



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEMANS BAKIM VE DESTEK PROGRAMI' NIN BAKIM  
VERİCİ YÜKÜNE, HASTA VE BAKIM VERİCİNİN  
NÖROPSİKİYATRİK SEMPTOMLARI VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Fatma UYAR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

MANİSA-2017





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEMANS BAKIM VE DESTEK PROGRAMI' NIN BAKIM VERİCİ  
YÜKÜNE, HASTA VE BAKIM VERİCİNİN NÖROPSİKİYATRİK  
SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Fatma UYAR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Hatice MAVİOĞLU

(Jüri Üyesi)

Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2017

# YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI



**ULUSAL TEZ MERKEZİ TEZ GİRİŞİ VE YAYINLAMA İZİN FORMU**



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Fatma UYAR

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen, bilgi ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'e, her türlü katkı ve desteklerinden dolayı hocalarım Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA'ya, Prof. Dr. Hatice MAVİOĞLU'na, Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'ye, Yrd. Doç. Dr. Hakan BAYDUR'a sonsuz şükran ve saygılarımı sunarım.

Her zaman olduğu gibi tezim sırasında verdiği destek için çalışma arkadaşlarım Ali TAYHAN ve Damla ŞAHİN BÜYÜK'e, her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen asistan arkadaşlarıma, bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan Psikolog Nilay ATALAY'a, projenin gerçekleştirilmesinde desteklerini esirgemeyen Türkiye Alzheimer Derneği ve şubelerine, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve bakım vericilere, bana inanan, güvenen, rahat ve huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan abim Mustafa UYAR'a ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

*Bu tez, Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından 2016-023 numaralı proje ile desteklenmiştir.*

Fatma UYAR  
MANİSA-2017

## İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	i
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	vi
<b>GRAFİKLER DİZİNİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	viii
<b>KISALTMALAR</b> .....	ix
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. Demans Tanımı .....	7
2.2. Demans Sıklığı.....	7
2.3. Demans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	10
2.4. Demans Tanısı.....	11
2.5. Demans Evrelerine Göre Belirti ve Bulguları.....	13
2.6. Demans Sınıflandırması .....	15
2.7. Demans Tedavisi.....	19
2.8. Demansın Hastaya, Bakım Vericiye ve Topluma Etkileri .....	21
2.9. Bakım ve Bakım Verici Yüğü.....	23
2.9.1. Demansta Bakım Yüğü .....	24
2.10. Yaşam Kalitesi .....	25
2.10.1. Demanslı Hastanın Yaşam Kalitesi.....	26
2.10.2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi .....	26



2.11. Nöropsikiyatrik Semptomlar .....	27
2.11.1. Demans Hastasında Nöropsikiyatrik Semptomlar .....	27
2.11.2. Bakım Vericilerde Depresyon ve Anksiyete.....	27
2.12. Demanslı Hasta ve Bakım Verici Eğitiminde Hemşirenin Rolü.....	27
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	29
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	31
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	31
3.6. Veri Toplama Aşaması.....	32
3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	32
3.6.1.1. Hasta ve Bakım Verici Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	32
3.6.1.2. Bakım Verici İçin Veri Toplama Araçları .....	32
3.6.1.2.1. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeğı.....	32
3.6.1.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğı (SF 36) .....	33
3.6.1.2.3. Beck Depresyon Ölçeğı .....	33
3.6.1.2.4. Beck Anksiyete Ölçeğı.....	33
3.6.1.3. Hasta İçin Veri Toplama Araçları .....	34
3.6.1.3.1. Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeğı .....	34
3.6.1.3.2. Standardize Mini Mental Test ve Saat Çizme Testi.....	34
3.6.1.3.3. Blessed Demans Skalası.....	35
3.6.1.3.4. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA).....	35
3.6.1.3.5. NöroPsikiyatrik Envanter (NPI).....	36
3.6.1.3.6. Klinik Demans Evreleme Ölçeğı (CDR).....	36
3.6.2 Veri Toplama Yöntemi .....	37

3.6.3. Verilerin Analizi.....	40
3.6.4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	40
3.6.5. Araştırmanın Etik Yönü .....	41
3.6.6. Araştırma Planı ve Takvimi .....	42
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>43</b>
4.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Ait Tanıtıcı Özellikleri.....	43
4.2. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Bakım Vericiler Üzerine Etkisi.....	47
4.2.1. Bakım Vericilerin Bakım Yükü .....	47
4.2.2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi .....	48
4.2.3. Bakım Vericilerin Nöro-psikiyatrik Semptomları (Depresyon ve Anksiyete) .....	50
4.3. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Hastalar Üzerine Etkisi .....	52
4.3.1. Hastaların Yaşam Kalitesi.....	52
4.3.2. Hastaların Nöropsikiyatrik Durumları .....	53
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>55</b>
5.1.1. Bakım Vericilerin Bakım Verici Yükü .....	55
5.2.2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi .....	56
5.2.3. Bakım Vericilerin Nöro-psikiyatrik Semptomları (Depresyon ve Anksiyete) .....	57
5.3. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Hastalar Üzerine Etkisi .....	59
5.3.1. Hastaların Yaşam Kalitesi.....	59
5.3.2. Hastaların Nöropsikiyatrik Bulguları.....	59
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	<b>61</b>
6.1. Sonuçlar .....	61
6.2. Öneriler .....	61
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>62</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>78</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>100</b>

## TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hastalık Yükü Nedenleri.....	22
Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi.....	42
Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri .....	43
Tablo 4. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri.....	45
Tablo 5. Bakım Vericilerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	47
Tablo 6. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Fiziksel Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	48
Tablo 7. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Mental Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	49
Tablo 8. Bakım Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	50
Tablo 9. Bakım Vericilerin Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	51
Tablo 10. Hastaların Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	52
Tablo 11. Hastaların Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	53

## GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Bakım Vericilerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	47
Grafik 2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Fiziksel Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	48
Grafik 3. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Mental Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	49
Grafik 4. Bakım Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	50
Grafik 5. Bakım Vericilerin Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	51
Grafik 6. Hastaların Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	53
Grafik 7. Hastaların Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	54

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Demans Prevalansı.....	8
Şekil 2. Yüksek Gelirli ve Orta ve Düşük Gelirli Ülkelerde Demanslı Kişi Sayısının (Milyon Kişi) Değişimi.....	8
Şekil 3. Gelişmişlik Düzeylerine ve Yaş Gruplarına Göre Demans İnsidansı.....	9
Şekil 4. 2015-2030 Arasında Demansın Tüm Dünyaya Maliyeti.....	23
Şekil 5. Araştırma Akış Şeması .....	39

## **KISALTMALAR**

**ACh:** Asetilkolin

**AChE:** Asetilkolinesteraz

**AH:** Alzheimer Hastalığı

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**CDR:** Klinik Demans Evresi / Clinical Dementia Rating

**EGYA:** Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

**FTD:** Frontotemporal Demans

**GYA:** Günlük Yaşam Aktiviteleri

**HKB:** Hafif Kognitif Bozukluk

**HH:** Huntington Hastalığı

**IHME:** Institute of Health Metrics and Evaluation

**DALYs:** Kısıtlılığa Ayarlanmış Yaşam Yılı

**LCD:** Lewy Cisimcikli Demans

**MMDT / MMSE:** Mini Mental Durum Testi / Mini Mental State Examination

**MR:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**NPI:** Nöropsikiyatrik Envanter / Neuropsychiatric Inventory

**PD:** Parkinson Demansı

**PET:** Pozitron Emisyon Tomografi

**SPECT:** Single Photon Emission Computed Tomography /Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi

**TUİK:** Türk İstatistik Kurumu

**WHO:** World Health Organisation /Dünya Sağlık Örgütü

**VaD:** Vasküler Demans

# **Demans Bakım ve Destek Programı' nın Bakım Verici Yüküne, Hasta ve Bakım Vericinin Nöropsikiyatrik Semptomları ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**

**Öğrencinin adı:** Fatma UYAR

**Danışman:** Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

**Anabilim Dalı:** Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

## **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada, demans hastalarının bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericilerin yüküne, hasta ve bakım vericilerin nöro-psikiyatrik semptomlarına ve yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma; randomize, kontrollü ön test-son test düzeninde prospektif deneysel tipte bir araştırmadır. Çalışmaya 70 hasta ve 70 bakım verici alındı. Girişim grubuna (n=36) dört aylık yapılandırılmış program uygulanırken kontrol grubuna (n=34) standart bakım uygulandı. Araştırma Temmuz-Kasım 2016 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne bağlı Demans Polikliniği'nde yürütüldü. Çalışma 62 hasta ve bakım vericiyle (girişim grubu n=32; kontrol grubu n=30) tamamlandı. Veriler bakım vericiler için Bakım Yüğü Ölçeği, Yaşam Kalitesi SF 36 Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ile toplandı. Hastaların verileri ise Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Nöropsikiyatrik Envanter ile toplandı. Hastaların ve bakım vericilerin tanıtıcı bilgilerinin sayı-yüzde dağılımları yapıldı. Verilerin analizinde ki-kare, t testleri, Wilcoxon işaretli sıra testi, Mann Withney U testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Girişim grubundaki bakım vericilerin grup içi puanları karşılaştırıldığında bakım yükü ve anksiyete ölçek puanlarında anlamlı azalma, yaşam kalitesi puanlarında anlamlı artma görüldü (bakım verici yükü p=0,003; yaşam kalitesi fiziksel özet puanı p=0,003; yaşam kalitesi mental özet puanı p=0,016; anksiyete p=0,003). Kontrol grubu

bakım vericilerin grup içi puanları değerlendirildiğinde, depresyon puanlarında anlamlı artma saptandı ( $p=0,047$ ). Girişim grubundaki hastaların grup içi puanlarına bakıldığında; yaşam kalitesi puanlarında artma, nöropsikiyatrik envanter puanlarında azalma görülse de aradaki fark anlamlı değildi (yaşam kalitesi  $p=0,483$ ; NPI  $p=0,067$ ). Kontrol grubu hastaların grup içi puanlarında ise yaşam kalitesi puanlarında anlamlı azalma, nöropsikiyatrik semptom puanlarında ise anlamlı artma saptandı (yaşam kalitesi  $p=0,037$ ; NPI  $p=0,001$ ).

Girişim ve kontrol gruplarındaki bakım vericilerin gruplar arası karşılaştırılmasında son testte bakım yükü, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (bakım verici yükü  $p=0,024$ ; yaşam kalitesi fiziksel özet puanı  $p=0,010$ ; yaşam kalitesi mental özet puanı  $p=0,001$ ; depresyon  $p=0,000$ ; anksiyete  $p=0,001$ ).

**Sonuçlar:** Bu çalışma sonucunda Demans Bakım ve Destek Programı'nın hem hasta hem de bakım verici bireyler üzerinde etkili olduğu görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** Demans, bakım verici, bakım verme yükü, yaşam kalitesi, nöropsikiyatrik semptomlar.



# **Examination of the Effect of Dementia Care and Support Program on both Client and Caregivers' Quality of Life, Neuropsychiatric Symptoms and Caregivers' Burden**

**Student name:** Fatma UYAR

**Supervisor:** Assoc. Prof. Dilek ÖZMEN

**Department:** Public Health Nursing Department

## **ABSTRACT**

**Objectives:** In this research was to examine the effectiveness of Dementia Care and Support (DCS) Program for caregivers to a person with dementia on both client and caregivers' quality of life, neuropsychiatric symptoms, and caregivers' burden.

**Methods:** The present is randomized controlled pre test- post test longitudinal trial. The present was included, seventy caregivers and seventy clients. The intervention group (IG) (n=36) received Dementia Care and Supported Programme, and the control group (CG) (n=34) received routine care program. Data were collected between July and November 2016 and at Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital; Dementia Outpatient Clinic was conducted in depending on the Neurology Department. The present was finished sixty caregivers and sixty clients (IG n=32; CG n=30). Data for caregivers were collected by using Zaitit Caregiver Burden Care Inventory, Quality of Life SF36, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory. Data for clients were collected by using The Quality of Life Scale for Patients with Alzheimer's Disease and Neuropsychiatric Inventory Questionnaire. Percent and frequency were calculated for caregivers and clients. The data were analyzed by using the t-test, Chi-square test, Wilcoxon Signed Ranks, Mann Withney U analysis.

**Results:** When the pretest-posttest scores of intervention group caregivers were compared, it was appeared the decrease of both caregiver burden and anxiety scores, and the increase in quality of life scores in IG. Also, it was found statistically significant difference between these variables (burden care p=0,003; quality of life on

physical  $p=0,003$ ; quality of life on mental  $p=0,016$ ; anxiety  $p=0,003$ ). There were statistically significant pretest-posttest scores worsening caregiver depression of caregivers in CG (depression  $p=0,047$ ). Also, there were not statistically significant pretest-posttest scores increase quality of life and decrease Neuropsychiatric symptoms clients in IG (quality of life  $p=0,483$ ; NPI  $p=0,067$ ). There were statistically significant pretest-posttest scores change client quality of life and Neuropsychiatric symptoms in CG (quality of life  $p=0,037$ ; NPI  $p=0,001$ ). On the other hand, it was showed that caregiver burden, quality of life, depression and anxiety scores were statistically significant difference between the intervention and control (burden  $p=0,024$ ; quality of life on physical  $p=0,010$ ; quality of life on mental  $p=0,001$ ; depression  $p=0,000$ ; anxiety  $p=0,001$ ).

**Conclusions:** These findings provide evidence that the Dementia Care and Support (DCS) program effects on outputs of both clients with dementia and their family caregivers.

**Key Words:** Dementia, caregiver, caregiver burden, quality of life, neuropsychiatric symptoms.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresi ve yaşlı nüfus oranları artmaktadır. Yapılan projeksiyonlara göre 2050 yılında dünya nüfusunun 9,7 milyar; yaşlı nüfus oranının da %17 olacağı tahmin edilmektedir ([https://www.nlm.nih.gov/hsrinfo/aging\\_population\\_issues.html#1011News](https://www.nlm.nih.gov/hsrinfo/aging_population_issues.html#1011News), Erişim Tarihi:15.07.2016). Aynı yıllarda ülkemizin yaşlı nüfusunun 95 milyona ulaşacağı (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>, Erişim Tarihi:15.07.2016) ve 2050 yılında dünyanın en yaşlı dört ülkesinden biri olacağı belirtilmektedir. Artan yaş ve yaşlı nüfus beraberinde diğer kronik hastalıklar gibi demansı da getirmektedir.

Demans, birbirinden ayrıştırılabilir ancak örtüşen çok sayıda entelektüel becerinin kaybindan oluşan ve klinik olarak farklı bileşimlerde sunulabilen bir sendromdur (Ropper ve Samuels 2011). Dünya Alzheimer Raporu 2015 verilerinde tüm dünyada 46,8 milyon demanslı hasta olduğu bu sayının her 20 yılda bir ikiye katlanarak 2030 yılında yaklaşık 74,7 milyon ve 2050 de 131,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Demansın, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olacağı belirtilmektedir (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Yaşla birlikte artan demans prevalansının, 65 yaş üstündekilerde %5-8, 75 yaş üstündekilerde %15-20, 85 yaş üstündekilerde %25-50 oranında saptanmaktadır. Tüm demansların %50-75'ini Alzheimer hastalığı oluşturmaktadır (Braak ve Tredici 2012).

Demans hastalığı ciddi morbidite, mortalite nedeniyle hem hastaya, hem bakım verene hem de sağlık ve sigorta sistemlerine ek yük getirmektedir (Çıray Gündüzoğlu 2013). Demansın tam tedavisi şu an mümkün değildir ve farmakolojik tedavi semptomatik olarak yapılmaktadır. Demansta farmakolojik olmayan tedaviler ise doğru iletişim kurma, işlevselliği devam ettirme, zihinsel aktiviteler, fiziksel aktiviteler, hobiler, sosyal aktiviteler, manevi aktiviteler, ev düzenlemesi, müzik tedavisi, aromaterapi, pet tedavisini içermektedir. Nonfarmakolojik yaklaşımların yapılabilmesi için ilk ve temel adım bakım vericilerin bu konuda eğitilmesidir (Mavioğlu 2015). Demans hastasının durumu bakım vericiler için en iyimser bakış açısıyla mücadele gerektiren, en kötümser bakış açısıyla dayanılmaz derecede stresli

bir durum olarak tanımlanmaktadır. Hastalara verilen bakımın yükü bakım verenlerde emosyonel sıkıntı, fiziksel sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar hatta aile ilişkilerinin bozulması gibi ciddi sorunlara neden olmaktadır. Bakım vericilerin %25-30'u anksiyete belirtileri, %15-20'si depresyon belirtileri ve %73'ü duygusal stres ya da bakım yükü deneyimlemektedir (Cooper ve ark. 2007)

Ülkemizdeki aile yapısı nedeniyle demanslı hastaların çoğunluğu evde yakınları tarafından ücretsiz bakılmaktadır (Çetinkaya ve Karadakovan 2012). Hasta bireylerin ev ortamında bakılması bakım veren kişinin yükünü arttırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu süreçte bakım verenler çoğu zaman kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal etmektedir. Bakım verene bir başkasına bakım verebilmesi ve o kişinin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarını karşılamış olmasının gerekli olduğu anlatılmalıdır. Kronik, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren bir hastalığı olan demans hastalarının bakım verenlerine yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının düzenli olarak yapılması, yaygınlaştırılması ve bu programların multidisipliner sunulması önerilmektedir (Çetinkaya ve Karadakovan 2012; Dünya Alzheimer Raporu 2016). Ayrıca bu programların etkinliğinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde Ülkemizde konu ile ilgili kanıt temelli tek bir hemşirelik araştırmasına (Söylemez ve ark. 2016) rastlanmış olması konuyu araştırmaya yönelik ilgiyi arttırmıştır. Demans hastasına bakım vericilere uygulanan yapılandırılmış programın hem bakım vericinin hem de hastanın yaşam kalitesini yükselteceği, nöropsikiyatrik semptomlarını azaltacağı ve bu sayede bakım verici yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, demanslı hastanın bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericinin yüküne, hasta ve bakım vericinin nöropsikiyatrik semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Demans Tanımı

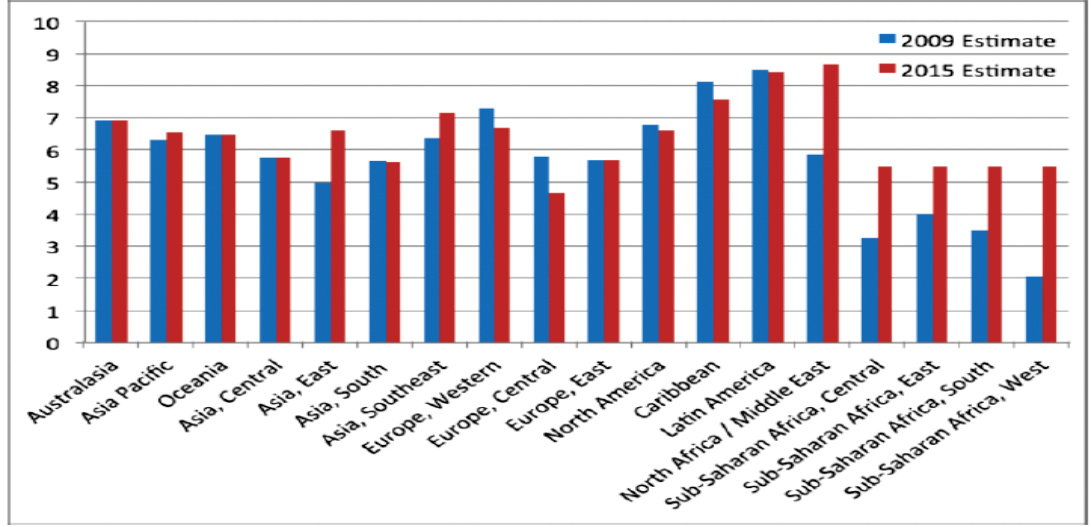
Demans birbiriyle örtüşen ancak birbirinden ayrıştırılabilen çok sayıda entellektüel becerinin kaybindan meydana gelen bir sendromdur (Gürvit ve Baran 2011). Sendrom, bir tıbbi durum süreciyle ilişkili belirti ve semptomların toplamıdır. "Demans" terimi, Latince'de (harici) mens (akıl) sözcüklerinden gelen uzun yıllar çeşitli zihinsel anormalliklerle ilişkilendirilen bir durumu karşılar. Demansın en basit tanımı, günlük yaşam aktivitelerindeki önceki başarılı performansı azaltan kognitif (bilişsel) alanlarda bozulmadır (Bird 2004).

Demans uyanıklık, hareketlilik ve duysal işlevlerdeki değişikliklerle ilgisi olmayan, bireyin alıştığı günlük yaşam aktivitelerinde kademeli kısıtlamaya neden olan bir tablodur. Bu tablo zeka ve/veya sosyal davranışlarda kronik ve genellikle ilerleyicidir (Mesulam 2004; Gürvit ve Baran 2011). Demans tüm dünyada yaşlı nüfusta bağımlılık ve sakatlıkların önemli nedenlerinden biridir (WHO 2012).

### 2.2. Demans Sıklığı

Yaşlı nüfusun artmasıyla demansın hem prevalansı hem de insidansı devasa boyutlara ulaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü demansı öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamaktadır (WHO 2012).

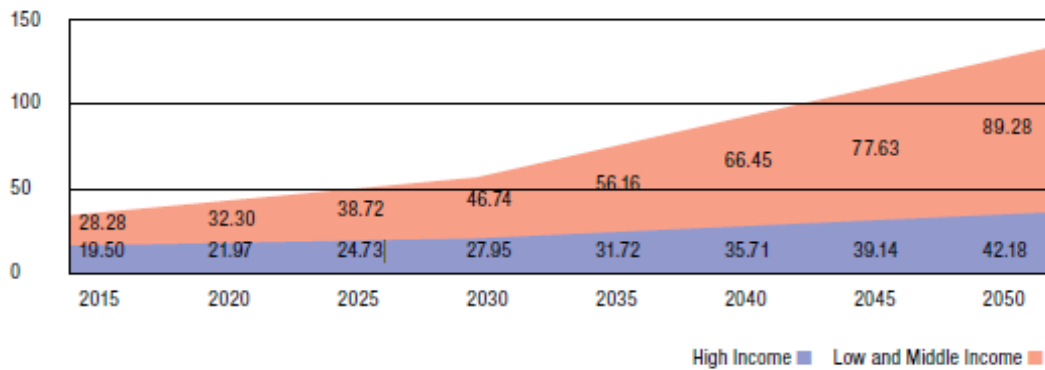
2005 yılında yayınlanan Delphi raporunda Dünyada 24,3 milyon demans hastası olduğu ve her yıl bu rakama 4-6 milyon kişinin eklendiği belirtilmiştir (Feri ve ark 2005). Dünya Alzheimer Raporu (2015) verilerine göre, tüm dünyada demanslı kişi sayının her 20 yılda bir ikiye katlanarak 2030 yılında yaklaşık 74,7 milyon ve 2050 de 131,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu tahminler Dünya Alzheimer Raporu 2009 içinde yapılan tahminlerden %12-13 daha yüksektir (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Şekil 1'deki Dünya Alzheimer Raporu 2009 ve 2015 verilerinde görüldüğü gibi demans prevalansı Asya ve Afrika'da artmakta iken Avrupa ve Amerika'da azalmaktadır.



**Şekil 1. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Demans Prevalansı**

Kaynak: Alzheimer's Disease International. Dünya Alzheimer Raporu 2015.

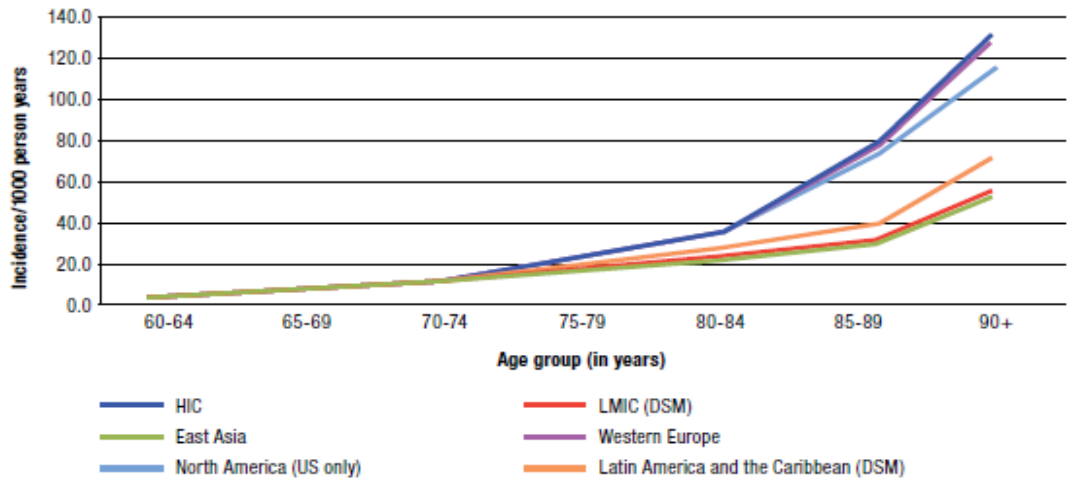
Tüm demanslıların %58'i düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bu oranın 2030'da %63 ve 2050'de %68 olacağı tahmin edilmektedir (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Ayrıca 2015 ve 2050 yılları arasında, demanslı hasta sayısının yüksek gelirli ülkelerde %116, üst orta gelirli ülkelerde %227, alt orta gelirli ülkelerde %223 ve düşük gelirli ülkelerde %264 artacağı belirtilmektedir (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Şekil 2' de 2015-2050 yılları arasında ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre demanslı kişi sayısı gösterilmektedir.



**Şekil 2. Yüksek Gelirli ve Orta ve Düşük Gelirli Ülkelerde Demanslı Kişi Sayısının (Milyon Kişi) Değişimi**

Kaynak: Alzheimer's Disease International. Dünya Alzheimer Raporu 2015.

Dünya Alzheimer Raporu 2015 verilerine göre her yıl dünya çapında 9,9 milyondan fazla kişiye demans tanısı konmaktadır ki bu her 3,2 saniyede yeni bir vaka anlamına gelmektedir. Aynı verilerde demans insidansının 2010 yılında 7,7 milyon (4,2 saniyede bir yeni vaka) ve 2015 verilerine göre %30 daha az olduğu vurgulanmaktadır. Yeni demans vakalarının %49'u Asya'da, %25'i Avrupa'da, %18'i Amerika'da ve %8'i Afrika'dadır. 2012 verileri ile karşılaştırıldığında demans insidansı Asya, Amerika ve Afrika'da artarken Avrupa'da azalmaktadır (Dünya Alzheimer Raporu 2015) (Şekil 3).



### Şekil 3. Gelişmişlik Düzeylerine ve Yaş Gruplarına Göre Demans İnsidansı

Kaynak: Alzheimer's Disease International. Dünya Alzheimer Raporu 2015

Ülkemizde demans sıklığını belirlemek için yapılan çalışma sonuçları araştırma ve bölgeye göre farklılık göstermektedir. Elazığ'da 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan çalışmada demans prevalansı %7,3 olarak tespit edilmiştir (Bulut 2002). Gürvit ve arkadaşlarının 70 yaş üzeri kentsel popülasyonda yaptığı çalışmada demans prevalansı %20, probabl AH prevalansı %11, tüm AH prevalansı %16 bulunmuştur (Gürvit ve ark. 2008). Arslantaş ve arkadaşları tarafından 2009 yılında Eskişehir'de 55 yaş ve üzeri bireylerle yapılan çalışmada demans prevalansı 55-59 yaşta %2,2, 60-64 yaşta %5,3, 75 yaş ve üzerinde %30,4 saptanmıştır. Ayrıca en fazla vasküler demans (%51,1) daha sonra Alzheimer hastalığı (%48,8) görüldüğü belirtilmiştir

(Arslantaş ve ark. 2009 Keskinoglu ve arkadaşları da İzmir'de 65 yaş ve üzeri bireylerde demans prevalansını %12,9 bulmuştur (Keskinoglu ve ark. 2013).

### **2.3. Demans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Demansın etiyojisinde yaş, genetik ve cinsiyet değiştirilemez risk faktörleri arasında sıralanmaktadır (Mavioğlu 2015).

**Yaş:** Demansın çoğu türü için en önemli risk faktörüdür. Demans prevalansı 65-85 yaş arasında her beş yılda bir ikiye katlanır ve 85 yaş sonrası her iki yaşlıdan birinde demans görülmektedir. 65 yaş öncesi demans başlangıcı tüm demansların sadece %2-10'udur (WHO 2012).

**Cinsiyet:** Demans kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. AH' nın 2/3'ü kadındır. Bunun nedeninin kadınların daha uzun yaşaması, daha az eğitim almış olması, yaşlılıkta erkeklerin kardiyovasküler yönden daha sağlıklı olması ya da AH ile ilişkili APOE4 geninin kadınlarda daha güçlü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Mavioğlu 2015; Dünya Alzheimer Raporu 2015).

**Genetik Faktörler:** Erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı sıklıkla genetik bir nedeni akla getirmektedir. Otozomal dominant AH olgularının erken başlangıçlı olanlarının %50-70'den PSEN1 sorumludur (Yüksel 2014). Geç başlangıçlı olan AH'nda hem genetik hem de çevresel faktörler önemlidir (WHO 2007). Alzheimer hastalığında 19. kromozomda bulunan Apolipoprotein E (ApoE) geninin e4 allelinin iki kopyasını taşıyanların riski 8-12 kat artmaktadır (Raber ve ark. 2004).

Demansın değiştirilebilir risk faktörleri ise kardiyovasküler risk faktörleri, yaşam tarzı, gelişimsel, psikososyal ve psikolojik risk faktörleridir (WHO 2012; Dünya Alzheimer Raporu 2014).

**Kardiyovasküler Risk Faktörleri:** Orta yaşta ortaya çıkan hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği, obezite ile demans arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır (Prince ve ark. 2014; Mavioğlu 2015).

**Gelişimsel Faktörler:** Perinatal dönem (doğum kilosu, intrauterin çevre, kardeş sayısı, doğum sırası) ve beslenme durumu gibi faktörlerin demans riskini etkilediği belirtilmektedir. Çocukluk ve ergenlikte anne-baba kaybı, ebeveynlerin boşanması,



yoksulluk gibi durumlar da demans riskini arttırır. Ayrıca eğitim düzeyi ve zihinsel faaliyet arttıkça demans riskinin azaldığı ifade edilmektedir (Prince ve ark. 2014).

***Psikososyal ve Psikolojik Risk Faktörleri:*** Depresyon kognitif azalmanın bir sonucu, demansın bir sendromu ya da demans için bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Yapılan meta analiz çalışmasında depresyon ya da depresif semptomları olanlarda demans riskinin yaklaşık iki kat arttığı saptanmıştır (Prince ve ark. 2014). Uyku bozukluğu, anksiyete ve psikolojik stresle demans arasında ilişki bildiren bazı çalışmalar olmasına rağmen bu çalışmaların sonuçları yetersiz ve/veya tutarsızdır (WHO 2012; Dünya Alzheimer Raporu 2015; Mavioğlu 2015).

***Yaşam Tarzı:*** Tütün kullanımı demans riskini arttırmaktadır. Alkol demansta koruyucu bir faktör gibi görünmesine rağmen deliryum tremens, Korsakoff sendromu ve Wernicke ensefalopatisine yol açabileceği vurgulanmaktadır (Prince ve ark. 2014).

***Fiziksel aktivite:*** Fiziksel aktivite ve demans riski arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran birçok çalışma yapılmıştır. Fiziksel aktivitenin bilişsel işlevlerdeki bozulmayı %30-50 azalttığı görülmüştür (Prohaska ve Peters 2007).

## **2.4. Demans Tanısı**

Demans çoğunlukla yaşlılarda görülmekle birlikte zeka düzeyinin sabitleşmesinden sonra her yaşta tanılabilmektedir (Yüksel 2014).

Bir kişide demans varlığını tanımlayan tek bir test yoktur. Demans tanısı hasta ve yakınlarından alınan anamnez, fiziksel, nörolojik, mental durum muayenesi, beyin görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar bulguları incelenerek konulur. Hasta ve yakınlarından anamnez alınırken hastanın premorbid dönemindeki kişiliği, ev, iş ve sosyal yaşantısı sorgulanır (Baysal ve Yeşilbudak 2003; Yüksel 2014).

Fizyolojik ve nörolojik muayenede ekstrapiramidal bulgular, primitif refleksler, yürüme bozukluğu, myoklonus durum varlığı değerlendirilir. Mental durum muayenesinde oryantasyon, aritmetik, uzak-yakın bellek, dil, dikkat, yapılandırma ve görsel-mekansal işlevler gibi bilişsel fonksiyonlar test edilir (Baysal ve Yeşilbudak 2003; Yüksel 2014).

Laboratuvar incelemesi kan sayımı, sedimentasyon, biokimyasal incelemeler (karaciğer, böbrek işlevleri, tiroid işlevleri), kan şekeri, idrar tetkiki, akciğer ve kafa

grafileri, vit B<sub>12</sub>, folat seviyeleri, sifiliz, HIV, Tbc testlerini içerir (Baysal ve Yeşilbudak 2003; Yüksel 2014).

Lomber ponksiyon (LP) menenjit şüphesinde, elektrosefalogram (EEG) deliryumun ayırıcı tanısında, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRI) inme, vasküler demans, tümör gibi değişiklikleri saptamak için kullanılır. BT, vasküler demans ile Alzheimer hastalığını ayırmaya yardım eder. SPECT ve PET glikoz ve oksijen kullanımı konusunda bilgi verir. Alzheimer Hastalığında bilateral temporo-parietal hipoperfüzyon izlenir. SPECT ile anterior temporal lob perfüzyonuna bakılması Frontotemporal demans tanısına yardım eder (Baysal ve Yeşilbudak 2003; Yüksel 2014).

Nöropsikolojik testlerle hastanın zihinsel fonksiyonlarının hangi bölümünün bozulduğu ve hangilerinin hala bağımsız olarak çalıştığı saptanır (Baysal ve Yeşilbudak 2003; Yüksel 2014).

Tanı aşamasında demans sendromunun deliryum, depresyon, mental retardasyon ve şizofreni gibi durumlardan ayırt edilmesi önemlidir. Zihinsel karışıklık, hafıza kaybı, yön kaybı, entelektüel bozulma veya benzer sorunlara sebep olan durumlardan biri de deliryumdur (Baysal ve Yeşilbudak 2003). Deliryumdaki bir hastanın bilinç düzeyi konfüzyon olup en belirgin özelliklerinden biri de dikkatin bozulmuş olmasıdır. Ayrıca hastada algısal yanılsamalar, artmış ya da azalmış psikomotor etkinlik, uyku-uyanıklık siklusunda bozulma ve otonomik bozukluklar görülmektedir (Yüksel 2014).

Demans tanısında kullanılan tanı rehberlerinden en bilinenleri Psikiyatri Derneği'nin (APA) 2013 yılında yayımlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5' tir. DSM 5 nörobilişsel bozuklukları klinik belirtilerin ağırlığına göre iki temel kategoriye (hafif ve ağır olarak) ayırmıştır. DSM 4'te ise majör nörobilişsel bozukluk demans olarak tanımlanmış ve bozulmanın derecesine göre tanı konmuştur (Yüksel 2014).

**Demans tanısı için temel kriterler** (Mchaan 2011; Mavioğlu 2015).

1. Çalışma performansını ve günlük yaşam aktivitelerini (GYA) etkileyen kognitif ve davranışsal bozukluklar
2. Daha önceki performans düzeyinde düşme

3. Bu değişiklikleri açıklayacak deliryum ve majör psikiyatrik hastalığın olmaması
4. Öykü ve yatak başı kognitif değerlendirme veya nöropsikolojik testlerle saptanan kognitif bozulma (öykü ve yatak başı değerlendirme tanı için yeterli olmazsa nöropsikolojik testler yapılmalıdır).
5. Kognitif ve davranış bozuklukları aşağıdakilerden en az 2'sini içermelidir.
  - ✚ Yeni bilgileri edinememe ve hatırlayamama; tekrarlayan sorular ve konuşmalar, kişisel eşyaları bulamama, randevuları, olayları unutma, bilinen yolları kaybetme
  - ✚ Akıl yürütme, yargılama, kompleks görevleri yürütmede bozukluk; güvenlikle ilgili riskleri anlamada, parayı yönetmede, karar verme yeteneğinde, kompleks ve ardışık aktiviteleri planlamada bozukluk
  - ✚ Görsel-mekansal becerilerde bozulma; iyi görme olmasına rağmen yüzleri veya nesnelere tanımadada, görüş alanındaki nesnelere bulmada, basit işlemleri uygulamada, giyinme oryantasyonunda bozukluk
  - ✚ Lisan fonksiyonlarında bozukluk; konuşurken yaygın kullanılan kelimeleri bulamama, konuşmada tutukluk, konuşma, heceleme ve yazım hataları
  - ✚ Kişilik, davranış ve tavırda değişiklikler; ajitasyon gibi alışılmadık mood değişiklikleri, motivasyon ve inisiyatifte bozulma, apati, kontrol kaybı, sosyal çekilme, önceki aktivitelere ilgide kayıp, empati kaybı.

## 2.5. Demans Evrelerine Göre Belirti ve Bulguları

Demans birçok belirti gösteren ve birçok nedeni olan bir sendromdur. Bellek, dil, konuşma, yargılama, bilişsel diğer işlevler, görsel-uzamsal ve algısal motor beceriler gibi kortikal işlevleri öncelikli olarak bozar. Bu bozukluk mesleki veya toplumsal işlevlerde bozulmaya neden olacak kadar ağır olmalıdır.

Demansın evrelendirmesinde yaygın olarak Reisberg Global Bozulma Ölçeği [Reisberg Global Deterioration Scale (GBÖ)] ve Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği [Clinical Dementia Rating Scale (CDR)] kullanılmaktadır. GBÖ demansı yedi evreye ayırır. Evre1'de hastada hiçbir yakınma ve bellek kusuruna ilişkin bulgu yoktur. Evre 7' de ise tüm sözel ve motor yetenekler kaybolup hasta tamamen bağımlı hale gelir. CDR demansın var olup olmadığını ve şiddetini belirleyen 6 kategoriden oluşmaktadır. CDR demansı, çok hafif/hafif kognitif bozukluk (0,5), hafif (1), orta (2)

ve şiddetli (3) evrelerine ayırmaktadır (Can 2010). Aşağıda demansın CDR' ye göre evrelendirilmesi yer almaktadır (Mavioğlu 2015).

**Çok Hafif Evre/Hafif Kognitif Bozukluk:** Hasta veya yakınlarının hastada hafif unutkanlık, karar vermede azalma, evde, sosyal ve mesleki yaşamda hafif bozulmadan bahsettikleri klinik demansın hemen öncesindeki evredir (Mavioğlu 2015).

**Hafif Evre:** Hastada enerji ve istek kaybı, bencillik, kuşkuculuk ve mükemmeliyetçilik, ayrıntılara karşı dikkatsizlik, emosyonel uygunsuzluk ve yetersizlik, uygunsuz şaka yapma, kişisel hijyenin bozulması, bellek bozuklukları olabilir. Hastalar not almaya, alışveriş listesi yapmaya ve adresleri kaydetmeye başlar. Özellikle stres altındayken günün saatini kestiremez. Mizaç değişikliği, depresyon, huzursuzluk görülebilir. Çevresindeki insanları hırsızlıkla suçlayabilir, kötülük göreceğini düşünebilir. Yargılama bozulmaya başlar, mantıklı karar veremez. Aynı konuyu ya da sözcükleri tekrarlar. Konsantrasyonu bozulmuş, dikkat süresi kısalmıştır. Kişisel hijyeni bozulmuştur. Hastalar bu evrede 1-3 yıl kalabilmektedir (Kahraman 2009; Yüksel 2014; Mavioğlu 2015).

**Orta Evre:** Hastalık belirtileri daha belirgin hale gelmiştir. Bilişsel işlevlerde bozulma vardır. Uzak bellek sorunları da eklenir. Yargılamada bozukluk, oryantasyon bozukluğu, konfüzyonda artma olur. Apatik, huzursuz, ajite olabilir. Perseverasyon, soyut düşünmede kayıp olur. Apraksi, akalkuli vardır. Amaçsız gezinme, stereotipik davranışlar, delüzyon, ajitasyon, halüsinasyon eklenir. Giyinme, yıkanma gibi bakım aktiviteleri destekle yapılır. Orta evre ortalama 2-10 yıl sürer (Kahraman 2009; Yüksel 2014; Mavioğlu 2015)

**İleri Evre:** Zaman, yer ve kişi oryantasyonunda ileri kayıp, sık kaybolmalar, paranoid düşünceler, tutarsız konuşma, garip davranışlar, kişisel bakımda ileri kayıp, malnütrisyon, kilo kaybı, afazi, agnozi olur. Aile üyeleri tanınmaz, inilti şeklinde ses çıkarılabilir. Cenin pozisyonunda ve rijit bir şekilde yatar. Tamamen inkontinan ve bağımlıdır. Yaklaşık 4 yıl süren evrenin sonunda hasta malnütrisyon, enfeksiyon, dekübit, aspirasyon gibi sağlık sorunları nedeniyle kaybedilir (Çıray Gündüzoğlu 2013; Yüksel 2014; Mavioğlu 2015)

## 2.6. Demans Sınıflandırması

Demans, serebral nöronal devre bozukluklarından kaynaklanır ve özel yerleşimli kayıplar ile kombine nöronal kaybın sonucudur. Demansa yol açan çoğu durumun patolojik bölgeleri farklıdır. Bazı araştırmacılar demansı kortikal ve subkortikal olarak ayırır. Alzheimer Hastalığı (AH) gibi kortikal demanslar primer olarak hafıza kaybını gösterir ve sıklıkla afazi ve diğer lisan bozuklukları ile birlikte görülür. Huntington Hastalığı (HH) gibi subkortikal demanslı hastalar hafıza ve dil problemlerine daha az sahipken dikkat, muhakeme, uyanıklık ve davranış zorluklarının görülmesi olasılığı daha fazladır. Kortikal ve subkortikal demansların hem klinik hem de anatomik özellikleri benzerdir (Bird 2004).

Ayrıca demans primer ve sekonder olarak da sınıflandırılabilir. Primer demanslar nörodejeneratif olup Alzheimer Hastalığı, Frontotemporal Demans, Lewy Cisimcikli Demans, Parkinson Hastalığı Demansı gibi organik beyin hastalıklarıdır. Sekonder demanslar; enfeksiyon, ilaç toksisitesi, tümör, sifiliz, vitamin eksiklikleri, AIDS ya da serebral travma gibi durumlardan kaynaklanır (Townsend 2016).

### Nörodejeneratif Olmayan Demanslar

**Vasküler demans;** Genellikle ani başlayan vasküler demans (VaD) AH'den sonra ikinci en sık görülen demans tipidir ve sıklığı %20'yi bulmaktadır (Dubois ve Hebert 2001). Serebrovasküler hastalık ya da kardiyovasküler sorunlardan kaynaklanan iskemik, hipoksik veya hemorajik beyin lezyonlarına bağlı beyin kan akımında azalma sonucu ortaya çıkan bilişsel fonksiyonlarda kayıpla seyreder. VaD hastalarının yaklaşık 3/4'unun özgeçmişinde inme mevcuttur. AH'dan farklı olarak dikkat, konsantrasyon ve yürütücü işlev bozuklukları ön plandadır. Birçok vakada AH ve VaD birlikte görülmektedir (Koytak ve Tuncer 2015). Tanı konduktan sonra ortalama yaşam süresi 4 yıldır (Samuels ve Ropper 2013).

Nörodejeneratif olmayan demansların çoğunluğu tedavi edildiğinde tam iyileşme elde edilir. Geri dönüşümlü demanslar yaşlılardan ziyade gençlerde ortaya çıkar (Soysal ve Işık 2015). Beslenme ve hormonal sorunlara bağlı etmenlerin altında yattığı geri dönüşümlü demanslar gelişmekte olan ülkelerde daha sıktır (WHO 2012). Geri döndürülebilir demanslar tüm demansların %5-20'sidir ve en sık hipotiroidizm,

B<sub>12</sub> vitamini ve folat (B<sub>9</sub> vitamini) eksikliği, depresyon, normal basınçlı hidrosefali ve ilaçlara bağlı ortaya çıkar (Soysal ve Işık 2015).

**Hipotiroidizm;** kognitif yetersizlik, depresyon, periferik nöropati, serebellar ataksi, apati, konfüzyon ile demansı takit edebilir (Soysal ve Işık 2015).

**Depresyon:** Depresyonun kardiyovasküler etkileri nedeniyle serebral perfüzyon azalır. Depresyon, bilişsel işlevleri etkiler ve demansla karıştırılabilir (Soysal ve Işık 2015).

**B<sub>12</sub> ve folik asit eksikliği;** B<sub>12</sub>'nin eksikliğinde kanda ve idrarda homosistein ile metil malonik asit (MMA) artar, serbest radikal oluşumu ve nörofibriler yumak ve amiloid plak gelişimine sebep olur. Folat eksikliğinde ise nükleotid sentezi bozulur ve artan homosisteinden dolayı çok sayıda nörolojik sistem hasarı oluşabilir. B<sub>12</sub> vitamini ve folat demans tanısında rutin olarak test edilir ve eksikliğinde yerine konarak tedavi edilir (Soysal ve Işık 2015).

**Normal basınçlı hidrosefali:** Dikkat bozukluğu, bilgi işleme kapasitesinin ve düşünce akışının yavaşlaması, reaksiyon zamanında uzama, apati, motivasyon bozukluğu ve bunlara bağlı bellek bozukluğu şeklinde progresif kognitif yetersizlik görülebilmektedir (Işık 2009; Soysal ve Işık 2015).

**İlaçlar:** Benzodiazepinler, anti epileptikler, trisiklik antidepresanlar, antikolinerjik, antiparkinson ajanlar, kortikosteroidler, bazı kemoterapotikler, H<sub>2</sub> reseptör antagonistleri, hipoglisemik ajanlar, lityum gibi ilaçlar bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulmaya sebep olabilir (Yüksel 2014; Soysal ve Işık 2015).

### **Nörodejeneratif Demanslar**

**Alzheimer Hastalığı (AH):** Kortikal demansların en sık görüleni, bilineni ve demansın en yaygın nedenidir (Braak ve Del Tredici 2012). Yaşa bağlı bir hastalık olduğundan, 65 yaşından genç bireyleri nadiren etkiler (Bayles ve Tomoeda 2009).

Alzheimer hastalığı tek başına ya da başka hastalıklarla birlikte tüm demansların yaklaşık %90'ından sorumludur. AH olgularının yaklaşık 2/3'ü serebrovasküler lezyonlar ya da Lewy cisimcikleri ile patolojik birliktelik gösterirler. Hastalığın genellikle ilk belirtisi olan bellek bozukluğu yeni bilgileri öğrenme gücünü, çok daha önce öğrenilmiş bilginin görece korunması ile karakterizedir. Yer-

kişi-zaman oryantasyonu içinde en erken etkilenen zamana oryantasyondur. Hastalık ilerledikçe yere oryantasyon bozulur, kişi tanıdık mekanlarda yürürken ya da araba kullanırken kaybolabilir. Zaman içinde ev gibi daha küçük ölçekli yerlerde kaybolmaya başlar, hastalar özellikle loş ışıktaki tuvaleti bulamazlar. Genellikle spontan konuşmada kelime bulma gücü erken dönemde olur, başlangıçta hastalar bunu “dilimin ucunda” olarak ifade edebilirler. Çevresel konuşma sıklıkla gözlenir. Daha sonra konuşmanın akışını etkileyecek boyuta gelerek akıcı olmayan afazi taklit edebilecek boyuta ulaşabilir. Hemen hemen bütün hastalar apraksi geliştirirler (Mesulam 2000; Alberici ve ark. 2014).

**Lewy Cisimcikli Demans (LBD):** Lewy cisimcikli demans, Alzheimer demansının yaklaşık yarı sıklığında görülen nörodejeneratif demans alt tipidir (Rahkonen ve ark. 2003) Tüm demans olguları içinde prevalansı %15-35 arasında değişmektedir Alzheimer Hastalığı'ndakine benzer şekilde hastalık ortalama 68 yaşında (50-85 yaş aralığında) başlamaktadır Erkeklerde insidansın kadınlara göre yüksek olduğu ve insidans oranlarındaki cinsiyet farklılığının özellikle 60 yaşından sonra belirginleştiği bildirilmiştir. Hastalık başladıktan sonra yaşam süresi yaklaşık ortalama 6 yıl (1,8-9,5) olarak belirtilmektedir. LBD demansta kognisyonda dalgalanma, spontan görsel halüsinasyonlar, hareket bozukluğu belirtilerinden ikisinin olması tanı koydurucudur. (Gökçal ve Babacan Yıldız 2015).

Hastalığın erken döneminde afazi ya da diğer konuşma bozukluklarından ziyade kognitif yakınmaların (örn. amnestik bozukluk) görülmesi çok tipiktir. Ciddi bellek bozukluğu, dikkatte bozulma, vizyospasyal bozukluk, prozopagnozi, renk agnozisi, konstrüksiyonel ve ideomotor apraksi, görsel çelinebilirlik hastalığın spesifik kognitif özellikleridir. Konfabulasyon, tutarsız konuşma, perseverasyonlar, bilindik objeleri adlandırma gücü ve verbal akıcılıkta azalma LBD'de görülen dil ile ilgili bozukluklardır (Doubleday ve ark. 2002).

**Parkinson Demansı (PHD):** Parkinson Hastalığı ortalama 60 yaşında başlamaktadır ve olguların yaklaşık %10'u 45 ya da daha genç yaşta (Rao ve ark. 2006). Parkinson hastalığında demans gelişimi hastalığın sıklıkla ilk 10 yılı içinde ve olguların %70-80'inde görülmektedir. Parkinson hastalığı demansı (PHD) geliştikten sonra ortalama yaşam süresi yaklaşık 5 yıl olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte aslında hastalıkta

demans varlığı olmaksızın da yüksek seviyede kognitif ve iletişim defisitleri görülebilmektedir. Parkinson Hastalığı Demansı ana tanısal kriterleri için PH tanısı ve 4 alandan (dikkat, yürütücü fonksiyon, vizyospasyal işleme, sözel serbest hatırlama) en az ikisinde etkilenmiş olması gerekmektedir. Ayrıca olgularda en az bir davranışsal semptom (apati, depresyon, halüsinasyon, delüzyon ya da gündüz aşırı uykululuğu) olmalıdır. Hem LBD hem de PHD hayatta kalma süresini tahmin ettirici faktörler şöyledir; başlangıç yaşının ileri olması, kognisyonda dalgalanma, halüsinasyonların ciddiyeti, akinezinin ağırlığı, eş zamanlı Alzheimer hastalığı amiloid plak ve nörofibriler yumak patolojisinin derecesidir (İşeri 2015).

**Frontotemporal Demans (FTD):** Alzheimer Hastalığı'ndan sonra 65 yaşından önce görülen ikinci en sık demans, endüstriyel toplumlarda dördüncü en sık demans nedenidir. Birçok demans tipinin aksine yaş, FTD bir risk faktörü değildir, başlangıç yaşı ortalama 60 yaş civarı olup daha önceki ve daha sonraki dekatlarda sıklığı azalmaktadır. Yaşam beklentisi hastalık başlangıcından sonra 3 yıldan 14 yıla kadar değişebilmektedir (Alibaş ve Tuncer 2015). Frontotemporal demans frontal ve temporal korteks bölgelerinin progresif atrofisi ile karakterizedir. Etiyolojisi idiyopatik olmakla ya da bilinmemekle birlikte, ailesel olguların %40'ı 17. kromozomdaki bir gen ile ilişkilidir (Miller 2007). Kadınları ve erkekleri eşit oranda etkiler. Frontotemporal demans 3'e ayrılır.

**1. Progresif Non-Fluent Afazi:** Hastalığın ana tanısal özellikleri; agramatizm, fonemik parafaziler ve anomidir. Progresif non-fluent afazi (PNFA) destekleyici özellikler; tutuk konuşma, bozulmuş tekrarlama, oral apraksi, aleksi, apraksi, etken dönemde kelime anlamının korunmuş olması, geç dönemde mutizmdir. Epizodik bellek, vizyospasyal beceriler ve zamansal oryantasyon görece korunmuştur (McKinnon ve ark. 2008). Broca afazisinde olduğu gibi, hastaların konuşmaları yavaştır, çaba sarfetmeleri gerekir, fonemik parafaziler yaygındır, gramatik olarak karmaşık sözcükleri anlamakta zorlanırlar (Ash ve ark. 2004).

**2. Semantik Demans:** Semantik demansın (SD) ana tanısal özelliği kelime anlamı kaybıdır ve bu durum hem konuşmayı hem de anlamayı etkiler. Çok iyi öğrenilmiş tabirleri herhangi bir çaba sarfetmeden söyleyebilirler, tek kelime tekrarı korunmuştur ancak daha dikkatli bir değerlendirme ile hastanın spontan konuşmasının akıcı ama



boş olduğu, semantik parafazileri, cisimleri işaret ederek konuştuğu, prosopagnozi (bozulmuş yüz tanıma) ve/veya görsel agnozinin de olduğu algısal bir bozulma dikkat çeker. Yüzeysel disleksi (kelimeleri fiziksel özellikleriyle tanıyamama) olarak adlandırılan okuma bozukluğu bu hastalık için çok önemli bir özelliktir. Hastalar düzenli ve anlam taşımayan kelimeleri tanıyabilir ama düzensiz kelimelerde zorluk yaşarlar (Özkan ve Saka 2015).

**3. Frontal Varyant FTD (Davranış Varyantı FTD):** Kişilikte, organizasyonda ve dikkatte bozulma vardır. Ana tanısal kriterler, sosyal etkileşimde yavaş bir şekilde ilerleyen bozulma (uygunsuz şakalar, risk alma, hiperseksüalite), içgörü kaybı ve erken duygusal küntlüktür (Neary ve ark. 1998). Destekleyici tanısal özellikler, kişisel hijyende bozulma, rijitlik artışı, hiperoralite, diyet değişikliği ve tarak ya da kalem gibi aletleri kompulsif bir şekilde kullanma davranışının ortaya çıkmasıdır (Babacan-Yıldız 2015).

## **2.7. Demans Tedavisi**

Günümüzde nörodejeneratif demansların kesin tedavisi yoktur. Uygulanan tedavilerde sadece semptomatik tedavi yapılmaktadır. Demans tedavisinin amacı; kognitif ve fonksiyonel bozulmayı durdurmak ya da yavaşlatmak, psikiyatrik ve davranışsal sorunları tedavi etmek, bakım verici yükünü azaltmak, bakımevi ve hastaneye yatışı geciktirmektir (Ergün 2010). Bu amaçlarla demansta farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler uygulanmaktadır (Mavioğlu 2015).

### **Farmakolojik Tedaviler**

Demansta kullanılan farmakolojik tedaviler kolinesteraz inhibitörleri, memantin ve davranış ve psikiyatrik bozukluklara yönelik tedavileri içermektedir.

**Kolinesteraz İnhibitörleri:** AH ve diğer nörodejeneratif demansların semptomatik tedavisinde, azalmış olan kolinerjik aktivite farmakolojik olarak artırılır. Tedavide kullanılan asetilkolin kolinesteraz inhibitörleri (AChEI) asetilkolin yıkımını azaltarak kolinomimetik aktivite göstermektedir ve 3–6 aylık tedavi sonrası bilişsel iyileşme sağlayabilmektedirler. Hastalığın işlevsel ve davranışsal belirtilerindeki düzelme daha da belirgindir. Yaygın olarak kullanılan AChEI'leri donepezil, galantamin ve rivastigmin'dir. Ancak yarı ömürlerinin kısa olması, geçici ve zayıf etkili olmaları,

terapötik pencerelerinin dar olması, klinik kullanımda sık ve şiddetli yan etki oluşturması gibi özellikleri bu ilaçların istenmeyen etkilerdir. Bulantı, kusma, diyare, kas krampı, baş dönmesi, yorgunluk ve iştahsızlık kolinesteraz inhibitörlerinin en sık görülen yan etkileridir (Ergün 2010; Mavioğlu 2015; Işık 2015).

**Memantin (N-metil D-aspartat reseptör antagonisti):** Diğer bir tedavi ajanı ise glutamat toksisitesini ortadan kaldıran bir NMDA reseptör antagonisti olan memantin'dir. Memantin orta ve ileri evre AH'de plaseboyla kıyaslandığında kognitif becerilerde, davranış ve günlük yaşam aktivitelerinde anlamlı iyileşme/stabilizasyon sağlamakta, hastanın bağımlı hale gelmesini yavaşlatmaktadır (Raina ve ark. 2008). Bunların yanı sıra, memantin demansa eşlik eden çeşitli nöropsikiyatrik semptomlar (özellikle ajitasyon/agresyon) üzerinde de olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Memantin tedavisiyle bildirilen yan etkiler baş dönmesi, diyare, insomnia, konfüzyon, baş ağrısı, halüsinasyonlar ve yorgunluktur. Orta ve şiddetli AH'li hastalarda memantin başlangıçta ancak 6 ay bilişsel ve diğer işlevleri stabil halde tutabilir (Işık 2015; Mavioğlu 2015).

**Davranış ve Psikiyatrik Bozukluklara Yönelik Kullanılan Farmakolojik Tedaviler:** Demansın evresi ilerledikçe psikiyatrik ve davranışsal sorunların sıklığı artmaktadır. Psikiyatrik ve davranışsal semptomlar demanslı hastaların %92'sinde görülmektedir (Cummings 2007). En sık gözlenen psikiyatrik ve davranışsal semptom ajitasyondur (%63-70) (Cummings 2007; Meziere ve ark. 2013). Demansın erken evresinde depresif belirtiler, orta evre ve ileri evrede ise ajitasyon ve psikotik belirtiler daha siktir. Psikiyatrik ve davranışsal sorunlar ilk kez ortaya çıktığında deliryum, enfeksiyon, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, ağrı, hipoksi gibi tıbbi durumlar ve ilaç etkileşimleri değerlendirilmelidir. Eğer psikiyatrik ve davranışsal sorunlar hastaya ve çevreye zarar verecek seviyedeysen, kontrol altına alınamıyorsa antidepresanlar, antipsikotikler, antikonvulzanlar ve benzodiazepinler gibi farmakolojik tedaviler uygulanır (Işık 2015).

### **Nonfarmakolojik Tedaviler**

Nonfarmakolojik tedavilerin içinde, kognisyon, davranış bozuklukları ve GYA üzerine etkili olan doğru iletişim ve strateji, işlevselliği devam ettirme, zihinsel aktiviteler, fiziksel aktiviteler, hobiler, sosyal aktiviteler, manevi aktiviteler, ev

düzenlemesi, müzik tedavisi, aromaterapi sayılabilir. Nonfarmakolojik yaklaşımların yapılabilmesi için ilk ve temel adım bakım vericilerin bu konuda eğitilmesidir (Mavioğlu 2015).

Kognitif stimülasyon ve evde kognitif uğraşlarla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Sistemik gözden geçirmeler egzersiz, kelime oyunları, bahçe ile uğraşma, müzik dinleme ve yemek pişirme gibi kognitif uğraşların umut verici olduğunu göstermektedir. Kognitif stimülasyon hem kognitif semptomlar hem de günlük yaşam aktiviteleri üzerine yararlıdır. Birçok gelişmiş demans merkezinde çoğu bilgisayar programları şeklinde olmak üzere düzenli bir şekilde kognitif stimülasyon tedavisi uygulamaya girmiştir. Evde bilgisayar oyunları, iskambil oyunları, bilmece-bulmaca çözme, satranç, tavla, okey gibi oyunlar, kitap okuma, yeni bir şey öğrenme, el işi yapma, maket yapma şeklinde kognitif uğraşlar önerilebilir. Burada dikkat edilmesi gereken şey hastanın kapasitesini çok zorlamayan, zevk aldığı uğraşların önerilmesidir (Mavioğlu 2015).

## **2.8. Demansın Hastaya, Bakım Vericiye ve Topluma Etkileri**

Demans hastayı, ailesini ve tüm toplumu etkilemektedir. Demanslı kişide hastalık, hem yaşam kalitesini hem de yaşam beklentisini düşürür. Hastanın ailesi ve arkadaşları bakım ve destek sisteminin vazgeçilmezleridir. Bakım vericiler de hastalarına bakabilmek için sosyal yaşamlarından feragat etmekte aynı zamanda psikososyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar (Dünya Alzheimer Raporu 2015).

Altmış yaş üzeri hastalık yükü incelemesinde; düşük ve orta gelirli ülkelerde sırasıyla en fazla hastalık yükü oluşturan durumlar kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları, mental ve nörolojik hastalıklardır (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Tablo 1’de küresel hastalık yükü hesaplaması yapan başlıca iki kuruma göre küresel hastalık yüküne neden olan durumlar görülmektedir.

**Tablo 1. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hastalık Yükü Nedenleri**

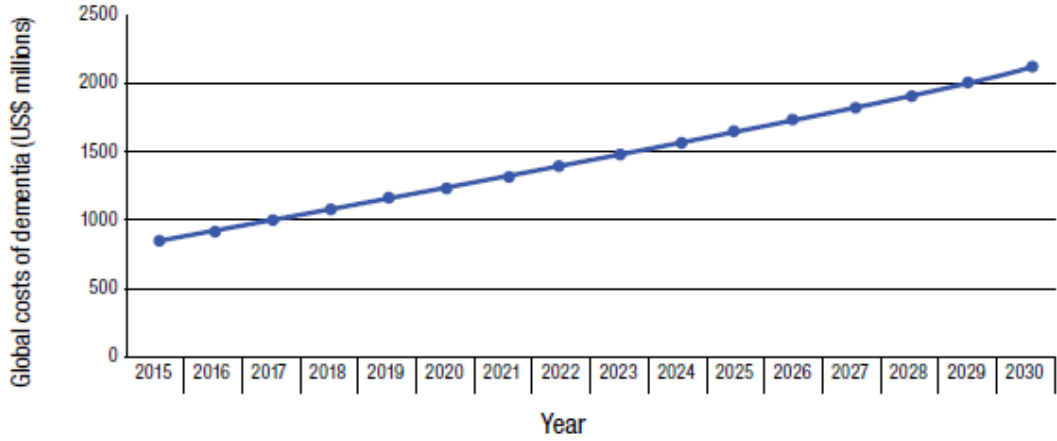
WHO GBD (2004)			IHME GBD (2010)		
Durum	DALYs (Tamamına oranı)	Sıra	Durum	DALYs (Tamamına oranı)	Sıra
İskemik Kalp Hastalığı	67,6(%15,0)	1	İskemik Kalp Hastalığı	77,7 (%13,5)	1
İnme	55,4 (%12,3)	2	İnme	66,4 (%11,6)	2
KOAH	33,1 (%7,3)	3	KOAH	43,3 (%7,5)	3
Görme Bozuklukları	30,9 (%6,9)	4	Diyabet	22,6 (%3,9)	4
<b>Demans</b>	<b>18,8 (%4,2)</b>	<b>5</b>	Alt Bel Ağrısı	19,1 (%3,3)	5
Diyabet	13,9 (%3,1)	6	Solunum Yolu Kanserleri	18,6 (%3,2)	6
İşitme Kaybı	13,0 (%2,9)	7	Düşme	12,4 (%2,2)	7
Solunum Yolu Kanserleri	12,8 (%2,8)	8	Görme Bozuklukları	10,4 (%1,8)	8
Hipertansiyon	9,7 (%2,2)	9	<b>Demans</b>	<b>10,0 (%1,7)</b>	<b>9</b>
Osteoartrit	8,1 (%1,8)	10	Tüberküloz	9,2 (%1,6)	10
<b>Total</b>	<b>450,9</b>		<b>Total</b>	<b>574,4</b>	

Kaynak: Alzheimer's Disease International. Dünya Alzheimer Raporu 2015.

Demansın ekonomik maliyeti de çok fazladır. Demans maliyetinden kastedilen hem formal hem de informal bakımı maliyetidir (WHO 2007). Yüksek gelirli ülkelerde demans maliyetinin %40,3'ü informal bakım, %45,2'si direkt sosyal bakım ve %14,5'i ise direkt tıbbi bakımdır. Ülkelerin gelir düzeyi azaldıkça informal bakım maliyeti de azalmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde maliyetin %57,6'sını informal bakım, %14,3'ünü direkt sosyal bakım ve %28,2'sini direkt tıbbi bakım oluşturmaktadır (WHO 2016; [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/), Erişim Tarihi:07.06.2016).

Demanslı hastaların bakım maliyeti fonksiyonel yetersizlik ve komorbiditenin artması; bağımsızlığın azalmasıyla ilişkilidir (Akerborg ve ark. 2016). Demansın küresel maliyeti 2010 yılında 604 milyar ABD doları iken 2015 yılında %35 artışla 818 milyar ABD doları olmuştur ve 2018' de 1 trilyon ABD dolarına yükseleceği belirtilmektedir (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Demans bakımına harcanan para

bir ülke olsaydı Türkiye ve Endonezya'nın arasında yerini alır ve dünyanın en büyük 18. ekonomisine sahip olurdu denmektedir (Wimo ve Prince 2010).



#### Şekil 4. 2015-2030 Arasında Demansın Tüm Dünyaya Maliyeti

Kaynak: Alzheimer's Disease International. Dünya Alzheimer Raporu 2015

Ülkemizde demans maliyetini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar sınırlıdır. Denizli'de Zencir ve arkadaşları tarafından (2005) 42 Alzheimer hastasıyla yapılan çalışmada demanslı hastaların bakımını daha çok ailelerin sağladığı ve kurumlarda kalma oranının %1 olduğu bulunmuştur. Hastaneye yatışlar hariç hafif evre demans hastası için ortalama yıllık maliyet 1766 ABD doları iken, ileri evre demans hastası için bu miktar 4930 dolara yükselmektedir (Zencir ve ark. 2005).

#### 2.9. Bakım ve Bakım Verici Yüğü

Bakım yükü kavramına geçmeden önce bakım, bakım verme gibi kavramların açıklanması gerektiği düşünülmektedir.

Bakım; bir şeyin iyileştirilmesi, iyi durumda kalması için emek verme; bir insanın beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını sağlama ve bakma işidir (Türk Dil Kurumu 2016, [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts), Erişim Tarihi:16.07.2016). Bakım hizmeti sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb), hasta tarafından algılanan sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı kapsamaktadır (Özlu ve ark. 2009).

Bakım verme ise hastanın ihtiyaç duyabileceği her türlü duygusal, fiziksel, sosyal ve maddi desteğin sağlandığı çok boyutlu bir deneyimdir (Ho ve ark. 2009; Mollaoğlu ve ark. 2011).

Bakım vericiler hastanın bakımını yapmak ya da izlemekten sorumlu olan kişilerdir. İnfomal bakım vericiler ücret almadan hastaya bakım veren aile üyeleri, yakın akraba, komşu ve arkadaşlardır. Bakım verme işini üstlenen kişi resmi, özel kurum veya gönüllü kuruluşlarca görevlendirilmiş ise formal bakım vericiden bahsedilir. Primer bakım verici (birinci derece bakım verici) bakımı üstlenmek konusunda birinci derece sorumluluk alan kişidir (Cheng 2005). Primer bakım verici, hastanın günlük bakımını sağlayabilir ya da sadece bakım işini düzenleyebilir. Ülkemizde ve dünyada primer bakım vericiler genellikle aile üyeleridir.

Yük, birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 2016, [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts), Erişim Tarihi:16.07.2016). Bakım vericide fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik alanlardaki tepkilerin hepsi bakım verici yükü olarak ifade edilmektedir (Kasuya ve ark. 2000). Bakım vericinin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeler, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım vericinin fiziksel hastalığı anlamında fiziksel sorun ve sıkıntılar objektif bakım verme sonuçlarıdır. Subjektif bakım verme sonuçları ise bakım vericinin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu, damgalanma vb.) olarak açıklanmaktadır (Atagün ve ark. 2011). Subjektif yük hastaya ilişkin özelliklerden daha fazla etkilenmektedir. Bakım verici yükü depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik gibi ciddi durumlara neden olabilir (Dökmen 2012).

### **2.9.1. Demansta Bakım Yükü**

Demans hastalarının yüksek gelirli ülkelerde %66'sı, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %94'ü evde bakılmaktadır. Ülkemizde evde bakılan demanslı oranı kentlerde %70-79 iken, kırsalda %90-94'tür (Dünya Alzheimer Raporu 2010).

Demansı olan bireye bakmak, bakım vericiye çok şey kazandırabildiği gibi (bakım vericilerin kendileri ile gurur duyması, erdemli, işe yarar hissetmesi, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, kendine saygı duyma, vb), aynı

zamanda bakım verici kişinin hayatı ve sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkilere de neden olabilmektedir (Mollaoğlu ve ark. 2011; Tschanz ve ark. 2013, Karahan ve İslam 2013). Bakım vericiler, bakım aktivitelerini yürütürken çoğu zaman ailenin diğer bireylerinden destek alamamakta, psikolojik, ekonomik ve aile içi ilişkilerde güçlük yaşamakta, ekonomik durumları ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenmektedir (Garand ve ark. 2012). Demanslı bireye bakım vermenin ortaya çıkardığı sorunlar nedeniyle bakım yükü, duygusal stres, depresyon, anksiyete, zorlanma, bağışıklık sisteminde zayıflama, çeşitli sağlık sorunları, iş kayıpları ve beraberinde maddi güçlükler yaşamaktadır (Şentürk ve Küçükgüçlü 2015). Demans hastalarının bakım vericileri bakım sürecindeki bu güçlükler nedeniyle, psikolojik stres ve uzun süreçte ağır bir yük yaşamakta ve duygusal problemlerle başa çıkmaya çalışmaktadır (Moore ve ark. 2001).

Demanslı hastaya bakım vermek sevilen bir kişinin artık hiçbir zaman eskisi gibi olamayacağı gerçeğini kabul etmek anlamını taşır; aynı zamanda aile içindeki sorumlulukların ve ilişkinin değişeceği, aile içinde fikir ayrılıkları çıkabileceği, bakım vericinin kendisini yorgun, bitkin, cesaretsiz, terkedilmiş, kızgın hissedebileceği veya depresyona girebileceği anlamına gelir.

Demansın şiddeti arttıkça bakım yükü de artmaktadır. Doksan üç makalenin incelendiği çok uluslu bir derlemede demanslı hastanın erkek olması, genç olması, psikiyatrik ve davranışsal sorunlarının olması bakım verici yükünü arttırırken, bakım vericinin kadın olması, genç olması, uzun süredir bakım vermesi ve öz etkinliğinin düşük olması da bakım yükünü arttırmaktadır (Thyrian ve ark. 2015). Bu yüzden bakım yükünü belirlemek ve azaltmak önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Etters ve ark. 2008).

## **2.10. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik alanlarda iyilik algısı ile birlikte günlük yaşamından aldığı doyumunu içerir. Hem hastaların hem bakım vericilerin yaşam kalitesini değerlendirmek ve her ikisinin ilişkili olduğu faktörleri belirlemek oldukça önemlidir (Özer 2010). Hastanın ve bakım vericinin yaşam kalitesi karşılıklı etkileşim içerisinde. Bakımın hedeflerinden bir de hastanın yaşam kalitesinin desteklenmesidir (Akpınar ve Küçükgüçlü 2012). Demanslı hastaların

yaşam kalitelerinin tanınması, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve ölçülebilirliği konusundaki çalışmalar, bu hasta grupları, aileleri ve sağlık çalışanları için oldukça önemli bir konudur (Akpınar ve Küçükgüçlü 2012).

### **2.10.1. Demanslı Hastanın Yaşam Kalitesi**

Demansın henüz tedavisi olmadığı için öncelikli amaç tedaviden çok hastanın kalan yetilerini en iyi şekilde kullanmasını ve bu yetilerini geliştirmesini sağlamaktır. Yaşam kalitesinin demansa özgül tanımı “demansın algılanan sonuçlarına uyum yapabilme açısından hastanın birey-çevre sisteminin çok boyutlu değerlendirmesi” şeklinde yapılmaktadır. Sosyal ilişkiler, benlik saygısı ve duygulanım demans hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmede önemli alanlardır (Özer 2010). Bazı çalışmalarda hastada iç görü eksikliği, durumun farkında olamama, iletişim sorunları, hafıza ve fonksiyonel bozuklukları gibi nedenlerle yaşam kalitesinin değerlendirilemeyeceği belirtilmiştir (Ready ve ark. 2006). Ancak bazı çalışmalarda demanslı hastanın yaşam kalitesinin zor olsa bile ölçülebileceği ifade edilmektedir (Ready ve ark. 2006; Akpınar ve Küçükgüçlü 2012).

### **2.10.2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi**

Bakım vericiler bir yandan sevdikleri bireyi tedavisi olmayan ilerleyici bir hastalık yüzünden yavaş yavaş kaybetmekte oldukları gerçeği ile baş etme durumundadırlar. Diğer yandan da üstlendikleri bakım verme rolünü etkin şekilde sürdürebilmek ve kendi gereksinimlerini de bu süreçte uygun şekilde gidermek durumundadırlar. Bütün bu nedenlerden dolayı bakım verenin yaşam kalitesinin düşük olacağını düşündürmektedir (Özer 2010). Hastanın tıbbi durumu, demansın evresi, psikiyatrik ve davranışsal sorunlarının varlığı, hastayla geçirilen süre bakım vericinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca bakım vericinin yaş, cinsiyet gibi sosyo demografik özellikleri, bakım veren rolü ile ilgili algıları, kişilik özellikleri, bakım vericinin ailevi ya da maddi sorunlar bakım vericinin yaşam kalitesini etkilemektedir (Özer 2010; Sörenson ve ark. 2006).



## **2.11. Nöropsikiyatrik Semptomlar**

### **2.11.1. Demans Hastasında Nöropsikiyatrik Semptomlar**

Demans hastalarında kognitif bozulmaya zamanla psikiyatrik ve davranışsal semptomlar da eklenir. Psikiyatrik ve davranışsal semptomlar demanslı hastaların %92'sinde görülmektedir. Demanslı hastalarda sıklıkla görülen semptomlar ağrı (%12–76), depresyon (%9–32), dispne (%8–80), anksiyete (%3–22), halüsinasyon (%2–11) ve delüzyon (18 %) dır (Ellis-Smith ve ark. 2016). Bu sorunlar demansın her evresinde görülse de daha çok orta ve ileri evrede görülür (Mavioğlu 2015).

### **2.11.2. Bakım Vericilerde Depresyon ve Anksiyete**

Demanslı hastaya bakım verenlerin üçte birinden daha fazlası 65 yaş üzeridir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde göz ardı edilen bakım verenlerin stresi hem hasta hem de bakım veren için morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (Dünya Alzheimer Raporu 2015). Demans dışı hastalığı olan bireye bakım verenlerle demanslı hastaya bakım verenler karşılaştırıldığında demanslı hastaya bakım verenlerin stresle daha az başa çıkabildiği ve bakım vermeyle ilgili fiziksel, duygusal ve ekonomik sıkıntılarının iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kasper ve ark. 2014). Bakım verenlerin %25-30'u anksiyete belirtileri, %15-20' si depresyon belirtileri ve %73'ü duygusal stress ya da bakım yükü deneyimlemektedir (Cooper ve ark. 2007). Ayrıca demanslı hastaya primer bakım vericilerin inkar, kızgınlık, sosyal içe çekilme, yorgunluk, uykusuzluk, huzursuzluk ve dikkatini yoğunlaştırma güçlüğü yaşadıklarını bildirilmiştir (Awad ve Voruganti 2008).

## **2.12. Demanslı Hastanın ve Bakım Vericinin Eğitiminde Hemşirenin Rolü**

Hemşireliğin temel amacı sağlığın korunması, hastalıkların tedavisinde toplumu ve hastayı bilgilendirmek ve bakımını sağlamaktır (Biol 2005). Hemşire hem sağlıklı hem hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerindedir. Hemşire hasta bireye bakım verirken fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, bakım verenleri de ele almalıdır.

Geri dönüşsüz ve ilerleyici bir süreç izleyen demans hastalığında, hasta bakımında temel hedefler hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların kompanse edilmesi, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecektir terapötik ortamın sağlanmasıdır. Ayrıca bu işlevlerin sürdürülmesi aşamasında hemşirelerin demanslı hastaların bakım vericilerine hastalığın tüm evrelerinde eğitim, bilgi ve destek verme sorumlulukları da bulunmaktadır (Akyar 2011).

Demanslı hastanın bakım vericisinin eğitiminde ele alınması gereken konular Townsend (2016) tarafından aşağıdaki şekilde önerilmiştir.

### **Bakım Verici Eğitimi İçin Gerekli Konular**

#### 1. Hastalığın doğası

Olası nedenler

Semptomlar

Ne beklenmeli

#### 2. Hastalığın yönetimi

Hastanın güvenliğinin sağlanması

Gerçeğe oryantasyonun sağlanması

Günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi

Beslenme bilgisi

Zor davranışlarla baş etme

İlaç yönetimi

Hijyen ve tuvaletle ilgili sorunlar

#### 3. Destek hizmetleri

Maddi destek

Yasal yardım

Bakım vericiler için destek grupları

Geçici bakım ve evde sağlık bakımı

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma öntest-sontest, randomize kontrollü, prospektif deneysel bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Temmuz-Kasım 2016 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne bağlı Demans Polikliniği'nde yürütüldü.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak kurulmuştur. Hastane 2010 yılından itibaren Uncubozköy yerleşkesindeki yeni binasında hizmet vermektedir. Tüm branşların hizmet verdiği Hastanede Nöroloji Kliniği'nin 20 yatağı bulunmaktadır. Her gün poliklinik hizmeti veren Nöroloji Polikliniği'nde haftanın perşembe günlerinde Demans Polikliniği yapılmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji AD Demans Polikliniğine kayıtlı olan ve adı geçen hastanede izlenen demans hastaları ve bakım vericileri oluşturdu (N=396).

Araştırmanın örnekleminde (n=70) ise dahil edilme kriterlerine uyan hasta-bakım verici çiftler olasılıklı örnekleme yöntemiyle seçildi. Demanslı hasta ve bakım vericileri randomizasyon kriterleri göz önüne alınarak, bakım vericilerin eğitim durumuna göre tabakalandırıldı. Tabakalarda bulunan bakım vericilerin grupların hangisine atanacağı basit rastgele yerleştirme yöntemiyle belirlendi. Daha sonra bakım vericiler eşleştirilerek girişim (n=36) veya kontrol grubuna (n=34) atandı. Randomizasyonun homojenliği ki-kare testi ile değerlendirildi.

**Randomizasyon kriterleri;**

- Demans evresi,
- Demans tipi,
- Bakım verici eğitim durumu,
- Bakım vericinin profesyonel olup olmaması olarak belirlendi.

Örneklem büyüklüğü isatistiksel olarak güç analizi ile Martin-Corasso ve arkadaşlarının çalışmasına dayandırılarak hesaplandı (Martin-Corasso ve ark, 2009). Örneklem hesabı PASS programı aracılığıyla Mixed Anova testi ile 2x2 düzende (2 gruplu, 2 ayrı zamanda ölçüm yapılacak) yapıldı. Araştırmanın sonuç değişkenlerinden biri Zarit Bakım Verici Yükü Ölçeği ile Martin-Corasso ve ark. (2009)' nın yaptığı çalışmada dört aylık sürede yapılandırılmış eğitim verilen girişim grubunun bakım verici yükünün azaldığı (V1:62±14,9 V2:56,6±16,4) saptanmıştır. Güç analizi için elde edilen veriler ışığında yapılan hesaplamada %99 güç ve 0,01 yanılma düzeyinde en küçük çalışma grubu büyüklüğü girişim grubu 19 ve kontrol grubu 19 olmak üzere toplam 38 kişi hesaplandı. Araştırmaya, zaman içinde kayıplar olabileceği düşünülerek 35 girişim ve 35 kontrol grubu ile başlanması planlandı ancak randomizasyon sonucu 36 girişim ve 34 grubu ile başlandı.

Araştırmaya dahil olma kriterleri demans hastası ve bakım verici için ayrı ayrı aşağıda verildi.

**Demans hastası için araştırmaya dahil olma kriterleri;**

- Demansın nörodejeneratif olması,
- Manisa ilinde ikamet etmesi,
- Araştırma süresince bölgeden ayrılmayı düşünmemesi,
- Araştırmaya katılmaya istekli olması olarak belirlenmiştir.

**Bakım verici için araştırmaya dahil olma kriterleri;**

- Bakım vericinin 18 yaş ve üzeri olması,
- Manisa ilinde ikamet etmesi,
- Araştırma süresince bölgeden ayrılmayı düşünmemesi,

- Bakım vericinin doğrudan/primer bakım verici olması,
- Araştırmaya katılmaya istekli olması olarak belirlenmiştir.

### 3.4.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

**H<sub>0</sub>:** Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım verici yüküne, hasta ve bakım vericinin nöropsikiyatrik semptomları ve yaşam kalitesine etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım verici yüküne etkisi vardır.

**H<sub>2</sub>:** Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericinin yaşam kalitesine etkisi vardır.

**H<sub>3</sub>:** Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericinin nöro-psikiyatrik semptomlarına (depresyon ve anksiyete) etkisi vardır.

**H<sub>4</sub>:** Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın hasta yaşam kalitesine etkisi vardır.

**H<sub>5</sub>:** Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın hastanın nöro-psikiyatrik semptomlarına etkisi vardır.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişkenleri;** bakım vericinin algıladığı bakım yükü puanı, depresyon ve anksiyete ölçek puanı, hasta ve bakım vericinin yaşam kalitesi ölçek puanı ve hastanın nöropsikiyatrik semptom puanlarıdır.

**Bağımsız değişkenleri;** temel bağımsız değişken Demans Bakım ve Destek Programı'dır.

**Kontrol değişkenleri;** hasta ve bakım verici bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, gelir düzeyi, mesleği, çalışma durumu, en uzun yaşanan yerleşim birimi, sosyal güvence), genel sağlık durumları ve

demansla ilgili özellikler (demans tipi, evresi, hastalık süresi) ek kronik hastalık varlığı, bakım vericinin formal/infomal olma durumu, bakım verici hastanın yakını ise yakınlığı, kurumsal evde bakım hizmeti alma durumu, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakım vericinin kronik hastalığı olma durumudur.

### **3.6. Veri Toplama Aşaması**

Veriler hasta ve bakım vericiler için hazırlanmış formlar aracılığıyla toplandı.

#### **3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar**

##### **3.6.1.1. Hasta ve Bakım Verici Tanıtıcı Bilgiler Formu**

Demanslı hastalar ve bakım vericilerin değerlendirildiği benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanan form; 14 soruluk hastaya ilişkin özellikler ve 16 soruluk bakım vericiye ilişkin özellikler olmak üzere iki bölüm ve toplam 30 soru içermektedir (**Ek 1**).

##### **3.6.1.2. Bakım Verici İçin Veri Toplama Araçları**

Bakım vericilerden Hasta ve Bakım Verici Tanıtıcı Bilgiler Forumu dışında aşağıdaki 4 veri toplama aracı ile veriler elde edildi.

###### **3.6.1.2.1. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği**

Bakım vericilerin yaşadığı stresin ölçülmesi amacıyla kullanılan bir ölçek Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından (1985) geliştirilmiş, İnci ve arkadaşları tarafından (2006) Türkçe'ye kazandırılmıştır. Ölçek asla (0), nadiren (1), bazen (2), sık sık (3), ya da hemen her zaman (4) şeklinde sıfırdan dörde kadar değişen Likert tipi 22 ifade içermektedir. Ölçekten 0-88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanı arttıkça yaşanan sıkıntı da artmaktadır (Zarit ve Zarit 1990). Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (İnci ve ark. 2008) (**Ek 2**). Bu araştırma da ise Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulundu.

### **3.6.1.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36)**

Yaşam Kalite Ölçeği SF-36, yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan, 8 alt ve iki özet boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, ağrı, mental sağlık, enerji/vitalite ve sağlığın genel algılanması ölçeğin alt boyutlarıdır. Ayrıca Ölçekte mental sağlık ve fiziksel sağlık olmak üzere iki özet alan tanımlanmıştır. Ölçeğin her bir boyutu için toplam puanın 0 olması en kötü, 100 olması en iyi yaşam kalitesi düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından romatizma hastaları üzerinde yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı Ölçeğin alt boyutları için 0,73-0,76 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve ark. 1999) (Ek 3). Bu araştırma da ise Ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0,73-0,88 olarak bulundu.

### **3.6.1.2.3. Beck Depresyon Ölçeği**

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Beck ve arkadaşları tarafından (1961) geliştirilmiştir. BDÖ en sık kullanılan öz bildirim araçlarından biridir. Hem depresyon belirtilerinin hem de bilişsel içeriğin değerlendirilmesini sağlar. İki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılarak toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0,80, kesme puanının 17 olduğu bildirilmiştir. Ölçekten toplam 0-63 puan arasında alınabilmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ölçekte alınan 10 ve 10'dan düşük puan hafif depresyonu, 10-18 arasındaki puan orta derece depresyonu, 19-29 arasındaki puan orta-şiddetli depresyonu, 29'dan yukarı puan ise şiddetli depresyonu göstermektedir (Ek 4). Bu çalışmada da Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulundu.

### **3.6.1.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği**

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin anksiyete belirtisi sıklığını belirlemek için geliştirilen 21 maddeli bir Likert tipi bir Ölçektir. Ölçeğin toplam puanı arttıkça anksiyete şiddeti de artmakta ölçekten en az 0, en fazla 63 alınabilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Ulusoy ve arkadaşları (1998) yapmış; ölçeğin

Cronbach alfa katsayısını 0,93 (**Ek 5**). Bu araştırma da ise Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak bulundu.

### **3.6.1.3. Hasta İçin Veri Toplama Araçları**

Hastalarda Hasta ve Bakım Verici Tanıtıcı Bilgiler Forumu dışında aşağıdaki 6 veri toplama aracı ile veriler elde edildi.

#### **3.6.1.3.1. Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Ölçek Longsdon ve arkadaşları tarafından (1999) geliştirilmiştir. Ölçek 13 maddeden oluşmakta, hastanın yaşam kalitesi hakkında bilgi vermektedir. Ölçek hastanın sağlık durumunu, enerji düzeyini, duygusal durumunu, yaşanılan yerin koşullarını, hafızayı, aile ilişkilerini, evlilik ilişkilerini, arkadaşlık ilişkilerini, hastanın bir bütün olarak kendisini, evdeki sorumlulukları yapabilme durumunu, eğlence amaçlı bir şeyler yapabilme durumunu, maddi durumunu ve bir bütün olarak hayatını sorgulamaktadır. AH-YKÖ hasta ve bakım vericiler için ayrı ayrı doldurulmaktadır. Ölçeğin soruları kognitif yetersizliği olan Alzheimer hastalarının kolay anlayabilmesi için basit, sade ve açık ifade edilmiştir (Longsdon ve ark. 1999).

AH-YKÖ 1 (kötü), 2 (orta), 3 (iyi) ve 4 (mükemmel) şeklinde 13 ifadeyi içeren Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin hesaplanmasında hasta ve bakım vericilerin yanıtları ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı için hastanın puanı iki ile çarpılır, bakım vericilerin puanı ile toplanır çıkan sonuç üçe bölünür. Ölçeğin puan aralığı 13-52'dir ve puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir. Ölçeği Türkçe'ye Akpınar ve Küçükgüçlü kazandırmış, Cronbach alfa katsayısını 0,84 olarak bulmuşlardır (Akpınar ve Küçükgüçlü 2012) (**Ek 6**). Bu çalışmada da Ölçeğin hastalar için kullanılan formu Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak bulundu.

#### **3.6.1.3.2. Standardize Mini Mental Test ve Saat Çizme**

İlk kez Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen Standardize Mini Mental Test (SMMT) oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan ile ilgili 11 maddeden oluşur. Testin toplam puanı 30'dur. Bu testi Türkçe'ye Güngen ve ark. (2002) kazandırmışlardır. Hafif demans tanılı hastalarda yapılan çalışmada eşik değerler için 23/24 değerinin hafif demansın tanısında oldukça yüksek duyarlılık



gösterdiği saptanmıştır (Güngen ve ark 2002). En az ilkokul mezunu olan eğitilmiş formu için eşik değeri 23/24, daha az eğitilmiş ya da eğitimsiz olanlar için eşik değeri 16/17, 18/19 kabul edilir. Değerlendirme sonucunda ölçeğin yüksek oranda duyarlılık (0,91) ve özgüllük (0,95) gösterdiği bulunmuştur.

Saat Çizme Testi ile (SÇT) birçok nöropsikolojik bileşen değerlendirilebilir. Ayrıca kolay ve kısa sürede uygulandığı, basit puanlandığı, demans tanısı için duyarlı olmasından dolayı demans taramasında yaygın olarak kullanılan pratik bir araçtır. Görsel uzaysal işlevler ile yürütücü işlevleri değerlendirmeye yarar. Saat Çizme Testi'nin Türkçe uyarlaması yapılmış farklı formları bulunmaktadır. Bu çalışmada 10 puanlık formu kullanılmıştır (**Ek 7A, 7B, 7C**). Çalışmada MMDT ve SÇT demansın evresini belirlemek için kullanılmıştır.

#### **3.6.1.3.3. Blessed Demans Skalası**

Kısaca Blessed testi diye anılan bu test (Blessed 1968) uygulaması ve puanlaması kolay bir bilişsel tarama testidir. Bellek ve Günlük işlevlerde yetenek kaybını ve alışkanlıkları sorgulayan iki bölümden ve 11 sorudan oluşan kısa bir davranışsal kontrol listesidir. Puanın yüksek olması aşırı yetersizlik, az olması ise kapasitenin korunmuş olduğunun göstergesidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Akça Kalem ve arkadaşları (2002) yapmıştır (**Ek 8A, 8B**). Blessed Demans Skalasından demansın evresini belirlemede yararlanılmıştır.

#### **3.6.1.3.4. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA)**

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, telefon kullanımı, ulaşım araçlarını kullanabilme, yemek hazırlığı, alışveriş yapma, günlük ev işlerinin yapılması, para hesabı yapabilme ve ilaçlarını kullanabilmeyi kapsamaktadır. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri skalasının puanlaması Cho ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (Cho ve ark 1998) etkinliği tamamen yapabilme 1 puan, kısmen yapabilme 2 puan, etkinliği yardımsız yapamama 3 puan olarak hesaplanmıştır. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, toplam puanı 7-21 arasında değişmektedir (**Ek 9**). Çalışmada Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası demansın evrelemesi amacı ile kullanılmıştır.

### 3.6.1.3.5. Nöro-Psikiyatrik Envanter (NPI)

Demansa görülen psikolojik ve davranışsal belirtilerin sıklığını ve şiddetini değerlendirmeye yarayan bir ölçek olup, hasta yakını ile yapılan görüşmeye dayanır. Halüsinasyon, delüzyon, ajitasyon/saldırganlık, depresyon/disfori, anksiyete, apati/kayıtsızlık, disinhibisyon, irritabilite/labilite, anormal motor davranış, iştah ve yeme değişiklikleri, elasyon (coşku)-öfori (aşırı neşelilik) ve uyku/gece davranışları olmak üzere 12 davranışsal alandan oluşmaktadır. Envanter bu özelliklerin sıklığı, şiddeti ve bakım vericide oluşturduğu sıkıntı olmak üzere toplam üç bölümdür. Bu çalışmada bakım verici yükü ölçeği kullanıldığı için NPI’da yer alan bakım vericilerin yaşadığı sıkıntı bölümü kullanılmamıştır. 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 puanı hesaplanır. Kesme noktası olmayan ölçekten en az 0; en fazla 144 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça davranışsal bozuklukta artmaktadır. Ayrıca 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) hesaplanır (Ölçek Türkçe’ye Akça-Kalem ve arkadaşları tarafından kazandırılmıştır (Akça-Kalem ve ark 2005) (Ek 10). Akça-Kalem ve arkadaşları envanterin Cronbach alpha değerini 0,79 bulmuştur. Sıklık ve şiddet içinde belirtilen özel maddeler için ise Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0,76 ve 0,79 arasında değişmektedir. Bu araştırma da ise Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91; sıklık ve şiddet içinde belirtilen özel maddeler için ise Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0,73 ve 0,77 olarak bulundu.

### 3.6.1.3.6. Klinik Demans Evreleme Ölçeği (CDR)

Hughes ve ark. tarafından (1982) Alzheimer hastalarında işlevsel yıkımı değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bellek, yönelim, yargılama ve problem çözümü, toplumsal etkinlikler, ev ve hobiler ve kişisel bakım alanlarını sorgulamaktadır. Hastalar; 0 (hiç yıkım yok), 0,5 (hafif kognitif yetmezlik), 1 (hafif demans), 2 (orta düzeyde demans), 3 (ciddi demans) şeklinde değerlendirilir. Bellek ekseninin dışındaki eksenlerden en az üçü bellek ekseninden farklı değilse, evre bellek eksenine aynıdır. Farklı ise, evre bellek ekseninin üstünde ya da altında kalan bu 3 eksenin derecesidir. Bu kuralın tek istisnası bellek eksenini dışı kalan 5 eksenin üçünün belleğin bir tarafında geri kalan ikisinin diğer tarafında olmasıdır ki bu durumda da

evre bellek eksenine bağlı olarak 0,5 ya da 1 olmalıdır. Bellek 0, fakat en az iki eksen 1 ya da daha fazla ise, evre 0,5 olmalıdır. Kategoriler arasında farklı evreler çıkarsa bellek evresine göre CDR evresi belirlenir (**Ek 11**). Klinik Demans Evreleme Ölçeği'nden demansın evresini belirlemede yararlanılmıştır.

### 3.6.2 Veri Toplama Yöntemi

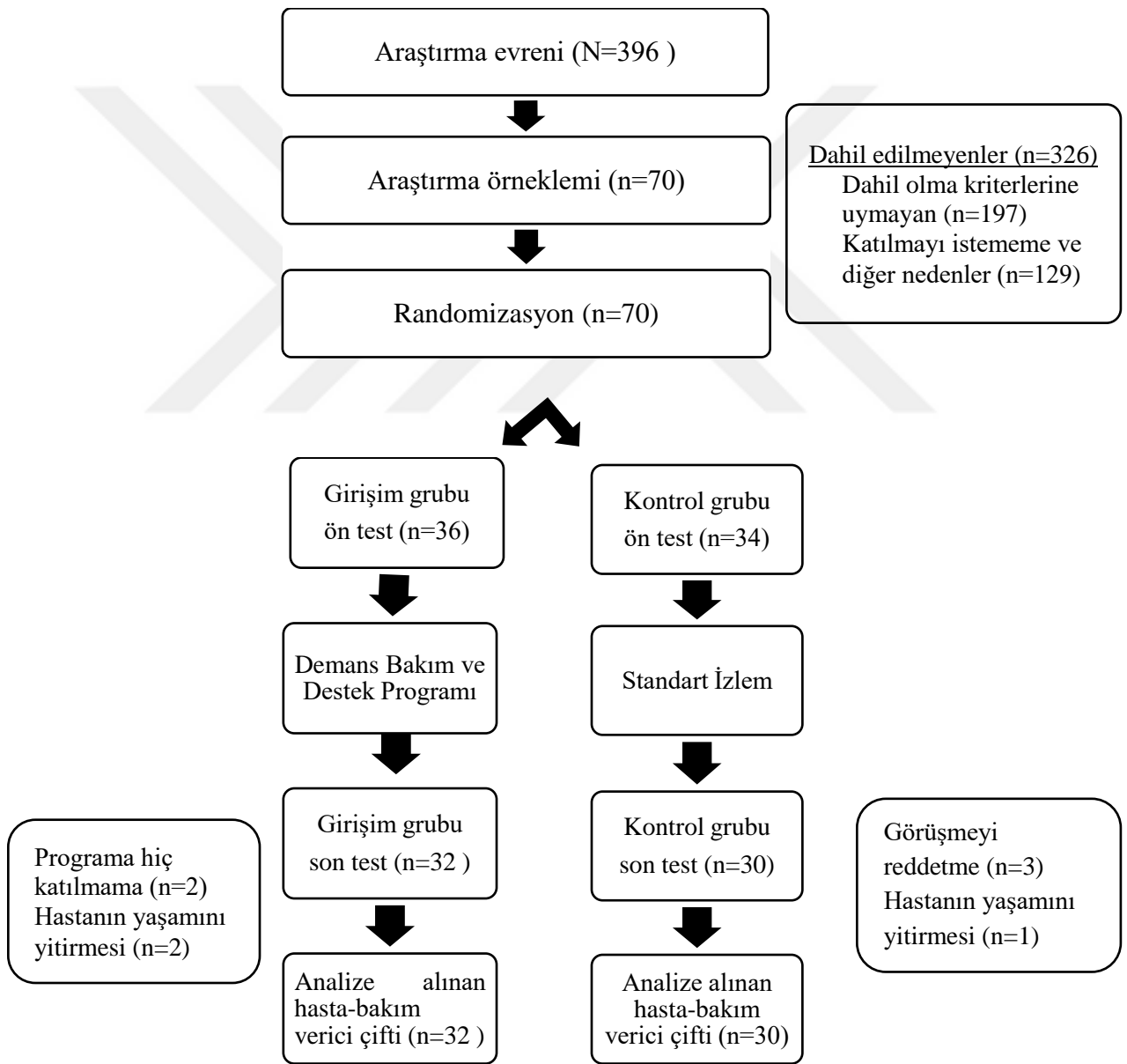
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Nöroloji Polikliniği'nin özel dal polikliniği olan Demans Polikliniği'ne kayıtlı ve burada izlenen, örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan bireyler randomizasyon sağlandıktan sonra gruplara atandı. Demanslı hastaların tanısı ve hastalık evresi demans polikliniği sorumlu öğretim üyesi olan Prof. Dr. Hatice MAVİOĞLU tarafından belirlendi.

**Girişim grubu;** bakım ve destek programı uygulanan gruptur. Girişim grubunda hasta ve bakım vericilerin bakım ve destek programı öncesi (n=36) ve sonrası (n=32) ayrı ayrı veri toplandı. Girişim grubu bakım vericilere bakım ve destek programı kapsamında grup eğitimi sayesinde grup desteği, ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri sayesinde ise bireysel destek sunulması amaçlandı. Girişim grubuna ilk veri toplamanın ardından yapılandırılmış standart bir eğitim paketi ile eğitim verildi (**Ek 12**). Girişim grubu bakım vericiler 18 kişilik iki gruba ayrıldı ve programın verilmesi için hastaneye davet edildi. Araştırmanın başlangıcında bakım vericilerin dört defa hastaneye gelmesi ve bakım vericilerin birlikte olmaları planlanmıştı. Ancak bakım vericilerin primer bakım verici olmaları nedeniyle hastalarını bırakacak kimse bulamamaları ya da hastalarının sorunları nedeniyle programın yürütülmesinde değişiklik yapılmak zorunda kalındı. Yeni plan doğrultusunda bakım vericilerin hastaneye iki defa gelmeleri ve diğer görüşmelerin ev ziyareti ve telefonla yapılması planlandı. Programın revize edilmesinin ardından yapılan ilk eğitim toplantısına girişim grubu bakım vericilerin 21'i, ikinci eğitim toplantısına ise 15 kişi katıldı. Her iki eğitim toplantısına katılarak hastanede yapılan grup eğitimlerini tamamlayan 15 kişi idi. Hastanede verilen grup eğitimlerini; tamamlayamayan (sadece 1 eğitim oturumuna katılan 6 kişi ve her iki eğitim toplantısına da katılmayan 13 kişi) bakım vericiler evlerinde ziyaret edilerek, program yürütüldü. Toplamda her bakım verici-hasta çifti ile dört defa yüz yüze görüşüldü. Verilen eğitimlerde; video, sözlü anlatım,

soru-cevap, power point sunum teknikleri kullanıldı. Bakım vericilere araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim programı konusunda bilgi verilerek, çalışmanın amacı, yöntemi açıklandı ve çalışma planı yazılı olarak verildi. Eğitim oturumlarında Türkiye Alzheimer Derneği' nin video ve eğitim kitapçıkları da kullanıldı. Eğitimler sırasında bakım vericilerin kavrama düzeyleri dikkate alındı. Demans polikliniğinde görevli psikolog da bazı eğitim oturumlarında destekleyici rol aldı. Ayrıca bakım vericilere bireysel sorunlarına yönelik destek te sağlandı. Program süresince bakım vericilerle ayda bir rutin olmak üzere en az 4 defa telefonla görüşüldü. Ayrıca WhatsApp grubu kurularak bakım vericilerin kendi ilerinde ve araştırmacı ile iletişim ve etkileşim içinde olması sağlandı. Araştırma sürecinde 2 hasta vefat ettiği ve 2 bakım vericiye program uygulanamadı. İkinci veri, birinci veriden yaklaşık 16 hafta sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. ığı için araştırma sonucunda 32 hasta bakım verici çifti analize alındı. Girişim grubuna uygulanan Bakım ve Destek Programı uygulama izelgesi aşağıda gösterilmektedir.

- ✚ **n Test Aşaması:** n test uygulanması (n=36)
- ✚ **İlk Aşama Hastanede:** Girişim grubunun ikiye ayrılması [(n<sub>1</sub>=18), (n<sub>2</sub>=18)], Girişim gruplarına standart programın ilk dört eğitim oturumunun uygulanması [(n<sub>1</sub>=12), (n<sub>2</sub>=9)]
- ✚ **İkinci Aşama Hastanede:** İlk aşamaya katılan girişim gruplarına standart programın son dört eğitim oturumunun uygulanması [(n<sub>1</sub>=9), (n<sub>2</sub>=6)], telefon görüşmesi (n= 36)
- ✚ **nc Aşama:** Ev ziyareti; İlk aşamaya katılamayan [(n<sub>1</sub>=5), (n<sub>2</sub>=8)] ve eğitimi tamamlayamayan [(n<sub>1</sub>=3), (n<sub>2</sub>=3)] girişim gruplarına standart programın ilk dört eğitim oturumunun uygulanması, yaklaşık bir hafta sonra telefon görüşmesi (n= 34)
- ✚ **Dördüncü Aşama:** Ev ziyareti; İlk aşamaya katılamayan [(n<sub>1</sub>=5), (n<sub>2</sub>=7)] ve eğitimi tamamlayamayan [(n<sub>1</sub>=3), (n<sub>2</sub>=3)] girişim gruplarına standart programın son dört eğitim oturumunun uygulanması, yaklaşık bir hafta sonra telefon görüşmesi (n= 34)
- ✚ **Beşinci Aşama:** Ev ziyareti; Gerekli konularda ve durumlarda eğitim tekrarı [(n<sub>1</sub>=17), (n<sub>2</sub>=15)], yaklaşık bir hafta sonra telefon görüşmesi (n= 32)
- ✚ **Altıncı Aşama:** Ev ziyareti; Gerekli konularda ve durumlarda eğitim tekrarı/ programın değerlendirilmesi [(n<sub>1</sub>=17), (n<sub>2</sub>=15)], yaklaşık bir hafta sonra telefon görüşmesi (n= 32)
- ✚ **Son Test Aşaması;** Son test uygulanması (n=32)

**Kontrol grubu** ile veri toplama sürecinde iki kez görüşüldü. Kontrol grubundaki hasta (34) ve bakım vericilerden (34) bakım ve destek programı öncesinde (girişim grubuna uygulanan) ayrı ayrı veri toplandı. Bu gruba hiçbir müdahale yapılmadı, sadece hastanede rutin bakımları devam etti. On altı hafta sonunda kontrol grubundaki hasta (30) ve bakım vericilerin (30) verileri bir kez daha toplandı. Veri toplama sürecinin sonunda girişim grubuna verilen eğitim kontrol grubuna da verildi. Araştırma tasarımı Şekil 5’te yer almaktadır.



**Şekil 5. Araştırma Akış Şeması**

Veri toplama araçlarını eğitim düzeyi yüksek olan bakım vericiler kendileri doldururken, eğitim düzeyi düşük olan bakım vericiler için formlar araştırmacı tarafından okunarak dolduruldu. Eğitim oturumları için bakım vericilere randevu verildi ve görüşme öncesi telefonla aranarak tekrar hatırlatma sağlandı. Verilerin toplanması için gerekli formlar ve doldurulması ile ilgili bütçe her bir bakım verici-hasta çifti için probel sisteminden yararlanılarak hesaplandı ve araştırma bütçesi için Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nden destek alındı.

### **3.6.3. Verilerin Analizi**

Verilerin analizleri SPSS 15.00 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında kodlanarak girişim ve kontrol gruplarının tanıtıcı bilgilerin sayı-yüzde dağılımları yapıldı. Ayrıca ikili karşılaştırmalar için ki-kare kullanıldı. Randomizasyonun homojenliğini değerlendirmek için ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0,05 alındı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Shapiro-Wilk değerine bakılarak saptandı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin analizinde parametrik, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin analizinde ise nonparametrik testler kullanıldı. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Nöropsikiyatrik Envanter puan ortalamasının normal dağılmadığı, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının ise normal dağıldığı saptandı. Literatür ile bu çalışma sonuçlarının kolay karşılaştırılabilmesi için Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Nöropsikiyatrik Envanter puanları verilirken ortanca ve ÇAA puanların yanı sıra puan ortalamaları da verildi.

### **3.6.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kapsamına Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne bağlı Demans Polikliniği'nde takibi yapılan hastalar alındı. Bu nedenle araştırmanın sonuçları sadece bu örneklem grubundaki hastalara genellenebilir.

Demans hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik bir ölçek bulunmadığı için hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Alzheimer

Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak veriler toplandı. Araştırmanın bazı verilerinin bireylerin kendi beyanlarına dayalı olması araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Bazı bakım vericilerin evde hastayı yalnız bırakamamaları nedeniyle eğitimlere katılamamaları söz konusu oldu. Bu durumda araştırmacı bakım vericilere ev ziyaretleri yaparak, bireysel görüşmeler yaptı. Gelişen bu durum bakım vericilerin kendi aralarındaki etkileşimi engelleyen ve sınırlılık yaratan bir durum olarak görülse de, hastanın ve bakım vericinin kendi ortamında görülüp, değerlendirilmesine olanak sağladı.

### **3.6.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurulu'ndan onay ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nden de yazılı izin alındı (**Ek 13A ve 13B**). Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği için de yazarlardan izin alındı (**Ek 14**). Araştırmaya katılan hasta ve bakım vericilere de araştırma hakkında bilgi verildikten sonra Gönüllü Olur Formu aracılığıyla yazılı izinleri alındı.

### 3.6.6. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma takvimi Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi**

	Haziran 2015-Ocak 2016	Eylül 2015-Kasım 2015	Kasım2015-Şubat 2016	Şubat-Haziran 2016	Temmuz 2016	Temmuz-Kasım 2016	Kasım-Aralık 2016	Kasım 2016	Eylül-Aralık 2016
Konunun Belirlenmesi ve Literatür İncelemesi	👍								
Veri Toplama Formu ve Tez Önerisinin Hazırlanması		👍	👍						
Etik Kurul Onayı ve Gerekli İzinlerin Alınması			👍	👍					
BAP Başvuru ve Onayı				👍					
Araştırmanın Birincil Verilerinin Toplanması					👍				
Demans Bakım ve Destek Programının Uygulanması						👍			
Araştırmanın İkincil Verilerinin Toplanması							👍		
Verilerin Analizi								👍	
Tez Raporu Yazımı									👍



## 4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç bölümde ele alındı. Bunlar;

1. Girişim ve kontrol grubuna ilişkin tanıtıcı özellikler
2. Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericiler üzerindeki etkisi
3. Demans Bakım ve Destek Programı'nın hastalar üzerindeki etkisi'dir.

### 4.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Ait Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde girişim ve kontrol grubunda yer alan hasta ve bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri değerlendirildi.

**Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri**

Tanıtıcı Özellikler	Girişim		Kontrol		Toplam		Test İstatistiği* X <sup>2</sup> , p	
	n	%	n	%	n	%		
Yaş (Min:46, Maks:96) (77,08±10,75)	77 yaş ve altı	12	33,3	15	44,1	27	38,6	X <sup>2</sup> =0,858 p=0,462 <sup>a</sup>
	77 yaş üzeri	24	66,7	19	55,9	43	61,4	
Cinsiyet	Kadın	29	80,6	24	70,6	53	75,7	X <sup>2</sup> =0,945 p=0,408 <sup>a</sup>
	Erkek	7	19,4	10	29,4	17	24,3	
Öğrenim Durumu	Okuryazar Değil	8	22,2	4	11,8	12	17,1	X <sup>2</sup> =8,378 p=0,137
	Okuryazar	5	13,9	9	26,5	14	20,0	
	İlkokul	18	50,0	10	29,4	28	40,0	
	Ortaokul	1	2,8	3	8,8	4	5,7	
	Lise	3	8,3	3	8,8	6	8,6	
Medeni Durum	Üniversite	1	2,8	5	14,7	6	8,6	X <sup>2</sup> =9,715 p=0,002
	Evli	12	33,3	24	70,6	36	51,4	
Çocuk	Bekar	24	66,7	10	29,4	34	48,6	X <sup>2</sup> =1,186 p=0,350 <sup>a</sup>
	Var	35	97,2	31	91,2	66	94,3	
Gelir Algısı	Yok	1	2,8	3	8,8	4	5,7	X <sup>2</sup> =1,252 p=0,535
	Gelir Giderden Az	4	11,1	7	20,6	11	15,7	
	Gelir Gidere Denk	28	77,8	23	67,6	51	72,9	
Meslek	Gelir Giderden Fazla	4	11,4	4	11,8	8	11,4	X <sup>2</sup> =1,966 p=0,374
	Ev Hanımı	20	55,6	22	64,7	42	60	
	Emekli	16	44,4	11	32,4	27	38,6	
Demans Tipi <sup>b</sup>	Serbest	0	0	1	2,9	1	1,4	X <sup>2</sup> =2,570 p=0,632
	Alzheimer	27	75,0	30	88,2	57	81,4	
	Frontotemporal	2	5,6	1	2,9	3	4,3	
	Lewy Cisimcikli	2	5,6	1	2,9	3	4,3	
	Mix Tip	1	2,8	1	2,9	2	2,9	
Parkinson Hastalığı	4	11,1	1	2,9	5	7,1		

	Çok Hafif (0,5)	2	5,6	2	6,1	4	5,8	
<b>Demans</b>	Hafif (1)	12	33,3	12	36,4	24	34,8	X <sup>2</sup> =1,262
<b>Evresi<sup>b</sup></b>	Orta (2)	13	36,1	9	24,2	22	30,4	p=0,832
	İleri (3)	9	25,0	11	33,3	20	29,0	
<b>Tanı Almış</b>	Var	25	69,4	24	73,5	49	71,4	X <sup>2</sup> =0,143
<b>Kronik Hastalık</b>	Yok	11	30,6	10	26,5	21	28,6	p=0,794 <sup>a</sup>
<b>TOPLAM</b>		<b>36</b>	<b>51,4</b>	<b>34</b>	<b>48,6</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	

\*Ki-kare testi

<sup>a</sup> Fisher kesin Ki-kare testi

<sup>b</sup> Randomizasyon kriterlerine göre girişim ve kontrol gruplarının homojenliğinin değerlendirilmesinde kullanıldı.

Araştırmaya dahil edilen hastalarının yaş ortalaması 77,08±10,75 (Min:46, Maks:96)'dır. Hastaların %61,4'ünün 77 yaş üzeri yaş grubunda yer aldığı, %75,7'sinin kadın, %40,0'inin ilkokul mezunu, %51,4'ünün evli %94,3'ünün çocuğunun olduğu, %72,9'unun gelirinin giderine denk olduğu, %60,0'inin ev hanımı olduğu saptandı. Hastaların %81,4'ü Alzheimer hastası iken, %71,4'ünde demansa ek tanı almış en az bir kronik hastalık vardı. Tüm hastaların sosyal güvencesi bulunmakta idi. Girişim ve kontrol grubu hastalar tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında medeni durum (p<0,05) dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Girişim grubu hastaların %66,7'sinin 77 yaş üzeri yaş grubunda, %80,6'sının kadın, %50'sinin ilkokul mezunu, %66,7'sinin bekar, %97,2'sinin çocuğu olduğu, %77,8'inin gelirinin giderine denk olduğu, %55,6'sının ev hanımı olduğu, %75'inin Alzheimer hastası olduğu, %36,1'inin orta evrede olduğu ve %69,4'ünün demansa ek olarak en az bir tane kronik hastalığı olduğu saptandı.

Kontrol grubu hastaların ise, %55,9'unun 77 yaş üzeri yaş grubunda, %70,6'sının kadın, %29,4'ünün ilkokul mezunu, %70,6'sının evli, %91,2'sinin çocuğu olduğu, %67,6'sının gelirinin giderine denk olduğu, %64,7'sinin ev hanımı olduğu, %88,2'sinin Alzheimer hastası olduğu, %36,4'ünün hafif evrede olduğu ve %73,5'inin demansa ek olarak en az bir tane kronik hastalığı olduğu görüldü (Tablo 3).

**Tablo 4. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri**

Özellikler		Girişim		Kontrol		Toplam		Test istatistiği* X <sup>2</sup> , p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş (Min:22, Maks:81) (53,37±14,19)</b>	53 yaş ve altı	23	63,9	15	44,1	38	54,3	X <sup>2</sup> =2,754 p=0,149*
	53 yaş üzeri	13	36,1	19	55,9	32	45,7	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	30	83,3	26	76,5	56	80,0	X <sup>2</sup> = 0,515 p=0,557 <sup>a</sup>
	Erkek	6	16,7	8	23,5	14	20,0	
<b>Öğrenim Durumu<sup>b</sup></b>	Okuryazar değil	0	0,0	1	2,9	1	1,4	X <sup>2</sup> =1,473 p=0,916
	Okuryazar	2	5,6	2	5,9	4	5,7	
	İlkokul	15	41,7	12	35,3	27	38,6	
	Ortaokul	4	11,1	3	8,8	7	10,0	
	Lise	9	25,0	10	29,4	19	27,1	
Üniversite	6	16,7	6	17,6	12	17,1		
<b>Medeni Durum</b>	Evli	25	69,4	24	70,6	49	70,0	X <sup>2</sup> = 0,011 p=1,000
	Bekar	11	30,6	10	29,4	21	30,0	
<b>Çocuk</b>	Var	32	88,9	28	82,4	60	85,7	X <sup>2</sup> =0,610 p=0,508 <sup>a</sup>
	Yok	4	11,1	6	17,6	10	14,3	
<b>Gelir Algısı</b>	Gelir giderden az	7	19,4	10	29,4	17	24,3	X <sup>2</sup> =1,005 p=0,605
	Gelir gidere denk	26	72,2	21	61,8	47	67,1	
	Gelir giderden fazla	3	8,3	3	8,8	6	8,6	
<b>Yakınlık<sup>b</sup></b>	Yakını	30	83,3	31	93,9	61	88,4	X <sup>2</sup> =1,890 p=0,263 <sup>a</sup>
	Bakıcısı	6	16,7	3	6,1	9	11,6	
<b>Yakınlık Derecesi**</b>	Eşi	4	12,9	12	38,7	16	25,8	X <sup>2</sup> =10,704 p=0,058
	Çocuğu	19	64,5	11	35,5	30	50,0	
	Çocuğun eşi	6	19,4	5	16,1	11	17,7	
	Kardeşi	1	3,2	0	0,0	1	1,6	
	Anne-babası	0	0,0	1	3,2	1	1,6	
Diğer	0	0,0	2	6,5	2	3,2		
<b>Evde Bakım Hizmeti</b>	Evet	11	30,6	6	17,6	17	24,3	X <sup>2</sup> =1,585 p=0,269 <sup>a</sup>
	Hayır	25	69,4	28	82,4	53	75,7	
<b>Aynı Evde Yaşama</b>	Evet	25	69,4	25	73,5	50	71,4	X <sup>2</sup> =0,143 p=0,794 <sup>a</sup>
	Hayır	11	30,6	9	26,5	20	28,6	
<b>Tanı Almış Hastalık</b>	Var	19	52,8	21	61,8	40	57,1	X <sup>2</sup> =0,577 p=0,478 <sup>a</sup>
	Yok	17	47,2	13	38,2	30	42,9	
<b>TOPLAM</b>		<b>36</b>	<b>51,4</b>	<b>34</b>	<b>48,6</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	

\* Ki-kare testi

\*\* Sadece yakınına bakım verenler alındı.

\*\*\* Çalışmaya alınan bakım verenlerin hepsinin sosyal güvencesi olduğu için tabloya alınmadı.

<sup>a</sup> Fisher kesin Ki-kare testi

<sup>b</sup> Randomizasyon kriterlerine göre girişim ve kontrol gruplarının homojenliğinin değerlendirilmesinde kullanıldı.

Araştırmaya dahil edilen bakım verenlerin yaş ortalaması  $53,37 \pm 14,19$  (Min:22, Maks:81)'dir. Bakım vericilerin %54,3'ünün 53 yaş ve altında, %80,0'inin kadın, %38,6'sının ilkokul mezunu, %70,0'inin evli, %85,7'sinin çocuğunun olduğu, %67,1'inin gelirinin giderine denk olduğu saptandı. Bakım verenlerin %88,4'ünün hastanın yakını, yakınına bakım verenlerin de %50'sinin hastanın çocuğu olduğu bulundu. Bakım vericilerin %75,7'sinin kurumsal evde bakım hizmeti almadığı, %71,4'ünün hastalarıyla aynı evde yaşadığı ve %57,1'inin en az bir tanı almış kronik hastalığı olduğu saptandı. Girişim ve kontrol grubu bakım vericiler tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Girişim grubundaki bakım vericilerin, %63,9'unun 53 yaş ve altı yaş grubunda, %83,3'ünün kadın, %41,7'sinin ilkokul mezunu, %69,4'ünün evli, %88,9'unun çocuk sahibi olduğu, %72,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %83,3'ünün hastanın yakını, yakınına bakım verenlerin %64,5'inin hastanın çocuğu olduğu saptandı. Girişim grubundaki bakım vericilerin %69,4'ünün evde bakım hizmeti almadığı, %69,4'ünün hastasıyla aynı evde yaşadığı ve %52,8'inin en az bir tanı almış kronik hastalığı bulunduğu saptandı.

Kontrol grubundaki bakım vericilerin ise, %55,9'unun 53 yaş üzeri yaş grubunda, %76,5'inin kadın, %35,3'ünün ilkokul mezunu, %70,6'sının evli, %82,4'ünün çocuk sahibi olduğu, %61,8'inin gelirinin giderine denk olduğu, %93,9'unun hastanın yakını, yakınına bakım verenlerin %38,7'sinin hastanın çocuğu olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bakım vericilerin %82,4'ünün evde bakım hizmeti almadığı, %73,5'inin hastasıyla aynı evde yaşadığı ve %61,8'inin en az bir tanı almış kronik hastalığı bulunduğu saptandı (Tablo 4).

## 4.2. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Bakım Vericiler Üzerine Etkisi

Bu bölümde Demans ve Destek Programı'nın girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerde etkisini değerlendiren bulgular ele alındı.

### 4.2.1. Bakım Vericilerin Bakım Yükü

**Tablo 5. Bakım Vericilerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

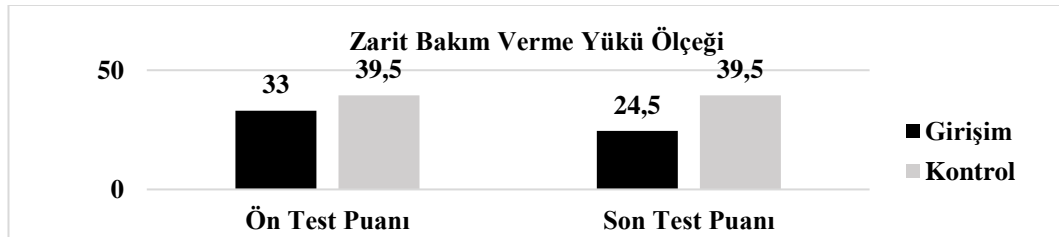
Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği							
	Ön Test (n=70)			Son Test (n=62)			Puan Değişimi Test İstatistiği**
	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	Ortanca (ÇAA)	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	Ortanca (ÇAA)	
<b>Girişim grubu</b>	36 (51,4)	31,83±16,68 (5-74)	33,00 (24,50)	32 (51,6)	27,06±16,48 (5-63)	24,50 (26,75)	z=-2,564 <b>p=0,010</b>
<b>Kontrol grubu</b>	34 (48,6)	38,67±19,31 (4-71)	39,50 (36,25)	30 (48,4)	38,53±19,50 (4-71)	39,50 (26,25)	z=-0,096 p=0,923
<b>Test İstatistiği*</b>		z=-1,487 p=0,137			z=-2,262 <b>p=0,024</b>		

\* Mann Whitney U testi

\*\* Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

Girişim grubu bakım vericilerin grup içi Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları karşılaştırıldığında son test puanlarının ön test puanlarından daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki bakım vericilerin grup içi puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin gruplar arası Bakım Verme Yükü Ölçeği ön test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken ( $p>0,05$ ), son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ( $p<0,05$ ) (Tablo 5, Grafik 1).



**Grafik 1. Bakım Vericilerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

#### 4.2.2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi

Bakım vericilerin yaşam kalitesi ile ilgili bulgularına Tablo 7 ve 8’de yer verildi.

**Tablo 6. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Fiziksel Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

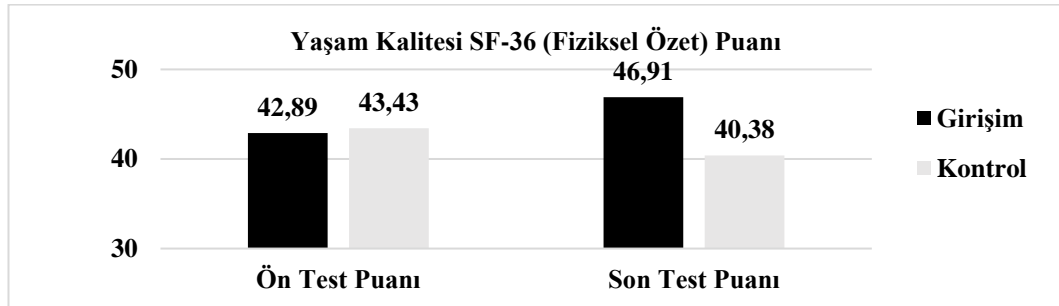
Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Fiziksel Özet) Puanı					
	Ön Test (n=70)		Son Test (n=62)		Puan Değişimi Test İstatistiği**
	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	
<b>Girişim grubu</b>	36 (51,4)	42,89±10,30 (22,43-62,49)	32 (51,6)	46,91±8,32 (27,47-62,49)	t=-3,190 <b>p=0,003</b>
<b>Kontrol grubu</b>	34 (48,6)	43,43±8,86 (25,38-61,17)	30 (48,4)	40,38±10,88 (22,34-60,31)	t=1,545 p=0,133
<b>Test İstatistiği*</b>		t=-0,234 p=0,816		t=0,130 <b>p=0,010</b>	

\* Bağımsız Gruplarda T Testi

\*\* Bağımlı Gruplarda T Testi

Girişim grubundaki bakım vericilerin grup içi Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (fiziksel özet) puanları incelendiğinde, son test puanlarının ön test puanlarından daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Kontrol grubunun grup içi puanları arasında ise anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ).

Yapılan analizlerde girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Yaşam Kalitesi SF-36 (fiziksel özet) ön test puanları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), son test puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 6, Grafik 2).



**Grafik 2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Fiziksel Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

**Tablo 7. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Mental Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

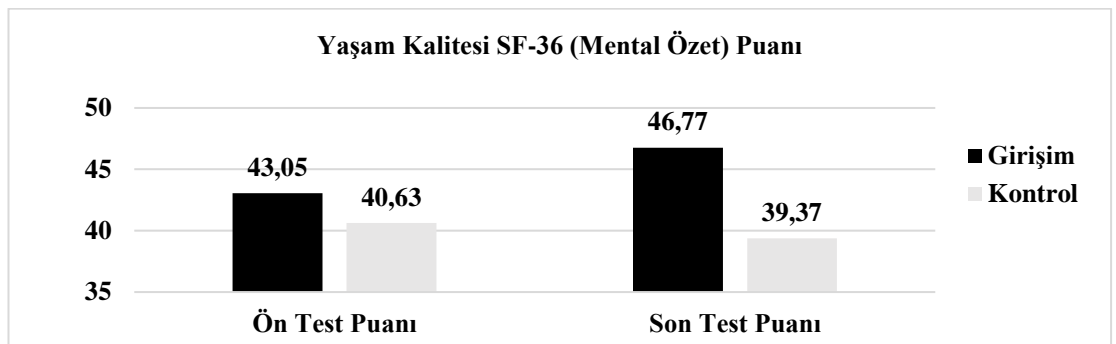
	Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Mental Özet) Puanı				Puan Değişimi Test İstatistiği**
	Ön Test (n=70)		Son Test (n=62)		
	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	
<b>Girişim grubu</b>	36 (51,4)	43,05±9,54 (17,04-56,72)	32 (51,6)	46,77±7,36 (21,41-60,10)	t=-2,549, <b>p=0,016</b>
<b>Kontrol grubu</b>	34 (48,6)	40,63±10,97 (19,62-57,75)	30 (48,4)	39,37±9,87 (16,19-57,15)	t=0,504, p=0,618
<b>Test İstatistiği*</b>	t=0,986 p=0,327		t=0,032 <b>p=0,001</b>		

\*Bağımsız Gruplarda t Testi

\*\*Bağımlı Gruplarda t Testi

Girişim grubundaki bakım vericilerin grup içi Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (mental özet) puanları incelendiğinde son test puanlarının ön test puanlarından daha yüksek olduğu ve aralarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu bakım vericilerin grup içi Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (mental özet) puanları incelendiğinde son test puanlarının daha düşük olduğu, aradaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

Girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ön test Yaşam Kalitesi SF-36 (mental özet) puanları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), son test puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 7, Grafik 3).



**Grafik 3. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi SF-36 Ölçeği (Mental Özet) Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

#### 4.2.3. Bakım Vericilerin Nöropsikiyatrik Semptomları (Depresyon ve Anksiyete)

Bakım vericilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilgili bulgular Tablo 9 ve Tablo 10'da yer aldı.

**Tablo 8. Bakım Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

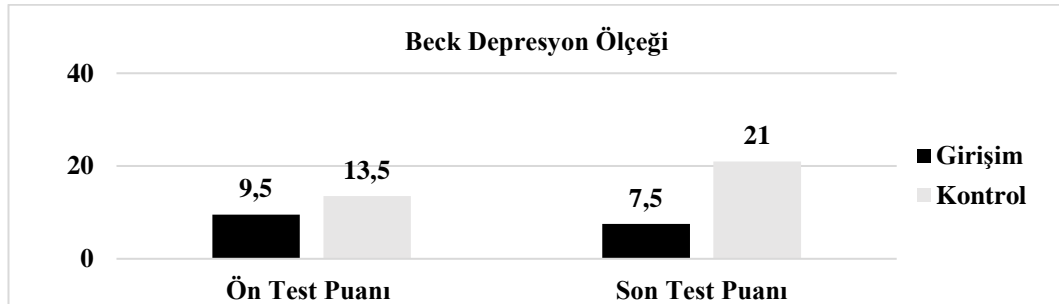
Beck Depresyon Ölçeği							
	Ön Test (n=70)			Son Test (n=62)			Puan Değişimi Test İstatistiği**
	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min,Max)	Ortanca (ÇAA)	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	Ortanca (ÇAA)	
<b>Girişim grubu</b>	36 (51,4)	11,16±7,20 (1-35)	9,50 (6,5)	32 (51,6)	8,90±6,82 (0-35)	7,50 (9)	z=-1,891 p=0,055
<b>Kontrol grubu</b>	34 (48,6)	15,00±7,78 (3-28)	13,50 (14,25)	30 (48,4)	18,80±10,12 (2-39)	21,00 (17,5)	z=-1,984 <b>p=0,047</b>
<b>Test İstatistiği*</b>		z=-2,143 <b>p=0,032</b>			z=-3,766 <b>p=0,000</b>		

\*Mann Whitney U testi

\*\*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Bakım vericilerin grup içi Beck Depresyon Ölçeği puanları ele alındığında, girişim grubunun son test puanlarının ön test puanlarından daha düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki bakım vericilerin grup içi Beck Depresyon Ölçeği son test puanlarının ise arttığı ve aralarında anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin gruplar arası Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında hem ön test hem de son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 8, Grafik 4).



**Grafik 4. Bakım Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**



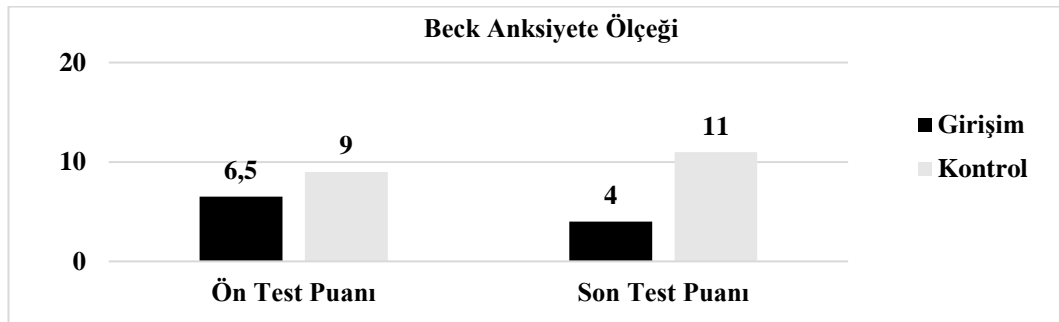
**Tablo 9. Bakım Vericilerin Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Beck Anksiyete Ölçeği							
	Ön Test (n=70)			Son Test (n=62)			Puan Değişimi Test İstatistiği**
	n (%)	$\bar{X} \pm SS$ (Min,Max)	Ortanca (ÇAA)	n (%)	$\bar{X} \pm SS$ (Min,Max)	Ortanca (ÇAA)	
<b>Girişim grubu</b>	36 (51,4)	9,25±8,28 (0-30)	6,50 (11,75)	32 (51,6)	5,93±6,58 (0-29)	4 (10,75)	$z=-2,979$ <b>p=0,003</b>
<b>Kontrol grubu</b>	34 (48,6)	10,47±8,56 (0-35)	9,00 (10)	30 (48,4)	12,80±8,78 (0-34)	11,00 (12,5)	$z=-1,609$ $p=0,108$
<b>Test İstatistiği*</b>		$z=-0,690$ $p=0,490$			$z=-3,292$ <b>p=0,001</b>		

\*Mann Whitney U testi    \*\* Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

Girişim grubu bakım vericilerin grup içi Beck Anksiyete Ölçeği puanları incelendiğinde, ön test puanlarının daha yüksek olduğu ve ön test ile son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu bakım vericilerin grup içi Beck Anksiyete Ölçeği ön test ve son test puanları arasında ise anlamlı fark olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

Diğer yandan girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin gruplar arası Beck Anksiyete Ölçeği ön test puanları arasında anlamlı bir fark yok iken ( $p>0,05$ ), son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 9, Grafik 5).



**Grafik 5. Bakım Vericilerin Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

### 4. 3. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Hastalar Üzerine Etkisi

Bu bölümde Demans ve Destek Programı'nın girişim ve kontrol grubundaki hastalarda etkisini değerlendiren bulgular ele alındı.

#### 4.3.1. Hastaların Yaşam Kalitesi

**Tablo 10. Hastaların Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği***							
	Ön Test (n=46)			Son Test (n=36)			Puan Değişimi Test İstatistiği**
	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min,Max)	Ortanca (ÇAA)	n (%)	$\bar{X}\pm SS$ (Min, Max)	Ortanca (ÇAA)	
<b>Girişim grubu</b>	24 (52,2)	30,87±5,5 (19,7-41,7)	31,33 (7,83)	19 (52,8)	31,12±5,16 (22-39)	32,66 (4)	z=-0,701 p=0,483
<b>Kontrol grubu</b>	22 (47,8)	33,93±5,06 (22-45)	34,5 (4,08)	17 (47,2)	32,89±4,72 (22-39)	33,33 (4,66)	z=-2,081 <b>p=0,037</b>
<b>Test İstatistiği*</b>		z= .2,644 <b>p=0,024</b>			z= .0,159 p=0,874		

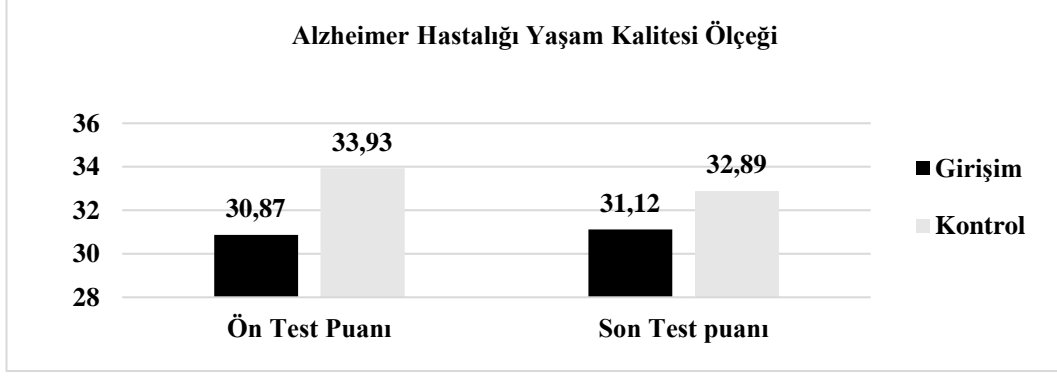
\* Mann Whitney U testi

\*\* Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

\*\*\* Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği sadece mini mental durum testi puanı 10 ve üzeri olan hastalar için hesaplanmıştır.

Girişim grubundaki hastaların grup içi Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği ön test ve son test puanları değerlendirildiğinde, son testte hastaların yaşam kalitesi puanlarının arttığı gözlenirse de, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu hastaların grup içi puanları değerlendirildiğinde ise son testte yaşam kalitesi puanları azaldığı ve arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği ön test puanları arasında anlamlı bir fark bulunurken ( $p<0,05$ ), son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 10, Grafik 6).



**Grafik 6. Hastaların Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

#### 4.3.2. Hastaların Nöropsikiyatrik Durumları

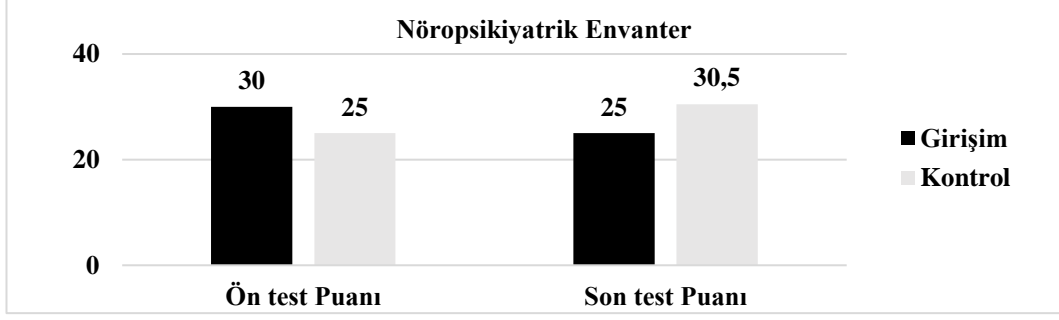
**Tablo 11. Hastaların Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

	Nöropsikiyatrik Envanter						Puan Değişimi Test İstatistiği**
	Ön Test (n=70)			Son Test (n=62)			
	n (%)	$\bar{X} \pm SS$ (Min, Max)	Ortanca (ÇAA)	n (%)	$\bar{X} \pm SS$ (Min, Max)	Ortanca (ÇAA)	
<b>Girişim grubu</b>	36 (51,4)	30,36±20,23 (0-87)	30 (24)	32 (51,6)	25,37±16,44 (0-77)	25 (19)	z=-1,831 p=0,067
<b>Kontrol grubu</b>	34 (48,6)	29,58±25,39 (0-96)	25 (43)	30 (48,4)	36,30±24,80 (0-96)	30,50 (33,75)	z=-3,186 <b>p=0,001</b>
<b>Test İstatistiği*</b>		z=-0,435 p=0,664			z=-1,522 p=0,128		

\* Mann Whitney U testi \*\* Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Girişim grubundaki hastaların grup içi Nöropsikiyatrik Envanter puanları incelendiğinde, son test puanlarında azalma görülmesine rağmen, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastaların grup içi Nöropsikiyatrik Envanter puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve son test puanında artma olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası Nöropsikiyatrik Envanter puanları incelendiğinde ne ön test ne de son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 11, Grafik 7).



**Grafik 7. Hastaların Nöropsikiyatrik Envanter Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması**

## 5. TARTIŞMA

Demans hastasının güçlüklerle dolu bakımında onlara bakım sağlayan bakım vericilerin önemli rolleri, ihtiyaçları ve güçlükleri vardır. Ancak bakım veren bireylerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersizliği hem hasta hem de bakım veren kişi için sorunların katlanarak artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle demanslı hastaya bakım veren kişilere sağlanan eğitim ve destek programları hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir yere sahiptir.

Demanslı hastaya bakım verenlere uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım verici yüküne, hasta ve bakım vericinin nöropsikiyatrik semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda, uygulanan programın hem hasta hem de bakım verici bireyler üzerinde olumlu etkisinin olduğu görüldü.

Araştırmaya alınan demanslı hastalar ve bakım vericileri demans evresi, demans tipi, bakım verici eğitim durumu ve bakım vericinin profesyonel olup olmamasına göre randomize edilerek girişim ve kontrol gruplarına dahil edildi. Bu nedenle araştırmaya alınan demanslı hasta ve bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri girişim ve kontrol gruplarında karşılaştırıldığında hastaların medeni durumları dışında gruplar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Bu sonuç girişim ve kontrol gruplarındaki hasta ve bakım vericilerin tanıtıcı özellikler yönünden homojen olduğunu göstermektedir.

### 5.1. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi

#### 5.1.1. Bakım Vericilerin Bakım Verici Yükü

Yapılan çalışma sonucunda girişim grubundaki bakım vericilerin grup içi ve gruplar arası bakım yükü değerlendirildiğinde son testte bakım yükü puanlarında azalma olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Schreiner ve ark. tarafından yapılan çalışmada Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinin kesme değeri 24-26 olarak kabul edilmiştir. Moldonado ve Urizar ise, yaptıkları çalışmada, 0-26 arasındaki ölçek puanlarını, "yükün olmadığı", 27-33 arasındaki ölçek puanlarını "orta yük", 34-88 arasındaki ölçek puanlarını da "aşırı yükü" olarak

değerlendirmişlerdir (Temizer 2009). Bu değerler doğrultusunda bu araştırmada bakım vericilerin bakım yüklerinin her iki grup içinde orta düzeyde olduğu görüldü. Girişim grubunun bakım yükü son testte istatistiksel olarak azalsa ve neredeyse yükün olmadığı noktaya yaklaşmış olsa da algılanan yük halen orta yük düzeyindedir. Çalışmada kontrol grubunun bakım yükünde ise herhangi bir değişiklik olmadı. Literatürdeki demans hastasına bakım verenlerin bakım yükünü değerlendiren randomize kontrollü çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların bir bölümünün sonuçları bu çalışma bulgusu ile benzer iken (Ostwald ve ark. 1999; Davis ve ark. 2004; Gaugler ve ark. 2008; Chien ve Lee 2008; Martín-Carrasco ve ark. 2009; Gitlin ve ark. 2010; Guerra ve ark. 2011; Söylemez ve ark. 2016), bazılarında ise yapılan girişimlerin (demans hakkında bilgi, problem çözme, hizmet ve destek sistemleri hakkında danışmanlık, davranışsal sorunların yönetimi, zor durumlarla baş etme,vs) bakım yükünü azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır (Dias ve ark. 2008; De Rotrou ve ark. 2011; Joling ve ark. 2012; Brown ve ark. 2016). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda **H<sub>1</sub>** hipotezi kabul edildi. Bu durum girişim grubuna yapılan bilgilendirme ve danışmanlığın bakım verenlerin kaygılarının azalmasına ve rahatlamalarına bağlı olarak bakım yüklerini hafiflettiği şekilde yorumlandı.

Ayrıca girişim ve kontrol grubu bakım verenlerin gruplar arası son test puanları karşılaştırıldığı tekrarlı ölçümleri olan başka deneysel çalışmalarda bakım vericilerin bakım yükü puanlarında olumlu yönde değişim olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Gavrilova ve ark. 2009; Chien ve Lee 2011) Yapılan diğer çalışmalarda ise bakım yükü açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Zarit ve ark. 1987; Hebert ve ark. 2003; Gonyea ve ark. 2006; Fortinsky ve ark. 2009; Kwok ve ark. 2013; Söylemez ve ark. 2016).

### **5.2.2. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi**

Bu araştırmanın sonucunda girişim grubundaki bakım vericilerin Bakım ve Destek Programı sonrasında yaşam kalitesi puanlarında artış gözlemlendi ve bu artış grup içi puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturdu ( $p < 0,05$ ). Girişim grubunun yaşam kalitesi puanları fiziksel ve mental alanların ikisinde de artma gösterirken, kontrol grubunda iki alanda da azalma görüldü. Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin gruplar arası yaşam kalitesi ön test puanları

arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), son test puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Konu ile ilgili yapılan benzer araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde; Chien ve Lee (2011), Gaugler ve ark. (2015), Söylemez ve ark. (2016)'nın randomize kontrollü olarak yapılan çalışmalarının sonuçları da bu çalışma ile benzerdir. Schulz ve ark. (2002) demanslı hastaya bakım verenlere uygulanan girişimlerin bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek üzerine yapılan dört çalışmadan ikisinde anlamlı iyileşme saptandığını, diğer iki çalışmada anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Koivisto ve ark. (2015) ve Prick ve ark. (2016)'nın çalışmasında da girişim grubundaki bakım vericilerin yaşam kalitesinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Hou ve ark. (2014), Brown ve ark. (2016), tarafından yapılan çalışmalarda da girişim sonrası bakım vericilerin yaşam kalitesinde olumlu yönde değişimin ortaya çıktığı bildirilmektedir (Hou ve ark. 2014; Brown ve ark. 2016). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar girişim grubuna uygulanan Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericilerin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkin olduğu şeklinde değerlendirildi. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmada  $H_2$  hipotezi kabul edildi. Bakım verme yükü ve yaşam kalitesi birbiri ile ilişkili değişkenlerdir. Netekim bu araştırma sonucunda da bakım vericilerin bakım yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde güçlü korelasyon varlığı da bakım vericilerin bakım yükü algılarının azaltılmasının yaşam kalitelerinin artmasında etkili olduğu şeklinde değerlendirildi.

### **5.2.3. Bakım Vericilerin Nöropsikiyatrik Semptomları (Depresyon ve Anksiyete)**

Demans hastalarının bakım vericileri yaşadıkları stresle etkili bir biçimde baş edememelerinin sonucu ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Gizli kurban olarak tanımlanan demanslı hastaya bakım veren bireylerin yüksek oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, bakım vermeyenlere göre depresyon ve diğer psikopatolojik hastalıklardan daha fazla etkilendiğini bildirilmektedir (Boekhrst ve ark. 2008; Au ve ark. 2010). Bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre stres hormonlarının %23 daha yüksek olduğu ve stres yanıtlarının %15 daha düşük olduğu belirlenmiştir (Vitoliona ve ark. 2003).

Bakım vericilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri nöropsikiyatrik durumlarını ortaya koymada birlikte değerlendirildi. Çalışmada girişim grubundaki

bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ön test ve son test puan değişimleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubu bakım verenlerin ise puan değişiminde anlamlı fark vardı ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu bakım vericilerin Beck Depresyon Ölçeği ön test ve son test puanlarının girişim grubunun ön test ve son test puanlarından daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Çalışmanın sonuçları Gaugler ve ark. (2008), Gitlin ve ark. (2010), Losada ve ark. (2011), Livingston ve ark. (2013), Söylemez ve ark. (2016), Kuo ve ark. (2016)'nın çalışmalarının sonuçları ile tutarlıdır. Ancak Winter ve Gitlin (2005), Mahoney ve ark. (2008), Mittelman ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmalarda girişim grubundaki bakım vericilerin depresyon puanlarında olumlu değişim olmadığı belirtilmiştir. Bakım verici depresyon puanlarında olumlu değişimin bulunmadığı bazı çalışmalarda girişim süresinin yetersiz olduğu ifade edilmiştir.

Bakım vericilerin Beck Anksiyete Ölçeği puanları incelendiğinde, girişim grubundakilerin ön test puanlarının daha yüksek olduğu ve ön test ile son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Kontrol grubunun ise ön test ve son test puanları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ). Diğer yandan girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin Beck Anksiyete Ölçeği ön test puanları arasında anlamlı bir fark yok iken ( $p>0,05$ ), son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ).

Akkerman ve Ostwald (2004) 9 hafta boyunca haftada iki saat anksiyeteyi kontrol etme üzerine yoğunlaştıkları çalışma sonucunda girişim grubundaki bakım verenlerin anksiyete puanlarında anlamlı azalma bulurken, Mahoney ve ark. (2008) 12 ay boyunca telefonla danışmanlık sundukları girişim grubunda anksiyete semptomlarında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Bu sonuçlar doğrultusunda  $H_3$  hipotezi kabul edildi. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde telefon görüşmeleriyle yapılan destek ve danışmanlığın anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine anlamlı etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu durum sadece telefonla sunulan desteğin bakım verenler için yetersiz olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bakım vericilerde bakım vermeye bağlı olarak artan depresyon ve anksiyete, daha yüksek psikotropik ilaç kullanımı, daha kötü fiziksel sağlık durumu ve mortalitede artış olduğu belirlenmiştir (Spar ve La Rue 2006).



Santos ve ark. (2014) bakım verenin yaşam kalitesi ile bakım verme yükü, depresyon ve anksiyete arasında korelasyon olduğunu bildirirken, bakım vermenin olumsuz etkilerini azaltmada psikososyal görüşmelerin, destek gruplara katılmanın ve eğitimin etkisine vurgu yapmaktadırlar.

### **5.3. Demans Bakım ve Destek Programı'nın Hastalar Üzerindeki Etkisi**

#### **5.3.1. Hastaların Yaşam Kalitesi**

Tedavisi mümkün olmayan demans hastalığının ilerleyişi açısından en önemli parametre yaşam kalitesidir (Elmas ve ark. 2014). Hemşireler açısından demanslı bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi hastalara sunulacak bakımın planlanması açısından önemlidir (Akpınar ve Küçükgüçlü 2011).

Çalışmada girişim grubundaki demans hastalarının grup içi yaşam kalitesi puanları arasındaki değişimde anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puanlarında azalma yönünde değişim saptandı ve grup içi iki değerlendirme arasındaki fark anlamlı idi ( $p<0,05$ ). Diğer yandan girişim ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası yaşam kalitesi puanları arasında ön testte anlamlı bir fark bulunurken ( $p<0,05$ ), son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Söylemez ve ark. (2016)'nın çalışmasında gruplar arası yaşam kalitesi puanları arasında farkın olması bu çalışma bulgusu ile benzer iken, girişim grubu hastaların grup içi yaşam kalitesi puanlarında anlamlı değişim olmaması bu çalışmadan ayrılan noktadır. Longsdon ve ark. (2007), Koivisto ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmalarda da girişim ve kontrol grubu hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu araştırmada yapılan girişim sonucunda hastaların yaşam kalitesi ile ilgili elde edilen sonuçlar doğrultusunda **H4** hipotezi kabul edildi.

#### **5.3.2. Hastaların Nöropsikiyatrik Bulguları**

Demanslı hastalarda zaman içerisinde bilişsel fonksiyonlardaki bozulmaya nöropsikiyatrik sorunlar eklenir. Demans hastalarının yaklaşık %92'sinde görülen bu sorunlar hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Nöropsikiyatrik sorunların fiziksel travmalara, psikolojik problemlere ve ekonomik

sorunlara yol açabileceği bildirilmiştir (Kaymaz ve Özdemir 2016). Ayrıca demanslı hastada görülen nöropsikiyatrik bulguların bakım verenin depresyon belirtileri ve bakım yükü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Santos ve ark. 2014).

Bu çalışmada girişim grubundaki hastaların son testte nöropsikiyatrik envanter puanlarında azalma görülmesine rağmen, grup içi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastaların nöropsikiyatrik envanter puanlarında ise son testte artma olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası nöropsikiyatrik envanter puanları incelendiğinde ne ön test ne de son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Konu ilgili literatür gözden geçirildiğinde Chien ve Lee (2011) çalışmalarında kontrol ve girişim grubu hastaların nöropsikiyatrik bulgularına yönelik puanları arasında anlamlı fark bulmuştur. Söylemez ve ark. (2016)'nın çalışmasında ise hastaların nöropsikiyatrik bulgularına yönelik puanları girişim grubunda anlamlı olarak artmış, karşılaştırma grubunda ise anlamlı olarak azalmıştır. Hongisto ve ark.'nın yaptığı 5 yıllık izlem araştırmasında hastaların kendi beyanlarına dayalı yaşam kaliteleri ile NPI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken bakım vericilerin beyanlarına dayalı yaşam kaliteleri ile NPI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Hongisto ve ark. 2015). Girişim grubu hastaların NPI puanlarının azalması hastaların yaşam kalitelerinde artma ve bakım vericilerin sonuçlarındaki iyileşme ile açıklanabilir. Çalışma sonucunda girişim ve kontrol grubu arasında nöropsikiyatrik bulgular açısından fark olması nedeniyle,  $H_5$  hipotezi kabul edildi.

Bu araştırmayı literatürde yer alan diğer araştırmalardan ayıran ve araştırmanın birçok boyutunda olumlu etki yaratan faktörün bakım vericilere uygulanan programın yalnızca hastanede verilen grup eğitimleri ile sınırlı kalmayarak, ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile desteklenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümünde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.

### 6.1. Sonuçlar

- Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım verici yüküne azaltmada etkili olduğu,
- Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericinin yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu,
- Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın bakım vericinin nöropsikiyatrik semptomlarını azaltmada etkili olduğu,
- Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın hasta yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu,
- Demanslı hastaların bakım vericilerine uygulanan Demans Bakım ve Destek Programı'nın hastanın nöro-psikiyatrik semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar ile araştırmanın tüm hipotezleri gerçekleştirilmiştir.

### 6.2. Öneriler

Bu çalışma sonucunda;

- Demanslı hasta ve bakım vericileri ile çalışan hemşirelerin Demans Bakım ve Destek Programı'nı kullanmaları,
- Demanslı hasta ve bakım vericileri ile çalışan hemşirelere Demans Bakım ve Destek Programı'na uygulamaya temellendirilmiş eğitimler verilmesi,
- Evde bakım hizmeti sunan sağlık ekibi tarafından Demans Bakım ve Destek Programı'nın kullanılması,
- Demans Bakım ve Destek Programı'nın tekrarlı ölçümler ile yinelenmesi,
- Demans hastası ve bakım vericinin daha iyi değerlendirilebilmesi için birinci basamakta çalışan hemşireler tarafından düzenli ev ziyaretlerinin yapılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

Aarsland D, Andersen K, Larsen JP. ve ark. Risk of dementia in Parkinson's disease: a Risk of dementia in Parkinson's disease A community-based, prospective study. *Neurology*. 2001; 56: 730-736.

Akça Kalem S, Hanagası H, Cumming JL, Gürvit H. Validation study of the Turkish translation of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). In abstract book p.58, poster no 47. Presented at the 21 st international conference of Alzheimer's Disease international, İstanbul, Turkey, 2005, September 28-October 1.

Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2004;19(2):117-123.

Akpınar B, Küçükgülü Ö. Alzheimer Hastalığı olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Journal of Neurological Sciences Turkish*. 2012;29(3): 554-565.

Akyar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011; 18.2: 79-88.

Alberici A, Benussi A, Premi E, Borroni B, Padovani A. Clinical, genetic, and neuroimaging features of Early Onset Alzheimer Disease: The challenges of diagnosis and treatment. *Curr Alzheimer Res* 2014;11(10): 909-917.

Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7(3):270-9.

Alibaş H, Tuncer N. Frontotemporal Demans (FTD) Dil Varyantı ve Primer Progresif Afazi (PPA). İçinde: Edt: Tanrıdağ O. Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:173-179.

Alzheimer's Association. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia.

Alzheimer's Association. World Alzheimer Report 2016: Alzheimer's Disease Facts and Figures.

Andreakou MI, Papadopoulos AA, Panagiotakos DB, Niakas D. Assessment of Health-Related Quality of Life for Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. International Journal of Alzheimer's Disease. 2016;2016:9213968. doi:10.1155/2016/9213968.

Arslantaş D, Özbabalık D, Metintaş S, Özkan S, et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. Journal of Clinical Neuroscience, 2009; 16: 1455-1459.

Ash S, Moore P, Hauck R, Antani S, Katz J, Grossman M. Quantitative analysis of paraphasic errors in frontotemporal dementia. Neurology 2004; 62a:166-183.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Piskiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(3):513-52.

Au A, Li S, Lee K et al. The coping with caregiving group program for Chinese caregivers of patients with alzheimer's disease in Hong Kong. Patient Education and Counselling. 2010; 78:256-260.

Awad AG, Voruganti LNP. The burden schizophrenia on caregivers: A review. Pharmacoeconomics. 2008; 26:149-162.

Babacan-Yıldız G. Frontotemporal Demans- Davranışsal Varyant. İçinde: Edt: Tanrıdağ O. Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:181-197.

Bayles K, Tomoeda C. Çev: Şenol MG. Demansta Bilişsel-İletişimsel Bozukluklar. İçinde: Demansa Giriş. Zeta Yayıncılık, İstanbul; 2009, s:4-73.

Baysal Aİ, Yeşilbudak Z. Alzheimer Hastalığı'nın Klinik Bulguları. Türkiye Klinikleri Journal of Neurology. 2003; 1.1: 1-5.

Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JP. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2013;50(9):1259-1270.

Bird TD, Çev: Yılmaz M. Hafıza Kaybı Ve Demans İçinde Harrison İç Hastalıkları Kitabı, Çev. Edt: Sağlıker Y. Nobel Tıp Kitabevleri, 14. Basım, 2004. s:148-155.

Biröl L. Hemşirelik süreci. Etki Matbacılık Yayıncılık, 2005.

Boekhorst S, Pot AM, Deplaa M, Smit D, Lange J. Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological distress of informal caregivers. Aging & Mental Health 2008;12: 761-768.

Borsje P, Wetzels RB, Lucassen PL, Pot AM. The course of neuropsychiatric symptoms in community-dwelling patients with dementia: a systematic review. International Psychogeriatrics, 2015; 27:3, 385-405.

Braak H, Del Tredici K. Where, when, and in what form does sporadic Alzheimer disease begin? Curr Opin Neurology. 2012;25(6):708-714

Brown KW, Google Cl, Wegelin J. A pilot randomized controlled trial of mindfulnessbased stress reduction for caregivers of family members with dementia. Aging & Mental Health, 2016; 20(11): 1157-1166, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1065790>.

Bull MJ. Factors influencing family caregiver burden and health. Western Journal of Nursing Research 1990; 12:758-776.

Bulut S. Elazığ ili Abdullahaşa bölgesinde demans prevalansı ve demans alt grupları. Demans Dergisi. 2002; 2: 105-110

Can H. Alzheimer Tipi Demansın Nöropsikolojik Özellikleri. İçinde: Eds: Karakaş S. Kognitif Nörobilimler, 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 2010.

Chien WT, Lee YM. A disease management program for families of persons in Hong Kong with dementia. *Psychiatr Serv.* 2008;59(4):433-436.

Cooper C, Balamurali TBS, Selwood A, Livingston G: A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007; 223: 181–188.

Cooper C, Mukadam N, Katona C, Lyketsos CG ve ark. Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. 2012; 24(6): 856-870.

Cummings JF. Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Demansların Nöropsikiyatrik Özellikleri. İstanbul: Sigma Publishing; 2007.

Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2012; 15:2.

Daffner KR ve Wolk DA. Davranış nörolojisi ve demans. Çev: Demirçi S. İçinde: Samuels MA. Ropper AH. *Samuel's Manual of Neurologic Therapeutics.* Güneş Tıp Kitabevi, 2013. S:418-457.

Davis LL, Burgio LD, Buckwalter KC, Weaver M. A comparison of in-home and telephone-based skill training interventions with caregivers of persons with dementia. *Journal of Mental Health and Aging.* 2004;10(1):31-44.

De Rotrou J, Cantegreil I, Faucounau V, Wenisch E, Chausson C, Jegou D, et al. Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26(8):833-842.

Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3(1):3-38.

Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, Molinuevo JL, Blennow K, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol* 2014;13(6):614-629.

Edelman P, Fulton BR, Kuhn D, Chang CH. A comparison of three methods of measuring dementia-specific quality of life: perspectives of residents, staff, and observers. *Gerontologist*. 2005;45 Spec No: 1(1):27-36.

Edvardsson D, Petersson L, Sjogren K, Lindkvist M, Sandman PO. Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *Int J Older People Nurs*. 2014;9(4):269-276.

Ellis-Smith C, Evans CJ, Bone AE, Henson LA, Dzingina M, Kane PM, Daveson BA. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC medicine*. 2016; 14(1), 1.

Elmas Z, Adapınar DÖ, Elmalı NT, Kırıl K. Demansta yaşam kalitesi ve ölçümü. *Turkish Journal of Neurology*. 2014; 20; (Suppl)1: 24-28.

Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;22(12):1689- 1707; quiz 1837.

Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008; 20:423–428.

Feri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of demantia: a Delphi Concensus Study. *Lancet*, 2005; 366:2112-2117.

Fortinsky RH, Kulldorff M, Kleppinger A, Kenyon-Pesce L. Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging Ment Health*. 2009;13(2):162-170.



Gaugler JE, Reese M, Mittelman MS. Effects of the Minnesota Adaptation of the NYU Caregiver Intervention on Depressive Symptoms and Quality of Life for Adult Child Caregivers of Persons with Dementia. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2015;23(11):1179-1192.

Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(3):421-428.

Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care--the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(4):347-354.

Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, Czaja SJ, Mahoney D, Gallagher-Thompson D. 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.

Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(8):1465-1474.

Gonyea JG, O'Connor MK, Boyle PA. Project CARE: a randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers. *Gerontologist*. 2006;46(6):827-832.

Gökçal E, Babacan-Yıldız G. Lewy Cisimcikli Demans. İçinde: Edt: Tanrıdağ O. Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:207-217.

Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(1):47-54.

Gurvit H, Emre M, Tinaz S, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish

population. *Am J Alzheimer's Dis Other Dement.* 2008; 23:67-76.

Gündüzoğlu ÇN. Demanslı Hastanın Evde Bakımı. İçinde: Fadiloğlu Ç, Ertem G, A ŞF. *Evde Sağlık ve Bakım.* Göktuğ Basın Yayın Dağıtım, Amasya. 2013; s:115-126.

Gündüzoğlu NÇ. Demanslı Hastanın Evde Bakımı. İçinde: Fadiloğlu Ç. *Evde Sağlık ve Bakım.* 1.Baskı, Göktuğ Basın Yayım dağıtım, Ankara, s:115-126.

Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002;13(4):273-281

Gürvit H, Baran B. Zeka ve Bellek Nörolojisi Üzerine Yorumlarla Birlikte Demans ve Amnezik Sendrom. İçinde: Ropper AH, Samuels MA. *Adams and Victor's Principles of Neurology.* Çev. Edt.: Emre M. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 2011, s:412-419.

Hebert R, Levesque L, Vezina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003;58(1):s 58-67.

Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Turkish Journal of Psychology.* 1987; 6:118-122.

Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A: Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(8): 873–879.

Hongisto K, Hallikainen I, Selander T, Törmälehto S, Väätäinen S, Martikainen J, Välimäki T, Hartikainen S, Suhonen J, Koivisto AM. Quality of Life in relation to neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: 5-year prospective ALSOVA cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017 Jan 9. doi: 10.1002/gps.4666.

Hou RJ, Wong SS, Yip BK, Hung AT, Lo HM, Chan PH, Ma SH. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2014; 83(1): 45-53.

Huang H, Shyu Y, Chen M, Lin L. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 337-45.

Işık A, Tanrıdağ O. Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. *Geriatrik Sendromlar Dizisi 4. 1. Basım Özal Matbaa, İstanbul; 2009.*

Işık AT. Alzheimer Hastalığı. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics* 2015;1(2)

İşeri P. Parkinson Hastalığı Demansı. İçinde: Edt: Tanrıdağ O. *Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:199-205.*

Joling KJ, Bosmans JE, van Marwijk HW, et al. The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial. *Trials*. 2013;14: 305. doi:10.1186/1745-6215-14-305.

Kahraman Y. Demans sendromları. İçinde: Işık AT ve Tanrıdağ O, eds. *Geriatric pratiğinde demans sendromu. Som Kitap, İstanbul, 2009. s:31-52.*

Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013; 3(1):1-7.

Kasper J, Freedman V, Spillman B. Disability and care needs of older Americans by dementia status: an analysis of the 2011 National Health and Aging Trends Study. U.S. Department of Health and Human Services. 2014. <https://aspe.hhs.gov>.

Kasuya RT, Polgar BP. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* 2000; 108 (7): 119-123.

Kaymaz TT, Özdemir L. Effects of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*. 2016; 1-7.

Keskinoglu P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in Izmir. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2013; 16(2): 135-141.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form 36 (KF 36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1995(12):102-5.

Koivisto AM, Hallikainen I, Välimäki T, Hongisto K, Hiltunen A, Karppi P, Martikainen J. Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild Alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers' well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *International journal of geriatric psychiatry*. 2015.

Koytak PK, Tuncer N. Vasküler demans. İçinde: Edt: Tanrıdağ O. Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:207-217.

Kumar A, Singh A, Ekavali. A review on Alzheimer's disease pathophysiology and its management: an update. *Pharmacol Rep*. 2015;67(2):195-203.

Kuo LM, Huang HL, Liang J, Kwok YT, Hsu WC, Su PL, Shyu YIL. A randomized controlled trial of a home-based training programme to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 2016. doi: 10.1111/jan.13157

Küçükgüçlü Ö, Akpınar B, Buckwalter KC. Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: azalmış stres eşiği modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011; 4(1): 41-47.

Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. The Reliability and Validity of The Caregiver Burden Inventory in Turkey. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*. 2009;26(1): 60-73.

Kwok T, Wong B, Ip I, Chui K, Young D, Ho F. Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:1191-1197. doi:10.2147/CIA.S48264.

Lawton, M. P., Brody, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Nursing Research*, 1970; 19:3, 278.

Leon-Salas B, Ayala A, Blaya-Novakova V et al. Quality of life across three groups of older adults differing in cognitive status and place of residence. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):627-35.

Liu S, Jin Y, Shi Z, et all. The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, lewy body dementia, and alzheimer's disease: clinical experience in China. *Aging & Mental Health*, 2016; 1-7.

Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, Livingston D, Mummery C, Walker Z, Hoe J, Sampson EL, Cooper C. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2013; 347: 6276.

Logsdon, R.G., Gibbons, L., Mccurry, S., Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64: 510-519

Logsdon, Rebecca G., Susan M. McCurry, and Linda Teri. "Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia." *Psychology and aging*. 2007; 22.1:28.

Losada A, Marquez-Gonzalez M, Romero-Moreno R. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011; 26:8.

Martin-Carrasco M, Ballesteros-Rodríguez J, Dominguez-Panchon AI., Munoz-Hermoso P, Gonzalez-Fraile E. Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas espanolas de psiquiatria*. 2014; 42(6): 300-314.

Martin-Carrasco M, Martin MF, Valero CP, Millan PR, Garcia CI, Montalban SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(5):489-99.

Mavioğlu H. Alzheimer Hastalığı. İçinde: Edt: Tanrıdağ O. Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:145-172.

McKeith IG. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the Consortium on DLB International Workshop. *J Alzheimers Dis*. 2006;9(3 Suppl):417-423.

McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. 1984. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work group under the auspices of department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 34(7): 939-944.

McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-269.

McKinnon MC, Nica EI, Sengdy P, Kovacevic N, Moscovitch M, Freedman M, et al. Autobiographical memory and patterns of brain atrophy in frontotemporal lobar degeneration. *J Cogn Neurosci* 2008;20(10):1839-1853.

Mesulam MM. Aging, Alzheimer's disease and dementia. İçinde: Mesulam MM, ed. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology. Oxford University Press, New York;2000, s:439-522.

Mesulam MM. Davranışsal ve kognitif nöroloji ilkeleri Çev. Edt.: Gürvit H. Yelkovan, İstanbul; 2004, s:439-522.

Meziere A, Blachier M, Thomas S, et al. Neuropsychiatric symptoms in elderly inpatients: a multicenter cross-sectional study. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2013;3(1):123-130.

Miller BL. Frontotemporal dementia and semantic dementia: anatomic variations on the same disease or distinctive entities? Alzheimer Dis Assoc Disord 2007;21(4): s:19-22.

Mittelman MS, Brodaty H, Wallen AS, Burns A. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):893-904.

Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. Neurology. 2006;67(9):1592-9.

Mollaoğlu M, Tuncay ÖF, Fertelli KT. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4 (3): 125-130.

Montgomer R, Kwak J. TCARE: Tailored Caregiver Assessment and Referral: An evidence-Based Model to Target Services for Caregivers. American Journal of Nursing. 2013; 108 (9 Suppl), 54-57.

Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC. Informal costs of dementia care: estimates from the national longitudinal caregiver study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001; 56: 219-228.

Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998;51(6):1546- 54.

Oliveira, A. M. De, Radanovic, M., Cotting, P. ve ark. Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *BioMed Research International*, 2015; 1-9.

Ostwald SK, Hepburn KW, Caron W, Burns T, Mantell R. Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*. 1999;39(3):299-309.

Özer S. Demanslı hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010; 13 (3), 27-35.

Özkan E, Saka E. Frontotemporal Demans- Semantik Varyant. İçinde: Edt: Tanrıdağ O. Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:199-205.

Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46:38-42.

Prick AE, de Lange J, Scherder E, Twisk J, Pot AM. The effects of a multicomponent dyadic intervention on the mood, behavior, and physical health of people with dementia: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*. 2016; 11:383.

Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M et al. Dementia and risk reduction. An analysis protective and modifiable factors. İçinde: *Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2014*.

Prince M, Wimo AG M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M. The Global Impact of Dementia. An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends. İçinde: *Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015*.



Prohaska TR, Peters KE Physical activity and cognitive functioning: translating research to practice with a public health approach. *Alzheimer's and Dementia*. 2007;3(2 Suppl):58-64. (PMID:19595976)

Prohaska TR, Peters KE Physical activity and cognitive functioning: translating research to practice with a public health approach. *Alzheimer's and Dementia*. 2007 Apr; 3(2 Suppl):s:58-64.

Rao SS, Hofmann LA, Shakil A. Parkinson's disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2006;74(12):2046-2054.

Ready RE, Ott BR, Grace J. Insight and cognitive impairment: Effects on quality of life reports from mild cognitive impairment and Alzheimer's disease patients. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2006; 21 (4): 242-248

Reilly J, Rodriguez AD, Lamy M, Neils-Strunjas J. Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias: an overview. *J Commun Disord* 2010;43(5): 438-452.

Sales E. Family Burden and Quality of Life. *Qual Life Res*. 2003; 2(1): 33-41.

Santos RL, Sousa MFBD., Simões-Neto JP, Nogueira ML, Belfort TT, Torres B, Dourado MCN. Caregivers' quality of life in mild and moderate dementia. *Arquivos de neuro-psiquiatria*.2014; 72(12): 931-937.

Schulz R, O'Brien A, Czaja S, et al. Dementia caregiver intervention research In search of clinical significance. *Gerontologist*. 2002;42(5):589-602.

Selbæk G, Engedal K, Bergh S. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: A systematic review. *Journal of American Medical Directors Association*, 2013; 14: 161-169.

Sharp SI, Aarsland D, Day S, et al. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26(7):661-669.

Soysal P, Işık AT. Kognitif Yıkımlar: Geri Dönüşümlü. Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics. 2015;1(2).

Sörensen S, Duberstein P, Gill D, Pinquart M. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. Lancet Neurol 2006; 5(11): 961-73.

Sörensen S, Duberstein P, Gill D, Pinquart M. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. Lancet Neurol 2006; 5(11): 961-973.

Söylemez BA, Küçükçüçlü Ö, Buckwalter KC. Application of the Progressively Lowered Stress Threshold Model with Community-Based Caregivers:A Randomized Controlled Trial. J Gerontol Nurs. 2016 Jul 1;42(7):44-54.

Spar JE, La Rue A. Çev. Eds: Ertan T, Sivrioğlu Y. Geriatrik Psikiyatri klinik el Kitabı. Sigma Publishing, İstanbul, 2007.

Temizer H. İnmeli Hastalara Evde Bakım Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. S. GÖZÜM).

Towndend MC. Çev: Özcan CT, Gürhan N. İçinde: Nörobilişsel bozukluklar. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016, s:246-277.

Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly. 1998; 12:28-35.

Vitaliona PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. Psychological Bulletin. 2003; 129: 946-972.

World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority, 2012.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar Ağır Ve Hafif Nörobilişsel Bozukluk. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014, s:498-528.

Zarit SH, Anthony CR, Boutselis M. Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches. Psychology and aging. 1987;2(3):225-32.

Zarit SH, Zarit JM. The memory an behavior problems checklist and the Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University. Gerontology Center, 1990, s:260-264.



## 8. EKLER

### Hasta ve Bakım Verici Tanıtıcı Bilgiler Formu

(EK 1)

#### Demanslı Birey Tanıtıcı Özellikleri

..... GRUBU

Ad-Soyad:.....

1. Cinsiyeti: 1)Kadın 2) Erkek

2. Yaşı: .....

3. Öğrenim Durumu:

1)Okur-Yazar değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite 7) Diğer...

4. Medeni Durumu: 1) Evli 2) Bekar 3) Eşi ölmüş 4)Boşanmış

5. Çocuğu var mı? 1)Yok 2)Var Kaç tane? .....

6. Gelir durumu: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

7. Mesleği: ..... 8. Kilo:..... kg. 9.Boy: .....m.

10. Sosyal Güvence: 1) SSK 2) Bağkur 3) Emekli Sandığı 4) Yok 5) Diğer

11. Hastalık süresi:.....12. Demans tipi .....13. Demans evresi .....

14. Ek kronik hastalık var mı? 1)Evet (.....)

2)Hayır (.....)

(.....)

#### Bakım Verici Birey Tanıtıcı Özellikleri

Ad-Soyad:.....

1. Cinsiyetiniz: 1)Kadın 2) Erkek

2. Yaşınız: .....

3. Öğrenim Durumunuz:

1)Okur-Yazar değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite 7) Diğer...

4. Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Eşi ölmüş 4)Boşanmış

5. Çocuğunuz var mı? 1)Yok 2)Var Kaç tane? .....

6. Gelir durumunuz: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

7. Kilonuz: ..... kg. 8. Boyunuz: .....cm.

9. Sosyal Güvence: 1) SSK 2) Bağkur 3) Emekli Sandığı 4) Yok 5) Diğer

10. Bakım verdiğiniz kişi yakınınız mı? 1)Evet, yakımm. 2)Hayır, bakıcısıyım.

Evet ise;

10.a. Yakınlık dereceniz nedir?

1) Eş 2) Çocuk 3)Çocuğunun eşi 4)Kardeş 5) Anne-baba 6)Diğer akrabalar

10.b. Mesleğiniz?.....

10.c. Yakınınızın hastalığından dolayı işinizi bırakma durumunuz oldu mu?

1)Evet 2)Hayır

10.d. Evde bakım aylığı alıyor musunuz?: 1)Evet 2)Hayır

12. Ne zamandan beri bakım veriyorsunuz?.....

13. Bir günde hasta ile birlikte olma süresiniz ne kadardır?.....

14. Kurumsal evde bakım hizmeti alma durumu: 1)Evet (.....) 2)Hayır

15. Hasta ile aynı evde yaşama durumu: 1)Evet 2)Hayır

16. Bildiğiniz hastalığınız var mı? 1)Evet (.....) 2)Hayır

**Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği****(EK 2)**

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin. Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara Sıra	Oldukça Çok	Neredeyse Her Zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5. Yakınınızla birlikteyken kırgınlık hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi siz misiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
16. Yakınınıza artık daha fazla bakamayacağınızı düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19. Yakınınızla ilgili ne yapacağımız konusunda kararsızlık hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
21. Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabilirdim diye düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
22. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36)****(EK 3)**

Yönerge: Bu tarama formu size sağlığınızla ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkta yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın zamanı işaretleyin.

**1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?**

- Mükemmel
- Çok iyi
- İyi
- Fena değil
- Kötü

**2. Geçen sene ile karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?**

- Bir yıl önceye göre çok daha iyi 1
- Bir yıl önceye göre daha iyi 2
- Hemen hemen aynı 3
- Bir yıl önceye göre daha kötü 4
- Bir yıl önceye göre çok daha kötü 5

**SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER**

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer, engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <b>büyük çaba gerektiren aktivitelerde</b>	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi <b>orta/hafif aktivitelerde</b>	1	2	3
c. Paket ve çanta taşırken	1	2	3
d. <b>Birkaç</b> kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. <b>Bir</b> kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. <b>Bir kilometreden fazla</b> yürürken	1	2	3
h. <b>Birkaç yüz metre</b> yürürken	1	2	3
i. <b>Yüz metrelik bir mesafeyi</b> yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

**4. Geçen 4 hafta boyunca,** işinizde veya diğer rutin işlerinizde **fiziksel sağlığınıza bağlı olarak,** aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet veya hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz)

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları nedeniyle <b>çalışma zamanınızı</b> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <b>amaçladığınızdan daha az</b> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <b>zahmetsiz (kolay) olanlarla</b> sınırladınız mı?	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <b>zorluk çektiniz mi?</b> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

**5. Geçen 4 hafta boyunca,** işinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak,** (örneğin, sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet veya hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz)

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları nedeniyle <b>çalışma zamanınızı</b> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <b>amaçladığınızdan daha az</b> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <b>daha az dikkatle</b> mi yaptınız?	1	2

**6. Geçen 4 hafta boyunca,** fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

**7. Geçen 4 hafta boyunca,** vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

9. DUYGULARINIZ Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

GEÇEN AY BOYUNCA	NE KADAR SÜRE					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar canınız sıkıldı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlıkmanız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

#### GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlıkımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlıkım mükemmel	1	2	3	4	5



## Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

(EK 4)

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

**A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

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

**B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

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

**C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

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

**D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

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

**E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

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

**F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

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

**G- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.

**J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ..... Hayır .....

**U-0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

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

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybetti

**Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)****(EK 5)**

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	<b>Hiç</b>	<b>Hafif düzeyde</b> Beni pek etkilemedi	<b>Orta düzeyde</b> Hoş değildi ama katlanabildim	<b>Ciddi düzeyde</b> Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacakkorkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olmaduygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya darahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				
<b>Toplam Puan:</b>				

(Hasta Versiyonu)				
Lütfen cevaplarınızı daire içine alınız.				
1-Sağlık durumunuz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
2-Enerji düzeyiniz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
3-Duygusal durumunuz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
4-Yaşadığınız yerin koşulları	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
5-Hafızanız	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
6-Aile ilişkileriniz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
7-Evlilik ilişkileriniz ( Eşi yok ise kendisine en yakın kişi ile ilişkisi )	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
8-Arkadaşlık ilişkileriniz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
9- Bir bütün olarak kendiniz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
10-Evdeki sorumluluklarını yapabilme durumunuz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
11-Eğlence amaçlı bir şeyler yapabilmeyiniz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
12-Maddi durumunuz	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
13- Bir bütün olarak hayatınız	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel

Görüşleriniz \_\_\_\_\_

(Bakım verici versiyonu)

Aşağıda bakımından sorumlu olduğunuz kişinin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaşamın farklı yönlerine ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen bakım verdiğiniz kişinin yaşam kalitesini aşağıda belirtilen her bir madde yönünden düşünüp **kötü, orta, iyi ve mükemmel** kelimelerinden birini kullanarak değerlendiriniz. Bu değerlendirmeyi bakım verdiğiniz kişinin şuan ki durumuna göre yapınız (örneğin son birkaç hafta içerisinde nasıldı). Eğer maddelerden herhangi birine ilişkin sorunuz olursa, lütfen size bu formu veren kişiden yardım isteyiniz. Lütfen cevaplarınızı daire içine alınız.

1-Sağlık durumu	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
2-Enerji düzeyi	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
3-Duygusal durumu	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
4-Yaşadığı yerin koşulları	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
5-Hafızası	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
6-Aile ilişkileri	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
7-Evlilik ilişkileri ( Eşi yok ise kendisine en yakın kişi ile ilişkisi )	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
8-Arkadaşlık ilişkileri	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
9- Bir bütün olarak kendisi	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
10-Evdeki sorumluluklarını yapabilme durumu	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
11-Eğlence amaçlı bir şeyler yapabilmesi	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
12-Maddi durumu	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
13- Bir bütün olarak hayatı	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel

Görüşleriniz \_\_\_\_\_

---

**Standardize Mini Mental Test (Eğitimli Bireyler İçin)**

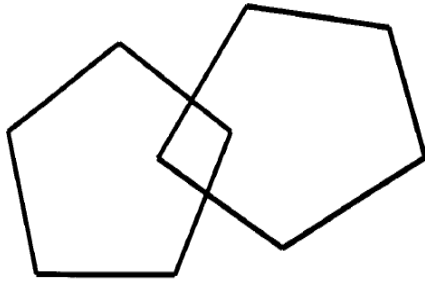
**(EK 7A)**

1. Bugün Tarih  Yıl Ay Gün Mevsim nedir?
2. Neredeyiz? Hastane Kat Semt Şehir Ülke
3. Şimdi biraz hafızanızı muayene etmek istiyorum. Size birazdan söyleyeceğim üç cismi benden sonra tekrarlayın ve aklınızda tutun. Sonra tekrar bu üç cismi soracağım.(ilk tekrar puanu belirler. Hasta tümünü tekrar edinceye dek en fazla altı kez tekrarlanır.)  
 Top  Kitap  Elbise
4. Şimdi 100'den geriye 7'şer 7'şer sayın. (Her doğru çıkarma için bir puan verilir. Eğer bunda hata yaparsa DÜNYA kelimesinin harfleri önce teker teker söylenir ve hasta yönlendirilir, ardından harfleri tersten söylemesi istenir.)  
93 86 79 72 65(veya A Y N Ü D )
5. Daha önce tekrarlamanızı istediğim üç cismi hatırlayabilecek misiniz?  
 Top  Kitap  Elbise
6. Şunun adı nedir?  
 Kalem  Saat
7. Şunu aynı benim söylediğim gibi söyleyin:  
 Eğer ben gelirse o gelecek.
8. Söylediğimi aynen yapın. ( yalnız bir defa söylenir, hastaya doktor sözünü bitirene kadar beklemesi söylenir.)  
 Bu kağıdı sağ elinize alın.  İki elinizle ortadan ikiye katlayın.  Masanın üstüne bırakın.
9. Aklınıza gelen herhangi bir cümleyi yazın.( Cümle anlamlı olmalıdır, gramer hataları veya kelime yazılırken harf atlamaları affedilir.)

10. Bu yazıyı okuyun ve ne diyorsa yapın.

**GÖZLERİNİZİ KAPAYIN.**

11. Şekli aynen çizin.



**Toplam Puan: ...../30**

**YÖNELİM (Toplam puan 10)**

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

**KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)**

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

- Masa  Bayrak  Elbise

**DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)**

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Dur deyinceye kadar devam edin. Her doğru gün 1 puan. )

- Cuma  Perşembe  Çarşamba  Salı  Pazartesi

**HATIRLAMA (Toplam puan 3)**

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

- Masa  Bayrak  Elbise

**LİSAN (Toplam puan 9)**

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? 2 puan (20 sn tut)

- Saat  Kalem

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekraredin. (10 sn tut) 1 puan

- "Eğer ve fakat istemiyorum"

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

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

- "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen".

d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın. (1 puan)

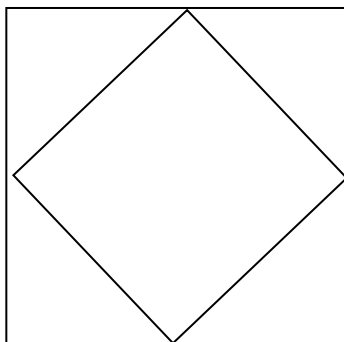
- "GOZLERİNİZİ KAPATIN"

e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30 sn süre tanınır, anlamlı 1 cümle için 1 puan verilir.)

- 

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. ( 1 dakika süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir.)

- 

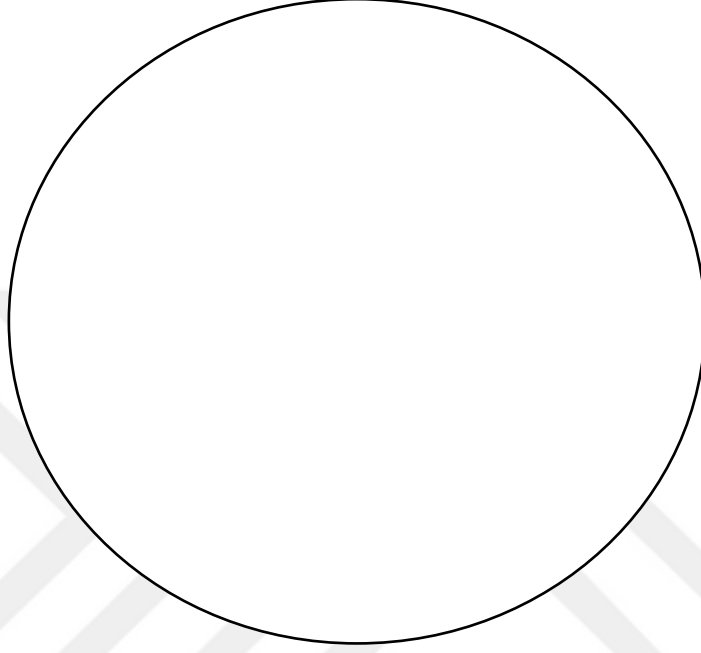


**Toplam Puan: ...../30**

## Saat Çizme Testi

(EK 7C)

Hastadan bir saat çizmesi, içindeki numaraları yerleştirmesi, saatin 11:10'u göstermesi istenir.



1	Çizme girişimi ya da açıklama yoktur.
2	Çizim sonucundan edinilen izlenim açıklamanın hasta tarafından kısmen anlaşılmış olduğudur. Ancak şekil saate benzememektedir.
3	Saat kadranı ile numaraların yerleşimi ilişkisizdir. Akrep ve yelkovan çizilmemiştir.
4	Numaraların sıralanmasında daha belirgin bozukluk vardır. Saat kadranının bütünlüğü de bozuktur.
5	Saat numaraları bir yerde yoğunlaşmış ya da ters yönde çizilmiştir.
6	Saat numaraları uygun çizilmiştir, ama akrep ve yelkovan uygunsuz kullanılmıştır(Örneğın,dijital saat gibi yazılması).
7	Saat numaraları uygun çizilmiştir, ama akrep ve yelkovan ayrımı yapılamaz.
8	Saat numaraları uygun çizilmiştir, ama akrep ve yelkovan yerleşimi hatalıdır.
9	Saat numaraları uygun çizilmiştir, yelkovan doğru yerleşimde ama akrep yerleşimi tam yerinde değildir.
10	Saat numaraları uygun çizilmiştir, akrep ve yelkovan yerleşimi doğrudur.
Puan:	



**Blessed Demans Skalası (Bellek Ve Günlük İşlevlerde Yetenek Kaybı)****(EK 8A)**

	Hiç kayıp yok (0)	Biraz kayıp (0,5)	Ağır kayıp (1)
Evle ilgili işleri yapabilme			
Küçük miktardaki parayla baş edebilme			
Bir listeyi hatırlama (örn, alışveriş listesi)			
Ev vb yerlerde odaların yerini bulma			
Tanıdık sokaklarda yolunu bulabilme			
Çevreyi yorumlama zorluğu(yer/kişi)			
Yakın dönemdeki olayları hatırlama			
Geçmişte yaşama eğilimi			

PUAN:

**Blessed Demans Skalası (Alışkanlıklar)****(EK 8B)**

	0	1	2	3
<b>YEMEK YEME</b>	Temiz ve uygun gereçlerle	Kirleterek, sadece kaşık kullanabilir	Basit, katı yiyecekler(bisküvi vs)	Başkası tarafından beslenmelidir
<b>GİYİNME</b>	Yardımsız	Bazen düğmeleri yanlış ilikleme vs	Giyinme sırası yanlış&bazı giysileri giymeyi unutma	Giyinemez
<b>SFİNKTER KONTROLÜ</b>	Tam kontrol	Nadiren altını ıslatır	Sıklıkla altını ıslatır	İdrar ve gaita inkontinansı

PUAN:

## Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

(EK 9)

	4	3	2	1	0
<b>Telefon</b>		Rahat kullanıyor	İyi bildiği numaraları arayabilir	Arayamıyor, cevap veriyor	Hiç kullanamıyor
<b>Alışveriş</b>		Tek başına yapar	Küçük çaplı alışveriş yapar	Herhangi bir alışverişte yanında birine ihtiyaç duyar	Yapamaz
<b>Yemek</b>		Yemeği planlar, hazırlar ve servis yapabilir	Eğer içeriği hazırlanırsa yemeği uygun olarak hazırlayabilir	Yemek ısıtır ve servis yapabilir veya çok uygun olmayan bir tarzda pişirir	Yemeği hazırlanır ve önüne konur
<b>Ev işeri</b>	Hepsini yapabilir	Basit işleri temizce yapar (örn, bulaşık, yatak)	Basit işleri yapabilir ama yeterli temizliği sağlayamaz	Evin her işinde yardıma ihtiyaç duyar	Hiçbir ev işine katılmaz
<b>Çamaşır</b>			Tüm kişisel çamaşır işini yapabilir	Basit çamaşırını yıkayabilir (çorap vs)	Hiçbirini yapamaz
<b>Ulaşım</b>	Tek başına istediği yere istediği şekilde gidebilir	Tek başına sadece taksi ile istediği yere gidebilir	Yanında biri varken toplu taşıma aracı ile seyahat edebilir	Ancak birinin yarımı ile taksi ya da özel araçla bir yerden bir yere gidebilir	Hiçbir yere gidemez
<b>İlaçlar</b>			Tek başına düzenli alabilir	Yakını önceden ayrı dozlar halinde hazırlarsa alabilir	Hiçbirini yapamaz
<b>Para idaresi</b>			Tek başına bağımsız bütçe yapabilir (fatura takibi, kira vs ödemeleri, bankla işleri)	Günlük alışverişlerde başa çıkabilir, ancak büyük alımlarda, banka işlerinde yardıma ihtiyaç duyar	Hiçbirini yapamaz

PUAN:

## Nöro-Psikiyatrik Envanter (NPI)

(EK 10)

	Uygun değil	Hayır	Sıklık				Şiddet				$\frac{S}{X}$ $\frac{S}{S}$	Sıkıntı				
			1	2	3	4	1	2	3	4		5				
<b>Hezeyan</b>	x	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5	
<b>Halüsinasyon</b>	x	0														
<b>Ajitasyon/Saldırganlık</b>	x	0														
<b>Depresyon/Disfori</b>	x	0														
<b>Anksiyete</b>	x	0														
<b>Elastasyon/öfori</b>	x	0														
<b>Apati/kayıtsızlık</b>	x	0														
<b>Disinhibisyon</b>	x	0														
<b>İrritabilite/labilite</b>	x	0														
<b>Anormal motor davranış</b>	x	0														
<b>Uyku/gece davranışları</b>	x	0														
<b>İştah ve yeme değişiklikleri</b>	x	0														
Toplam NPI Puan:											Puan:					

CDR	1. Bellek	2. Oryantasyon	3. Yargılama-Problem çözme
0	Bellek kaybı yok ya da hafif, belirsiz unutkanlık	Tümüyle oryante	Günderlik sorunları çözüyor ve işe ve paraya ilişkin işlerin iyi bir şekilde üstesinden geliyor; geçmiş performansı ile ilişkili yargılamalar iyi
0.5	Hafif aşikar unutkanlık; olayların kısmen hatırlanabilmesi; "selim" unutkanlık	Zaman ilişkilerindeki hafif güçlük dışında tümüyle oryante	Sorunları çözmede, benzerliklerde ve farklılıklarda hafif bozukluk
1	Orta derecede unutkanlık; yakın dönem olayları için daha belirgin; unutkanlık günlük faaliyetleri engelliyor	Zaman ilişkilerinde orta derecede güçlük; muayene yerini tanıyor; fakat dışarıda coğrafi dezoryantasyonu olabilir	Sorunları ele almada, benzerlikleri ve farklılıkları kavramada orta düzeyde bozukluk; toplumsal yargılama genellikle korunmuştur
2	Ciddi unutkanlık; yalnızca çok iyi öğrenilmiş materyal kalmış; yeni materyal hızla kayboluyor	Zamanla ilişkilerinde ciddi güçlük; genellikle zamana, sıklıkla da mekana dezoryante	Sorunları ele almada, benzerlikleri ve farklılıkları kavramada ciddi düzeyde bozukluk; toplumsal yargılama genellikle bozuk
3	Ciddi unutkanlık; Yalnızca parçalar kalır	Yalnızca kişilere oryante	Yargılama yapamıyor ve sorun çözemiyor
CDR	4. Ev Dışında İşlevsellik	5. Ev Yaşamı-Hobiler	6. Kişisel Bakım
0	İşte, alışverişte, gönüllü ve sosyal gruplarda her zamanki düzeyde bağımsız işlevsellik	Ev yaşamı, hobiler ve entelektüel ilgiler iyi korunmuş	Kendine bakımda tam yeterlik Kişisel bakım için çok fazla
0.5	Bu faaliyetlerde hafif bozulma	Ev yaşamı, hobiler ve entelektüel ilgilerde hafif bozulma	
1	Bu faaliyetlerin bir kısmını halen sürdürse de bağımsız işlev göremiyor; yüzeysel bir bakışla normal görünüyor	Evdeki işlevlerde hafif fakat aşikar bozukluk; güç ev işleri, daha karmaşık hobiler ve ilgiler terkedilmiş	Gayrete getirilmesi gerekiyor
2	Evin dışında bağımsız işlevini tümüyle yitirmiş Aile evinin dışındaki faaliyetlere götürülebilecek kadar iyi görünüyor	Yalnızca basit ev işleri devam ediyor; ilgiler son derece sınırlı, zayıf biçimde sürüyor	Elbise giyme, hijyen, kişisel eşyaların bakımı için yardıma ihtiyaç duyuyor
3	Evin dışında bağımsız işlevini tümüyle yitirmiş Aile evinin dışındaki faaliyetlere götürülmeyecek kadar hasta görünüyor	Evde önemli bir işlevi yok	yardıma ihtiyaç duyuyor; sık idrar ve dışkı kaçırıyor

Demans hastalarının bakım vericileri için literatür doğrultusunda geliştirilecek program ile hemşire araştırmacı tarafından eğitim verilecektir.

Geliştirilen eğitim programı:

### **1.Oturum**

Amaç: Programı tanıtmak ve hasta ve bakım vericiyi tanımak

Süre: 30 dak.

- ✚ Tanışma
- ✚ Eğitim hakkında bilgi verme
- ✚ Programın içeriğini tanıtmak
- ✚ Eğitimlere düzenli ve zamanında katılımın önemi
- ✚ Hasta hakkında ve bakımdan sorumlu hasta yakını ile ilgili bilgi edinme
- ✚ Hasta ve yakınının hastalık yaşamlarına ilişkin bilgi edinme

### **2. Oturum**

Amaç: Bakım vericinin Demans ile ilgili bilgilenmesi

Süre: 40 dak.

- ✚ Demans nedir?
- ✚ Sebepleri nelerdir? Demans nasıl başlar?
- ✚ Daha çok ne zaman ortaya çıkıyor?
- ✚ Demans belirtileri nelerdir?
- ✚ Demans nasıl seyreder?

### **3. Oturum**

Amaç: Bakım vericinin Demans tedavisi ile ilgili bilgilenmesi

Süre: 30 dak.

- ✚ İlaç tedavisinin amacı, ilaç etkileri, yan etkileri ve bu durumda yapılması gerekenler
- ✚ İlaçları düzenli kullanmanın önemi hakkında bilgilendirme, yanlışları düzeltme, eksik bilgiyi tamamlama
- ✚ İlaç tedavisine uyuma ilişkin yaşanan sorunların paylaşılması

### **4. Oturum**

Amaç: Bakım vericinin hastada olası sağlık sorunları hakkında bilgilenmesi

Süre: 40 dak.

- ✚ Demanslı hastada beslenme, iletişim, inkontinans, uyku, bası yarası vb konularda bilgilendirme

## 5. Oturum

Amaç: Bakım vericilerin hasta için aile desteğinin önemini vurgulaması, yaşadıkları bakım yükünü tartışabilmesi

Süre: 30 dak.

- ✚ Bir önceki eğitimin anlaşılma ve uygulanabilmesinin değerlendirilmesi
- ✚ Hastanın tedavi ve bakımında aile desteğinin önemi
- ✚ Normal aile yaşamının önemi
- ✚ Bakım yükü kavramının açıklanması
- ✚ Ailelerin bakım yükü
- ✚ Bakım vericilerin öz-bakımının önemi

## 6. Oturum

Amaç: Bakım vericilerin problem çözme becerileri kazanması

Süre: 30 dak.

- ✚ Bir önceki eğitimin anlaşılma ve uygulanabilmesinin değerlendirilmesi
- ✚ Problem çözme yöntemleri
- ✚ Bakım vericilerin evde hasta ile yaşadıkları problemlerin paylaşımı ve bu problemlere yönelik yaklaşımlar konusunda bilgilendirme

## 7. Oturum

Amaç: Bakım vericinin stresle baş etmeye yönelik bilgilenebilmesi

Süre: 30 dak.

- ✚ Bir önceki eğitimin anlaşılma ve uygulanabilmesinin değerlendirilmesi (Örn: evde hasta ile yaşadıkları problemler ve bunlara yönelik yaklaşımlar ve etkinliği)
- ✚ Bakım vericilerin hastalarıyla ilgili yaşadıkları stres deneyimlerini paylaşmaları
- ✚ Stresle baş edebilmek ve tükenmeyi önlemeye yönelik bilgilendirme

## 8. Oturum

Amaç: Bakım vericilerin hastayla iletişim becerileri konusunda bilgilenebilmesi ve programı değerlendirmesi

Süre: 30 dak.

- ✚ Bir önceki eğitimin anlaşılma ve uygulanabilmesinin değerlendirilmesi (Örn: stresle baş etmeye yönelik girişimler ve etkinliği)
- ✚ Hastaların iyileşmesinde iletişimin önemi
- ✚ Hastayla olan iletişimde dikkat edilmesi gerekli noktalar hakkında bilgilendirme
- ✚ Eğitim programını değerlendirme
- ✚ Bireylerin önerilerinin paylaşılması

**Etik Kurul İzin Formu**

**(EK 13A)**

Ü.A.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	06/ 12/ 2025 / 367896 - 412				
ARAŞTIRMAMIN ADI	Demans Bakım Ve Destek Programının Bakım Verisi Yükleme, Hasta Ve Bakım Verilerinin Nüropsikiyatrik Semptomları Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Dilek ÖZMEN - CBO. SYO. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Fatma UYAR, Prof. Dr. Hatice MAVİOĞLU, Psikolog, Nilay ATALAY				
ARAŞTIRMAMIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TED <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİANS-DOKTORA TED <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	29/ 11/ 2015 / Tarih ve 367sayılı Araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan <b>UYGUN</b> olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Yükümlülük Kabulü Üyesi	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Yükümlülük Kabulü Üyesi
Prof. Dr. Cangül ERİMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Peilin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ÖMÜR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Amine DENEÇİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ S. T. R. Alerji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TİMİZ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Günül Tescan KÖLEÇ Araştırma ve Eğitim AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Semî ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cangül ÖZTÜRK Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇİÇEK Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamel VURAL Farmakoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Ayşen TÜRCÜ HİLDİBİM - Çocuk Hematoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarkan ULUÇAY Aile Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statü Üyesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – BÖİGm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuzla zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan</p>					



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği



*Başhekimlik Yazı İşleri*

SAYI : 61804347-100/8562

17/12/2014

KONU: Araştırma izni

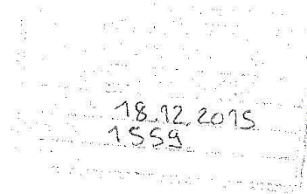
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 15.12.2015 tarih ve 1396 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen öğrenciniz Fatma UYAR ın 'Demans Bakım ve Destek Programının Bakım Verici Yüküne, Hasta ve Bakım Vericinin Nöropsikiyatrik Semptomları ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi' konulu tez uygulama çalışmasını Nöroloji Polikliniğine bağlı Demans yapılmaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Emin KURT  
Başhekim





## Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

(Ek 14)

dilek ozmen <ozmendilek@yahoo.com>

10.08.2015 ☆

Alıcı: bana

Kolay gelsin.

Doç.Dr.Dilek ÖZMEN  
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD.  
MANİSA

Tel: 0 236 2391318 - 2318373  
Faks: 0 236 2320058  
GSM: 0 533 3434523

On Monday, August 10, 2015 9:41 AM, Burcu Akpınar <[burcu.akpinar@deu.edu.tr](mailto:burcu.akpinar@deu.edu.tr)> wrote:

Sayın Dilek Hocam,

Öncelikle gecikme için üzgün olduğumu belirtmek isterim, tatil için şehir dışında idim ve internet bağlantım yoktu o nedenle istediğiniz ölçeği ancak iletiyorum. Ölçeğin ardından ölçekle ilgili bilgilerde yer alıyor, ayrıca ölçek makalesini de ekledim, çalışmalarınızda kolaylıklar başarılar sizlerle olsun.

Sevgiler

Burcu Akpınar Söylemez

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Fatma	Soyadı	UYAR
Doğum Yeri	Aydın	Doğum Tarihi	15.06.1989
Uyruğu	Türkiye	Tel	0545 558 57 09
E-mail			

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Ege Üniversitesi	2013
Lise	İncirliova ÇPL	2006

### İş Deneyimi

Görev	Kurum	Süre
Arş. Gör.	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	3 yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
75								
		Sayısal		Eşit Ağırlık		Sözel		
ALES Puanı		72						
(Diğer)								

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
SPSS, Office	İyi