynağı olduğu (Bush, 1997; Russel, 2008; Thompson ve ark., 2004) bu stresli durum karşısında kadın bakım verenlerin daha çok duygusal odaklı baş etme yöntemleri kullandıkları erkek bakım verenlerin ise problem odaklı baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir. Problem odaklı baş etme yönteminin duygusal

odaklı baş etme yöntemine göre daha etkili bir yöntem olduğu ve problem odaklı baş etme yöntemi kullananların daha az bakım yükü yaşadıkları belirtilmektedir (Almberg ve ark., 1997).

Erkek cinsiyeti geleneksel olarak fiziksel gücü simgelemektedir. Bu nedenle kadın bakım verenler eşlerini güçlü bireyler olarak tanımlamaktadırlar ancak Alzheimer tanısı alan eşler eskisi gibi güçlü olarak algılanmamaktadır. Literatürde bu durumun kadın eşler tarafından kabul edilmesinin kolay olmadığı belirtilmektedir (Bush, 1997). Eşlerinin hastalıklarından dolayı güçsüz bireyler olmasını kabul edemeyen kadınların bakım konusunda erkeklere oranla daha fazla yük yaşadıkları düşünülmektedir.

Erkek bakım verenlerin bakım verdikleri kişiden psikolojik olarak uzak durma mekanizmasını geliştirerek bakım konusunda daha az stres yaşamaları diğer taraftan bakım sürecinin yarattığı stres karşısında kadınlara oranla daha etkin baş etme yöntemlerini kullanmaları sonucunda daha az yük yaşamaları muhtemeldir.

Bakım verme işi toplumumuzda erkek işi olarak görülmemektedir. Bu nedenle erkek bakım verenlerin bakım karşısında daha fazla yük yaşamaları beklenirken daha az yük bildirmelerinin sebebinin sosyalizasyon sürecinde özellikleri gereği bakım verirken üstlendikleri rollerin güçlüklerini çok az ifade edebilmelerinden ve görüşmeler sırasında daha az konuşmayı tercih ederek bakıma ilişkin açıklamalar yaparken daha dikkatli davranmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyete göre bakım veren yükü alt boyutları incelenmiş ve kadın bakım verenlerin zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve sosyal yük açısından erkeklere oranla daha fazla yük yaşadıkları bulunmuştur. Duygusal yük açısından ise kadın ve erkek bakım verenler benzer oranda yük yaşamaktadırlar.

Bakım verenlerin zamanının kısıtlı olmasından kaynaklanan yükü tanımlayan ve objektif yük olarak da tanımlanan **zaman bağımlılık yükü** kadın bakım verenlerde erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışma da hem kadın bakım verenlerin hem de erkek bakım verenlerin baktıkları hastaların MMT puanlarına göre **orta evre Alzheimer hastası** oldukları görülmektedir (Tablo 2). Bu evrede hastalarda yakın bellekte azalma, iç görü, oryantasyon ve dil bozukluğu gibi bilişsel yeti kayıplarının yanı sıra günlük yaşam aktivitelerinde azalma,

nesneleri yanlış yere koyma, kaybolma, giyinme güçlüğü gibi fonksiyonlarda bozulma ve delüzyon, depresyon, yerinde duramama, uykusuzluk, ajitasyon gibi davranışsal bozukluklar da görülmektedir. Bu evredeki hastalar belirgin oranda bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu veriler ışığında hem kadın hem de erkek bakım verenlerin bakım verdikleri hastaların bakım gereksinimlerinin benzer olduğu söylenebilir ancak kadın bakım verenlerin hastalarının kişisel bakım gereksinimlerini ve diğer tüm ihtiyaçlarını erkeklere oranla daha fazla karşıladıkları belirtilmektedir (Chang ve White Means, 1991; Kramer ve Kipnis, 1995; Miller ve Cafasso 1992) . Kadın bakım verenler demanslı bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi örneğin yemek yedirme kıyafetlerini giydirmeye gibi sorumlulukları erkeklere oranla daha fazla üstlenmektedirler. Martin (1997) bakım verme sürecinde kadınların erkeklere oranla %70 daha fazla iş yüklerinin olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca bakım için kadınların daha fazla zaman (saat) harcadıkları (Horowitz, 1985; Martin, 1997) bakımın her alanın doğrudan katıldıkları (Gitlin ve ark., 2003), ev içerisinde ve dışarısında anne, eş, ev işlerini düzenleme, çalışma gibi çok fazla sorumluluklarının bulunması (Fitting ve ark., 1986; Kramer ve Kipnis, 1995) ve bu yüzden kendilerine zaman ayıramadıkları, bireysel gereksinimlerini yeterince karşılayamadıkları, kendi gereksinimleri ile hastanın gereksinimleri arasında çatışma yaşadıkları ve dolayısıyla daha fazla depresyon ve yük yaşadıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada kadın ve erkek bakım verenlerin bakım verme süreleri (saat) benzer tutulmuştur ancak bakım verilen süreler içerisinde bakım verenlerin hangi bakım aktivitelerini ne kadar yoğunlukta yerine getirdikleri benzer olmayabilir. Kadınların yüklerinin fazla olmasının nedeninin literatürde belirtildiği gibi bakıma ayrılan zamanda kadınların daha fazla bakım aktivitesini gerçekleştirmeleriyle ve bakım verme dışındaki sorumlulukları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bakım veren kişilerin yaşamlarında akrabaları ile olması gereken yerde olmadığı duygusundan kaynaklanan yükü tanımlayan *gelişimsel yük* kadın bakım verenlerde erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır. Bireylerin yaş dönemlerine göre kabul edilen ve beklenen süreçler vardır ve çok az kişi kendini yaşamının bir döneminde bakım vermeye hazırlar ve böyle bir şeyi bekler.

Demans hastası bireylerin bakım verenleri için bakım verme sorumluluğu genellikle orta yaşlara geldiklerinde anne-babalarının bakım vericisi ya da ileri yaşlarda yaşlı eşlerinin bakım vericisi olma şeklindedir. Bu çalışmada kadın ve erkek bakım verenlerin yaş ortalamaları '*orta yaş dönemi*' olarak belirlenmiştir (Onur, 1997). Kadınlar orta yaşlara

geldiklerinde çocuklarına bakım verme sorumluluklarını genellikle tamamlamış olmaktadır ve artık zamanlarını kendi ilgilendikleri aktivitelere ayırmayı beklemektedirler. Çocuk bakımını tamamlayan kadınlar hasta bir aile üyesine sahip olma ile birlikte yeniden bakım vericilik sorumluluğunu üstlenmek durumunda kalmaktadırlar (Fitting ve ark., 1986). Beklenmedik bir şekilde hasta bakımı rolü üstlenmek zorunda kalan kadınların daha fazla yük yaşamalarının muhtemel olabileceği düşünülmektedir.

Orta yaşlarda en belirleyici özelliklerden biri de emekliliktir. Emeklilik dönemi bireyin iş yaşamının sorumluluklardan kurtulup torunların da katılımı ile büyükanne ve büyükbaba rolünün üstlenildiği bir yaşam dönemidir (Onur, 1997).Gelişim dönemleri açısından bakıldığında erkekler, emeklilikle birlikte iş hayatlarını tamamlayıp daha fazla evde zaman geçirmeye başlamaktadırlar. Erkekler hasta bir bireye sahip olmakla birlikte bakım verme işiyle karşılaşmaktadır ve bakım sağlama işini yeni bir rol olarak algılamaktadırlar. Bu rol erkeklerin evde zaman geçirme eğilim ve istekleri ile çelişmediği için bazı erkekler bu yeni rollerinden hoşlanabilmektedir (Fitting ve ark., 1986). Bu durumun erkeklerin daha az gelişimsel bakım yükü yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenin kronik yorgunluk ve fiziksel sağlığında bozulma duygularını tanımlayan *fiziksel yük* kadın bakım verenlerde erkeklere oranla yüksek çıkmıştır. Daha önce belirtildiği gibi kadınlar bakım işi için erkeklerden çok daha fazla zaman ayırmakta, baktıkları kişiye daha fazla bağlanmakta ve stresörlerle baş etmede erkeklerden daha az etkili yöntemler kullanmaktadırlar. Ayrıca kadın bakım verenler bakım verme işi sırasında erkeklere oranla daha az dinlenme arası vermektedirler (Pinquart ve Sorenson, 2007).

Yapılan çalışmalar Alzheimer hastalarının bakım verenlerinin bakım sorumluluklarından dolayı aktivite düzeylerinde azalma olduğunu, uyku düzenlerinin ve kalitesinin bozulduğunu, beslenmelerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Bu kötü sağlık alışkanlıkları bakım verenin sağlığını etkileyen etmenler olarak görülmektedir (Vitaliano, Zhang ve Scanland 2003). Bunlara ek olarak bakım vermenin ortaya çıkardığı gereksinimlerin bakım veren için stres kaynağı olduğu ve kişinin sağlığını etkilediği, bunlara bağlı olarak daha fazla doktora başvurdukları ve ortaya çıkan problemleri nedeniyle daha fazla ilaç kullandıkları bildirilmiştir (Dunkin, 1998).

Yukarıdaki veriler ışığında diğer çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da kadınların fiziksel yüklerinin erkeklerden daha fazla olmasının ya da kadınların daha fazla fiziksel yük tanımlamalarının şaşırtıcı olmayan bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin iş ya da aile yaşamındaki rolleriyle ilgili sorunları tanımlayan *sosyal yük* kadın bakım verenlerde erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bakım verenlere sağlanan sosyal desteğin yükü azaltan etmenlerden birisi olduğu bildirilmiştir (Doornbos, 2001; Reinhard ve Horowitz 1995; Webb ve ark., 1998). Güçlü bir sosyal ağ ve sosyal desteğin varlığında, daha fazla olumlu sonucun ortaya çıktığı, sosyal destekleri iyi olan bakım verenlerin daha az yük, daha az depresyon, daha az sağlık problemleri, daha fazla yaşam memnuniyeti yaşadıkları bildirilmiştir (Saunders, 2003). Kadınların daha fazla sosyal yük yaşamalarına neden olduğu düşünülen etmenlerden birisinin kadınların bakım verme rolünden dolayı kendilerini sosyal hayatta erkeklere oranla daha fazla kısıtlamalarından kaynaklandığı belirtilmiştir (Barusch ve Spaid, 1996).

Ayrıca kadınların bakım sürecinde yardım alma konusunda isteksiz oldukları belirtilmiştir. Colins ve Jones (1997) kadın bakım verenlerin bakım sunarken bakımlarına yardımcı olabilecek diğer yakınlarının olmasına rağmen onlardan daha az destek talep ettikleri belirtmiştir. Barber (1998) ve Horowitz (1985), erkek evlat olarak bakım verenlerin eşlerinden bakım konusunda ve duygusal anlamda, kız evlatların eşlerinden aldığı sosyal destekten daha fazlasını aldıkları belirtmişlerdir. Bakım veren kız evlatların anne babalarına uzun süre ve daha yoğun bakım verirken eşlerinden de sosyal destek almamalarının, karşılaştıkları zorluklara karşı daha hassas tepkiler vermelerine ve daha fazla sosyal yük yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hem kadın hem de erkeklerin sosyal yükleri arasında anlamlı bir fark olmakla birlikte, oldukça düşük düzeyde bulunmuştur. Sosyal destekle ilgili önemli bir nokta sosyal destek kaynakları ve kültürel beklentilerin toplumlara göre değişmekte olduğudur (Torti ve ark., 2004). Türk toplumunun kültürel yapısı ve olanakları nedeniyle hastaların ve yaşlıların evde bakılması kabul gören bir durumdur ve sosyal destek kaynakları güçlü bir toplum özelliği göstermektedir (Altun, 1998). Sosyal yükteki bu düşük değerlerin Türk toplumunun güçlü aile yapısı ve yaşlı bakımını evde sürdürme konusundaki hassasiyetleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verdiği kişiye karşı negatif duygularını tanımlayan *duygusal yük* kadın ve erkek bakım verenlerde benzer bulunmuştur ancak bu çalışmada, bakım verenlerin duygusal yük ortalamaları aynı ölçek kullanılarak daha önce yapılmış olan çalışmalardaki bakım verenlerin duygusal yük ortalamalarından belirgin oranda yüksektir (Marvardi ve ark., 2005; Novak ve Guest, 1989; Novak ve Guest, 1992; Raccichini ve ark., 2009).

Bakım verme sürecine karşı duygusal tepkileri belirleyen etmenlerin aile ilişkileri (ailenin bağlılığı, iletişimi, aile içindeki çatışmalar, aile yapısı), bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin hasta ile yakınlık derecesi, bakım verenin bakım rolünü gönüllü olarak mı yoksa zorunlu olarak mı üstlendiği, bakım veren kişinin bakım verme sürecini algılaması, bakım sundukları hastaların bilişsel ve fonksiyonel durumları, davranışsal problemleri olduğu bildirilmiştir (Dunkin, 1998; Knop ve ark., 1998; Marvardi ve ark., 2004; Reinhard ve Horwitz, 1995; Robinson ve ark., 2001; Webb ve ark., 1998). Bush (1997) çalışmasında hastasına yakınlık hisseden, hastasını seven bakım verenlerin duygusal yüklerinin daha düşük olduğunu vurgulamıştır. Baktıkları bireye karşı daha fazla yakınlık duyan ve sevgi hisseden bakım vericilerin “duygusal yük” alt boyutunda yer alan “Bakım verdiğim kişiden utanıyorum” ve “Bakım verdiğim kişiye kızıyorum” maddelerinden aldıkları puanın çok daha düşük olduğunu ifade etmiştir (Bush, 1997).

Bu çalışmada bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden olduğu düşünülerek bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi, hastaların MMT ve NPI puan ortalamaları özellikler açısından kadın ve erkek bakım verenler benzer tutulmuştur ancak veri toplama sürecinde aile ilişkileri (ailenin bağlılığı, iletişimi, aile içindeki çatışmalar, aile yapısı), bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin bakım rolünü gönüllü olarak mı yoksa zorunlu olarak mı üstlendiği, bakım veren kişinin bakım verme sürecini algılaması, konularında veriler elde edilmemiştir. Bu nedenle bu konuda bir yorum yapmak güç olmakla birlikte benzer sonucun elde edilmesinin kadın ve erkek bakım veren grubunun duygusal yükü etkileyen özellikler açısından benzer olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir

Bu çalışmada hem kadın hem de erkek bakım verenlerin duygusal yük puanlarının daha önce yapılmış olan çalışmalarda elde edilen ortalamalardan daha yüksek olmasının

nedeninin Türk toplumunun toplumsal ve kültürel özellikleri ve bakım verenler için mevcut destek kaynaklarının yetersizliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Toplumumuzda hasta olan aile üyesine bakım veren evlatların hasta aile üyelerine karşı olumsuz duygular yaşamaları ya da bunu ifade etmeleri kabul edilir bir durum değildir. Bakım sürecinde duygularını yeterince ifade etme fırsatı bulamayan bakım verenlere yaşamaları olası olumsuz duygulara ilişkin soru sorulduğunda bu negatif duygularını ifade etme fırsatı bulmuş olabilecekleri düşünülmektedir.

Türk toplumunda eş ya da aile üyesinin bakım sorumluluğunu üstlenmek kültürel olarak kabul gören bir kurumda bakım almasını tercih etmek ise kabul görmeyen bir durumdur. Bireyler bu nedenle bakım gereksinimi olan bir yakınları olduğunda genellikle evde bakımdan başka bir seçenek aramamaktadırlar. Bu kültürel eğilim nedeniyle kurum bakımı seçenekleri de yeterli sayıda ve kalitede değildir. Sonuç olarak bakım konusunda yakınına evde bakmak konusunda başka bir seçeneği olmayan ve bakım sürecinde de evde bakımını destekleyecek informal ve evde bakım hizmetleri, bakım verenlere ait dernekler, gündüz bakım evleri gibi formal destek sistemleri yeterli olmayan bakım vericilerin bakım sürecinden kaynaklanan duygusal yüklerinin fazla olması muhtemeldir.

6. SONUÇ

Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Kadın bakım verenler erkek bakım verenlere oranla daha fazla bakım yükü yaşamaktadırlar.
- Yükün alt boyutları incelendiğinde kadınlar erkeklere oranla zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve sosyal yük açısından daha fazla yük yaşamaktadırlar. Duygusal yük kadın ve erkek bakım verenlerde benzerdir.

7. ÖNERİLER

1. Alzheimer hastası bireyin değerlendirildiği her fırsatta bakım verenlerinde değerlendirilmesi, hem hasta hemde bakım verenin ihtiyaçlarının sağlık personeli tarafından karşılanması,
2. Kadın bakım verenlerin daha fazla yük taşıdıkları için uygun hemşirelik girişimleri ile desteklenmesi,
3. Alzheimer hastası bireyin bakımına ailede kadın ve erkeğin birlikte katılımlarının desteklenmesi ve sorumlulukların paylaşılması ile ilgili olarak eğitim programlarının yapılması,
4. Cinsiyete özgü bakım veren yükü ve alt boyutlarının derinlemesine incelendiği nitel araştırmaların planlanması ve yürütülmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

Akdemir, N., & Birol, L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2004.

Akgül, A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri 'SPSS Uygulamaları'. 3.Baskı, sy. 187-224. Ankara. Emek Ofset. 2005.

Akgün, S., Bakar, C., & Budakoğlu, İ. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*, 2004, 7(2), 105-110.

Akça Kalem, Ş., Hanağası, H., Cummings, J. L., & Gürvit, H. Validation Study of the Turkish Translation of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). 21. International Conference of Alzheimer's Disease International (Kongre Kitabı). İstanbul. Sept. 28- Oct. 1, 2005, 58, Poster no: 47.

Akyar, İ. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye, 2006.

Albayrak, A., & Erden, Uçak, H. Nörolojik Hastalıklar Hemşireliği. İçinde Alzheimer Hastalığı, Alter Yayıncılık, Ankara, 2006.

Almberg, B., Grafström M., & Winblad B. Major Strain and Coping Strategies as Reported by Family Members Who Care for Aged Demented Relatives. *Journal of Advance Nursing*, 1997, 26(4), 683-691.

Altın, M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakımverenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2006.

Altun, İ., & Ersoy, N. Perspective on old Age in Turkey. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 1998, 8, 143-145.

Alzheimer's Association. *Alzheimer's Disease Facts and Figures 2007*. Chicago, IL: The Association; 2007. http://www.alz.org/national/documents/Report_2007FactsAndFigures.pdf

Alzheimer Association (güncellenme: 16.7.2009). Living with Alzheimer's. Care Providers. (son erişim:17.07.2009).

http://www.alz.org/living_with_alzheimers_choosing_care_providers.asp

Annerstedt, L., Elmstahl, S., Ingvad, B., & Samuelson, S., Family Caregiving in Dementia. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 2000, 28, 23-31.

Arioğlu, S. Geriatri ve Gerontoloji, İçinde Alzheimer Hastalığı. Ankara. Medikal & Nobel, sy. 979, 2006.

Arsky, H., & Hirst, M. Unpaid Carers' Access to and Use of Primary Care Services. *Primary Health Care Research and Development*, 2005, 6, 101-116.

Baker, K. L., & Robertson, N. Coping with Caring for Someone with Dementia: Reviewing the Literature about Men. *Aging and Mental Health*, 2008, 12(4), 413-422.

Barber, C. E. Correlates of Subjective Burden Among Adult Sons and Daughters Caring for Aged Parents. *Journal of Aging Studies*. Summer, 1998, 2(2), 133-144.

Barusch, A. S. & Spaid, W. M. Gender Differences in Caregiving: Why Do Wives Report Greater Burden? *The Gerontologist*, 1989, 29(5), 667-676.

Barusch, A. S. & Spaid, W. M. Spouses Caregivers and The Caregiving Experience: Does Cognitive Impairment Make A Difference? *Journal of Gerontological Social Work*, 1996, 25, 93-105.

Baysal, A., & Yeşilbudak, Z. Alzheimer hastalığının klinik bulguları, Alzheimer Hastalığı Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri*, 2003, 1(1), 6-12.

Bedard, M., Molloy, D., Pedlar, D., Lever, J., & Stones, M. Associations Between Dysfunctional Behaviors, Gender, and Burden in Spousal Caregivers of Cognitively Impaired Older Adults. *International Psychogeriatrics*, 1997, 9(3), 277-290.

Bush, E. Gender Differences in Specific Caregiver Burdens. University of Utah College of Nursing, Master Thesis in Gerontology, Utah, USA, 1997.

Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., & Fulmer, T. Evidence Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice. 3rd Edition, Springer Publishing Company, New York, pp.127. 2008.

Carpenter, E. H., Miller, B. H. Psychosocial Challenges and Rewards Experienced by Caregiving Men: A Review of the Literature and an Empirical Case Example. In Kramer J., Thompson E. H. (editors). *Men as Caregivers: Theory, Research and Service Implications*, pp. 99-126, Newyork, Springer, 2002

Carter, P. A. Family Caregivers' Sleep Loss and Depression Over Time. *Cancer Nursing*, 2003, 26(4), 253-259.

Caserta, M. S., Lund, D. A., & Wright, S. D. Exploring the Caregiver Burden Inventory: Further Evidence for A Multidimensional View of Burden. *The International Journal of Aging and Human Development*, 1996, 43(1), 21-34.

Chang, C., White-Means, S. The Men Who Care: An Analysis of Male Primary Caregivers Who Care for Frail Elderly at Home. *Journal of Applied Gerontology*, 1991, 10(3), 343-358.

Cheng, Y. C. Caregiver Burnout: A Critical Review of the Literature. San Diego. Faculty of the California School of Professional Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of Psychology. 2005.

(<http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&attempt=1&fmt=6&startpage=1&ver=1&vname=PQD=1044399841&exp=07302014&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&cfc=1&TS=1249026640&clientId=42977>).

Cheung, J., Hocking, P. Caring as Worrying: The Experiences of Spousal Carers. *Journal Advanced Nursing*, 2004, 47(5), 475-482.

Chou, K., Chyun, L., Chu, H. The Reliability and Validity of the Chinese Version of the Caregiver Burden Inventory. *Nursing Research*, 2002, 51(5), 324-331.

Cohen, M., Katz, D., Baruch, Y. Stres Among the Family Caregivers of Liver Transplant Recipients. *Progress in Transplantation*, 2007, 17, 48-53.

Collins, C., Jones, R. Emotional Distress and Morbidity in Dementia Carees: A Matched Comparison of Husbands and Wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997, 12, 1168-1173.

Costa, P. T., Williams, T. F., Somerfield, M., Albert, M. S., Nutters, N. M., Folstein, M. F. et al. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. Clinical Practice Guideline No:19, US Department of Health Services, Public Health Service 1996. p.3-24.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg, S. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment Of Psychopathology in Dementia. *Neurology*, 1994, 44, 2308-2314.

Cummings, J. L., The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia Patients. *Neurology*, 1997, 48(5), 1204-1216.

Çetinkaya, F. Demanslı Hataya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye, 2008.

Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff K. R., & Ingham J. M. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Intruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, October 2003, 26(4), 922-953.

Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Nüfus Demografi Yapısı. Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2007. (Son erişim tarihi: 17.07.2009).

www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3345/oik572.pdf

DeVries, H. M., Hamilton, D. W., Lovett, S., & Gallagher-Thompson, D. Patterns of Coping Preferences For Male and Female Caregivers of Frail Older Adults. *Psychology and Aging*, 1997, 12, 263-267.

Dodel, R. C., Du, Y., Depboylu, C., Hampel, H., Frölich, L., Haag, A. et al. Intravenous Immunoglobulins Containing Antibodies Against Beta-Amyloid For The Treatment Of

Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2004, 75, 1472-1474.

Doornbos, M. Professional Support for Family Caregivers of People with Serious and Persistent Mental Illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2001, 39 (12), 39-45.

Dunkin, J. Dementia Caregiver Burden: A Review of the Literature and Guidelines for Assessment and Intervention. *Neurology*, 1998, 51(1), 53-60.

Erefe, İ. (Ed.). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İçinde Olasılıksız Örneklemeye Yöntemleri. İstanbul, Odak Ofset, 2002.

Ertekin, C. Demanslar, Nörolojide Fizyopatoloji ve Tedavi, İzmir, 1987.

Farcnik, K., Perysko, M. S. Assessment, Measures and Approaches to Easing Caregiver Burden in Alzheimer' Disease. *Drugs and Aging*, 2002, 19(3), 203-215.

Fitting, M., Rabins, P., Lucas, J., Eastham, J. Caregivers for Dementia Patients: A Comparison of Husbands and Wives. *The Gerontologist*, 1986, 26(3), 248-252.

Fromme, E., Drach, L., Tolle, S. W., Ebert, P., Miller, P., Perrin, N. et al. Men as Caregivers at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 2005, 8(6), 1167-1175.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. Gender Differences in Burden and Depression Among Informal Caregivers of Demented Elders in The Community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, 17(2), 154-163.

Gitlin, L. N., Belle, S. H., Burgio, L. D., Czaja, S. J., Mahoney, D., Gallagher-Thompson, D. et al. Effect Of Multicomponent Interventions on Caregiver Burden and Depression: The REACH Multisite Initiative at 6-Month Follow-up. *Psychology & Aging*, 2003, 18(3), 361-374.

Gordon, P. A., & Perrone, K. M. When Spouses Become Caregivers: Counseling Implications for Younger Couples. *Journal of Rehabilitation*, 2004, 70 (2), 27-32.

Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. Standardize Mini Mental Test'in Türk

Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(4), 273-279.

Gürvit, H., Emre, M., Tınaz, S., Bilgic, B., Hanağası, H., Şahin, H., Gurol E., Kvaloy, J.T., & Harmancı, H. The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2008, 23(1), 67-76.

Gwi-Ryung, H., & Hyojeong, K. Family Caregiver Burden by Relationship to Care Recipient with Dementia in Korea. *Geriatric Nursing*, 2008, 29(4), 267-274.

Hamarat, E., Thompson, D., Karen, M., & Don Steele, Z. Perceived Stres and Coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-Aged and Older Adults. *Experimental Aging Research*, 2001, 27, 181-196.

Hirst, M. Trends in Informal Care in Great Britain Durind the 1990's. *Health and Social Care in the Community*, 2001, 9, 309-333.

Horowitz, A. Sons and Daughters As Caregivers to Older Parents: Differences in Role Performance and Consequences. *The Gerontologist*, 1985, 25, 612-617.

Houde, S. Methodological Issues in Male Caregiver Research: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 40(6), 626-640.

Jorm, A. F. Cross-National Comparisons of the Occurrence of Alzheimer's and Vascular Dementias. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1991, 240, 218-222.

Jorm, A. F., & Jolley D. The Incidence of Dementia: A Meta-Analysis. *Neurology*, 1998, 51(3), 728-733.

Karen, L. Alzheimer Disease Support Group Characteristics: A Comparison of Caregivers. *Geriatric Nursing*, 2003, 24(1), 32-49.

Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T. et al. Validation of the NPI-Q a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 2000, 12(2), 233-239.

Keskinoglu, P., Giray, H., Pıçakcıefe, M., Bilgiç, N., & Uçku, R. The Prevalence and Risk Factors of Dementia in the Elderly Population in a Low Socio-Economic Region of Izmir, Turkey, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2006, 43, 93-100.

Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G., & Yaka, E. Reliability and Validity of Revised Turkish Version of Mini Mental State Examination (RMMSE-T) in Community-Dwelling Educated and Uneducated Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009, Published online in Wiley Interscience (www.interscience.wiley.com) .

Kim, J. M., Shin, I. S., & Yoon, J. S. Determination of Care Burden of Caregiver in Patients with Dementia. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 2001, 40(6), 1106-1113.

Knop, D. S., Bergman-Evans B., & Mc Cabe B.W. In Sickness and in Health: An Exploration of the Percieved Quality of the Marital Relationship, Coping, and Depression in Caregivers of Spouses With Alzheimer's Disease. *Journal of Psychosocial Nursing*, 1998, 36(1), 16-21.

Koçer, B. Demans Epidemiyolojisi. *Demans Dizisi*, 1999, 1, 41-44.

Kosberg, J. I., Cairl, R. E., & Keller, D. M. Components of Burden: Intervetive Implications. *The Gerontologist*, 1990, 30(2), 236-242.

Kramer, B., & Kipnis, S. Eldercare and Work Role Conflict: Toward an Understanding of Gender Differences in Caregiver Burden. *Gerontologist*, 1995, 35(3), 340-348.

Krishnan, L., Petersen, N. J., Snow, A. L., Cully, J. A., Schulz, P. E., Graham D. P. et al. Prevalence of Dementia among Veterans Affairs Medical Care System Users. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2005, 20, 245-253.

Kuşçu, K. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: zedeleyen mi yoksa iyileyen mi?. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi*, 2000, 8, 30-34.

Küçükgülü, Ö., Esen, A., & Yener, G. Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 2009, 26(1), 60-73

Larson, E., Kukull, W., & Katzman, R. Cognitive Impairment: Dementia and Alzheimer's Disease. *Annual Review Public Health*, 1992, 13, 431-449.

Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, M. O'Brien P., & Bucher, L. Medical Surgical Nursing. In *Alzheimer's Disease and Dementia* (7rd Edition, Volume 2, pp. 1561-1579). Mosby, Philadelphia, 2007.

Lueckenotte, A. Gerontological Nursing, In *Socioeconomic and Environmental Influences*. (2rd Edition, pp. 152-153), Mosby, United States of America, 2000.

Lutzky, S., & Knight, B. Explaining Gender Differences in Caregiver Distress: The Roles of Emotional Attentiveness and Coping Styles. *Psychological Aging*, 1994, 9(4), 513-522.

Mace, N., & Rabins, P. V. 36 Saatlik Gün, Alzheimer Hastalığı ve İleri Yaşta Bellek Kaybı Olan Kişilerin Bakımında Hasta Yakınları İçin Rehber. (Çeviren: N, Öür.). Yüce Yayınları, 1999.

Margaret, N., Berit, D., & Marjorie, S. Gender and Relationship Differences in Caregiving Patterns and Consequences Among Employed Caregivers. *The Gerontologist*, 1997, 37(6), 804-817.

Martin, C. Caregiving Burden: Race and Gender Effects. The University of Nebraska Lincoln. Degree of Doctor Philosophy Thesis. 1997.

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=4&did=766286331&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1249028934&clientId=42977>.

Marvardi, M., Mattioli, P., Spazzafuma, L., Mastriforti R. Rinaldi P., Polidori M. C. et al. The Caregiver Burden Inventory in Evaluating the Burden of Caregivers of Elderly Demented Patients: Results from a Multicenter study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2005, 17, 46-53.

Mathew, L. J. Exploring the Roles of Men Caring for Demented Relatives. *Journal of Gerontological Nursing*, 1990, 16(10), 20-25.

McConaghy, R., Caltabiano, M. L. Caring for a Person with Dementia: Exploring Relationships Between Perceived Burden, Depression, Coping and Well-Being. *Nursing Health Sciences*, 2005, 7(2), 81-91.

McElroy, H. Male Caregivers of Spouses with Alzheimer's Disease: Risk Factors and Health Status. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2001, 16(3), 167-175.

McFarland, P. L., & Sanders, S. Male Caregivers: Preparing Men for Nurturing Roles. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 1999, 14(5), 278-282.

Miller, B., & Cafasso, L. Gender Differences in Caregiving: Fact or Artifact? *The Gerontologist*, 1992, 32(4), 498-507.

Monch, A. U., Foldi, N. S., & Ermini, Fünfschilling, D. E. Improving the Diagnostic Accuracy of The Mini Mental State Examination. *Acta Neurologica Scandinavia*, 1995, 92, 145-150.

Nagaratnam, N., Lim, W., & Hutyn, S. Some Problematic Behaviors in Alzheimer's Dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2001, 32, 57-65.

National Alliance for Caregiving (güncellenme: 10.07.2009). (son erişim: 17.07.2009). www.caregiving.com

Navai-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. Informal Caregiving Differential Experiences by Gender. *Medical Care*, 2002, 40(12), 1249-1259.

Novak, M., & Guest, C. Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *The Gerontologist*, 1989, 29(6), 798-803.

Novak, M., & Guest, C. A Comparison of the Impact of Institutionalization on Spouse and Nonspouse Caregivers. *The Journal of Applied Gerontology*, 1992, 11(4), 379-394.

Office for National Statistics (güncellenme: 12.07.2007). Focus on Older People: Health and Caring. Retrieved July 28. 2006. (son erişim: 17.07.2009). <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=882>

Olga, V., Emergy, B., & Thomas, E. O. Dementia, Presentations, Differential Diagnosis, and Neurology. Baskı: Baltimore. Md.: Johns Hopkins University Press. 2003.

Onur, B. Gelişim Psikolojisi. Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm. (4. Baskı). İmge Kitabevi, Ankara 1997.

Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., Tennstedt, S., Schulz, R. Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. *Gerontologist*, 1999, 39(2), 177-185.

Özdamar, K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, (4.Baskı), Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2002.

Öztekin, F. Alzheimer Hastalığının Tedavisi. *Demans Dizisi*, 2000, 2, 66-76.

Uğur, Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzmir, Türkiye, 2006.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S., Tsangari, H., & Sourtzi, P., Caring for a Relative with Dementia: Family Caregiver Burden. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 58 (5), 446-457.

Patterson, T. L., & Grant, I. Interventions for Caregiving in Dementia: Physical Outcomes. *Current Opinion in Psychiatry*, 200316:629-633

Pinquart, M., & Sorensen, S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2007, 62: 126-137.

Reinhard, S. C., & Horwitz, A.V. Caregiver Burden: Differentiating the Content and Consequence of Caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 1995, (August), 741-750.

Rose-Rego, S., Strauss, M., & Smyth, K. Differences in Perceived Well-Being of Wives and Husbands Caring for Persons with Alzheimer's Disease. *The Gerontologist*, 1998, 38(2), 224-231.

Robinson, K. M., Adkisson, P., & Weinrich, S. Problem Behaviour, Caregiver Reactions and Impact Among Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 36 (4), 563-572.

Rosenblatt, A. The art of managing dementia in the elderly. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2005, 72 (3), 3-13.

Russel, R. Their Story. My Story: Health of Older Men as Caregivers. *Generations*, 2008, 32 (1), 62-67.

Saunders, J. C. Families living with Severe Mental Illness Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003, 24 (2), 175-198.

Schölzel, C. J. M., Draskovic, I., Vernooij, M. J., & Olde, G. M. Quality of Life and Burden of Spouses of Alzheimer Disease Patients. *Alzheimer Disease Associated Disorders*, 2008, 1-7.

Schulz, R., & Martire, L. N. Family Caregiving of Person with Dementia: Prevalence. Health Effects. and Support Strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 12, 240-249.

Schwarz, K. A., & Roberts, B. L. Social Support and Strain of Family Caregivers of Older Adults. *Holistic Nursing Practice*, 2000, 14(2), 77-90.

Selekler, K. Alzheimer ve Diğer Demanslar. Modern Tıp Seminerleri 26. Güneş Kitabevi. Ankara. 2003.

Siriopoulos, G., Brown, Y., & Wright, K. Caregivers of Wives Diagnosed with Alzheimer's Disease: Husbands' Perspectives. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 1999, 14(2), 79-87.

Sloane, P., Zimmerman, S., Suchindran C., Reed P., Wang L., Boustani M., & Sudha S. The Public Health Impact of Alzheimer's Disease. 2000-2050: Potential Implication of Treatment Advances. *Annual Review of Public Health*, 2002, 23, 213-231.

Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein P. How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Metaanalysis. *Gerontologist*, 2002, 42(3), 356-372.

Statistical Power Calculator. http://www.dssresearch.com/toolkit/spcalc/power_a2.asp (son erişim tarihi: 22.07.2009).

Takano, M., & Arai, H. Gender Difference and Caregivers' Burden in Early-Onset Alzheimer's Disease. *Psychogeriatrics*, 2005, 5, 73-77.

Tangalos, E. G., Smith, G. E., Ivnik, R. J., & Peterson, R. C. The Mini Mental State Examination in General Medical Practice: Clinical Utility and Acceptance. *Mayo Clinic Proceedings*, 1996, 71(9), 829-837.

Tariot, P. N. Medical Management of Advanced Dementia. *Journal of American Geriatric Society*, 2003, 51(5), 305-313.

Thompson, R., Lewis, S. Murphy M., Hale J. M., Blackwell P. H., & Acton G. J. et al. Are There Sex Differences in Emotional and Biological Responses in Spousal Caregivers of Alzheimer's Disease? *Biological Research for Nursing*, 2004, 5(4), 319-330.

Topçuoğlu, E., & Selekler, K. Alzheimer Hastalığı. *Geriatry*, 1998, 1(2), 63-67.

Torti, F. M., Gwyther, L. P., & Reed, S. D. A Multinational Review of Recent Trends and Reports in Dementia Caregiver Burden. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2004, 18(2), 99-109.

Türkiye İstatistik Kurumu. (güncellenme: 30.06.2009). Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. (Son erişim: 17.07.2009).

<http://tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=IlgiliGosterge&id=3714>

Türkiye İstatistik Kurumu. (güncellenme: 30.06.2009). Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. (Son erişim: 17.07.2009). <http://nkg.die.gov.tr/goster.asp?aile=1>

Türk Dil Kurumu. (güncellenme: 05.06.2009) Sözlükler. (son erişim: 17.07.2009). <http://www.tdk.gov.tr>

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanland, J. M. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 2003, 129(6), 946-972.

Wallsten, S. S. Effects of Caregiving Gender and Race on Health, Mutuality, and Social Supports of Older Couples. *Journal of Aging and Health*, 2000, 12, 90-111.

Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, M., Gladis, M., Mensch, E., & Girolama, D. J. Burden and Well-Being of Caregivers for the Severely Mentally Ill: The Role of Coping Style and Social Support. *Schizophrenia Research*, 1998, 34, 169-180.

World Health Organization (güncellenme: 16.07.2009). 2009 Demographic and socioeconomic statistics. Table 9 (son erişim: 17.07.2009).

<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

World Health Organization (güncellenme: 13.10.2008). Health Situation and Trends Assessment. (son erişim: 17.07.2009).

http://www.searo.who.int/en/Section1243/Section1382/Section1386/Section1898_9237.htm

Yalçın, E., Yalçın, M., Dikici, M., & Şahin, M. Alzheimer Hastasıyla Yaşamak. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2005, 9(3), 167-173.

Yee, J., & Schulz, R. Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 2000, 40(2), 18.

Yılmaz, A., Turan, E. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Science*, 2007, 27, 445-454.

Yin, T., Zhou, Q., & Bashford, C. Burden on Family Members Caring For Frail Elderly: A Meta-Analysis of Interventions. *Nursing Research*, May/June 2002, 51(3), 199-208.

EK 1. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL EDEN BAKIM VERENLERDEN

ALINAN İZİN BELGESİ

Sayın Katılımcı,

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

Alzheimer hastalığı görülme oranı giderek artan, ilerleyici bir seyir izleyen, ailenin diğer üyeleri için bakım sorunlarını da beraberinde getiren ve özellikle ilerlemiş aşamalarında hastanın pek çok fonksiyonunu gerçekleştirebilmesi için bir bakım verene ihtiyaç ortaya çıkaran bir hastalıktır. Hastalığın ortaya çıkardığı bu bakım yükü, bakım verenin yaşamını değişik boyutlarda etkilemektedir. Alzheimer hastalarının bakımından sorumlu olan kişilerin cinsiyetlerine göre yaşadıkları güçlüklerin ve benzerliklerin belirlenmesi uygun girişimleri planlayacak olan sağlık personeli için önemli bir gereksinimdir. Bu gereksimden yol çıkılarak, Burcu Akpınar tarafından yürütülen “Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım verenlerin Cinsiyetinin Bakım verenlerin Yükü Üzerine Etkisi” konulu yüksek lisans tez çalışmasına, araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorsanız lütfen bu formu imzalayınız.

İmza

Adı-Soyadı

Tarih

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1. Adınız Soyadınız :

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyetiniz:() Kadın
() Erkek

4. Eğitim durumunuz: () Okur yazar değil
() Okur yazar
() İlköğretim mezunu
() Ortaöğretim mezunu
() Yüksek Öğretim mezunu

5. Hasta ile yakınlık dereceniz: () Eşi
() Kızı
() Oğlu
() Kız Kardeşi
() Erkek Kardeşi
() Gelin
() Damat
() Torun

6. Aylık geliriniz () Gelir Giderden az
() Gelir Gidere Eşit
() Gelir Giderden Fazla

7. Şu anda çalışıyor musunuz: () Evet
() Hayır

8. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz:

9. Günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz:.....

10. Hastanın Adı Soyadı:.....

11. Hastanın Yaşı:

12. Mini Mental Puanı:.....

13. Nöropsikiyatrik Envanter Puanı:.....

EK 3. MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz.....()

Hangi mevsimdeyiz()

Hangi aydayız.....()

Bu gün ayın kaçını.....()

Hangi gündeyiz()

Hangi ülkede yaşıyoruz()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız()

KAYIT HAFİZASI (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 gördüğümüz 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" (10sn tut) 1 puan..... ()

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

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere

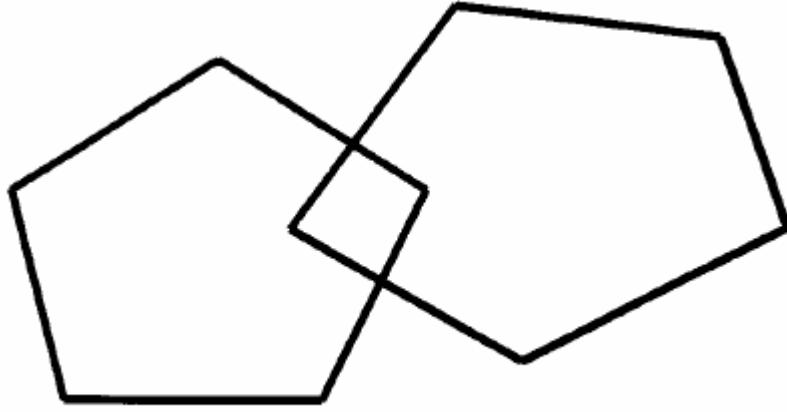
bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()

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

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

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)... ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)..... ()



EK 4. NÖROPSİKİYATRİK ENVANTER


Nöropsikiyatrik Özellikler	Uygun Değer	Hayır	Sıklık (S)				Şiddet (S)			Sıklık X Şiddet (SXS)	Sıklık				
			1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Hezeyanlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Hallüsinasyonlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Ajitasyon / Saldırganlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Depresyon / Disfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anksiyete	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Eksasyon / Öfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Apati / Kayıtsızlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Disinhibisyon	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İrritabilite / Labilite	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anormal motor davranış	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Uyku / Gece davranışları	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İştah ve Yeme değişimleri	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Toplam NPE Skoru													

EK 5. BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ

Bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Ailede bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakımverdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor. 0 Puan: Hiç Tanımlamıyor 1 Puan: Az Tanımlıyor 2 Puan: Orta Derecede Tanımlıyor 4 Puan: Çok Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor	Az Tanımlıyor	Orta Derecede Tanımlıyor	Oldukça Tanımlıyor	Çok Tanımlıyor
	1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.				
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.					
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım					
4. Bakım verdiğim kişi birçok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.					
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok					
Puan					
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum					
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.					
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi					
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum					
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum					
Puan					
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.					
12. Sağlığım olumsuz etkilendi					
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.					
14. Fiziksel olarak yorgunum.					
Puan					
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.					
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor					
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum					
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum					
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.					
Puan					
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.					
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum					
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum					
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum					
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum					
Puan					
TOPLAM PUAN					

EK 6. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL İZİNİ



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/56	Tarih: 14/01/2009
<p><u>Etik Kurul Üyeleri</u> Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan) Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye) Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)</p> <p><u>Etik Kurul Sekreteri</u> Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</p> <p>Etik Kurulumuzun 14 Ocak 2009 tarih ve 42/7/09 sayılı toplantısında, 04 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'nün danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu AKPINAR'ın "Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakımverenlerin Cinsiyetinin, Bakımverenlerin Yükü Üzerine Etkisi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof.Dr.Zühal BAHAR Etik Kurul Başkanı</p>

**EK 7. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ İZİN YAZISI**



**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ**

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 - 113 - 2009
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
19

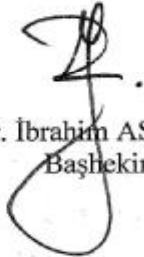
09 Mart 2009

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne**

İLGİ:24.02.2009 tarihli B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.01./301 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği öğrencilerinizden Burcu AKPINAR'ın "Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin, Bakım Verenlerin Yükü Üzerine Etkisi" isimli tez çalışmasını Hastanemizde gerçekleştirmesi uygundur.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
Başhekim

10/107
10/107
10/107
10/107

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel: +90(232)412 23 15 Faks: +90(232) 259 97 23
E posta: elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Gülşay EŞREFGİL

Elektronik ağ: www.deu.edu.tr

EK 8. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN BELGESİ

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI: B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-696
KONU:

24.04/2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 1348 sayılı ve 14.04.2009 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Burcu AKPINAR'ın Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Besti ÜSTÜN'ün "Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin, Bakım Verenlerin Yüğü Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını Nöroloji Anabilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr. Necil KÜZÜKÇÜLER
Başhekim

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 13 Mayıs 2009
Kayıt No :
Dosya No : 1778

013.05
2009

EK 9. BUCA TAPDİ TIP MERKEZİNİN İZİN YAZISI



Sayı : 433
Konu : Burcu AKPINAR uygulama izni

21 / 05 / 2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'ne

“ Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin, Bakım Verenlerin Yükü Üzerine Etkisi “ isimli tezin uygulamasını enstitünüz iç hastalıkları hemşireliği ana bilim dalı yüksek lisans programı öğrencisi Burcu AKPINANAR'ın TAPDİ BUCA TIPMERKEZİNDE uygulaması tarafımızca uygun görülmüştür.

Dr.Serap ULUİRMAK
TAPDİ BUCA TIP MERKEZİ
SORUMLU HEKİMİ



EK 10. ALZHEİMER DERNEĞİ İZMİR ŞUBESİ İZİN BELGESİ

Envanör No: 26

11.03.2009



Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Enstitünüz 14 Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burcu AKPINAR'ın "Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin, bakım verenlerin yaşı üzerine etkisi" isimli tez uygulama çalışmasını 11 Mart 2009 - 30 Haziran 2009 tarihleri arasında derneğinizde yapması uygun bulunmuştur.

Başkan
Dr. Aydin GÜRBOY
Koruyucu Uzmanı

Alzheimer Derneği
İzmir Şubesi
Kartak No: 35.36/015

EK 11. BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİNİN (CAREGİVER BURDEN INVENTORY) TÜRKİYE’DE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİ GÖSTEREN YAZARIN İZİN YAZISI

Geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum ‘Bakım Verenlerin Yükü Envanterini’ Burcu Akpınar’ın ‘‘Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi’’ isimli yüksek lisans tez çalışmasında kullanması tarafımda uygundur.



14.12.2008

Yard. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ