



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMİREL ANABİLİM DALI

**EVDE ALZHEİMER HASTASINA BAKIM VERENLERİN
HASTA BAKIMINA YÖNELİK KULLANDIKLARI
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Alaattin ALTIN

Samsun

Ocak-2016



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMİRELİ ANABİLİM DALI

**EVDE ALZHEİMER HASTASINA BAKIM VERENLERİN
HASTA BAKIMINA YÖNELİK KULLANDIKLARI
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Alaattin ALTIN

Danışman

Doç. Dr. İknur AYDIN AVCI

Samsun

Ocak-2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Alaattin ALTIN tarafından Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI Danışmanlığında hazırlanan 'Evde Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Hasta Bakımına Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri' başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 25/01/2016 tarihinde yapılan sınav ile Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç.Dr.İlknur AYDIN AVCI, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)

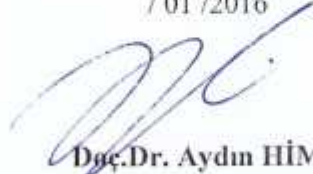
Üye : Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi

Üye : Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

/ 01 /2016


Doç.Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TE EKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen, akademisyenlik yolundaki çalışmam hayatımda her zaman desteğini hissettirerek güç aldığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. İknur AYDIN AVCI'ya,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a

Çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Sayın Doç. Dr. Yüksel TERZ'ye,

Çalışmam boyunca, beni cesaretlendiren, yardımını ve desteğini daima hissettiğim ve güç aldığım Yrd. Doç. Dr. Nuran MUMCU BOĞA'ya, Ö r. Gör. Tina MAL KE'ye, Ar . Gör. Esat ANLI'ya, Ar . Gör. Özge ÖZ'e, Ar . Gör. Dilek ÇELİK EREN'e, Ar . Gör. Senem GÜRKAN'a, Ar . Gör. Mehmet KORKMAZA'a, Gül AKIN'a, İbrahim SUCU'ya, Recep GÜLMEZ'e ve yüksek lisans eğitimim boyunca beraber ders aldığım arkadaşlarım, Mesiya AYDIN'a, Tuba KAVALLI ERDOĞAN'a, Tuba YILMAZ'a, İknur YÜKSEL CANER'e, Nazlı ÖZÇELİK'e, Yunus ILHAN'a, Gülsüm UZUN'a, Fulya BİLİR'e,

Beni yetiştiren, bu günlere gelmemde en çok emeği olan ve her zaman destekleri ile yanımda olan, annem Asiye ALTIN'a ve babam Muzaffer ALTIN'a, canım ablam Neslihan ALTIN'a, biricik kardeşlerim Sevda Hatun ALTIN'a ve Nisa Nur ALTIN'a sonsuz teşekkür ederim.

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü tezleri destekleme projeleri kapsamında PYO.SSY.1904.15.005 kodlu proje olarak desteklenmiştir.

Alaattin ALTIN

Samsun-2016

ÖZET

EVDE ALZHEIMER HASTASINA BAKIM VERENLERİN HASTA BAKIMINA YÖNELİK KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılan bu çalışmada, 20 Aralık 2014- 15 Haziran 2015 tarihleri arasında Samsun'da bir hastanenin Evde Bakım Hizmetleri Merkezine kayıtlı, evde Alzheimer hastasına bakım veren ve çalışmaya katılmayı kabul eden 177 bakım veren ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, "Veri Toplama Formu" kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler ve Ki-Kare (X^2) testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaş ortalaması $48,8 \pm 13,2$ olup %83,6'sı kadındır. Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri sıklığı %61,6'dır. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik; %21,5'inin masajı, bitkisel yöntemlerden %30,5'inin balı, dini uygulamalardan %51,4'ünün ibadeti tercih ettikleri saptanmıştır. Bakım verenlerin %59,6'sı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanmadan önce/sırasında sağlık personeline danışmadıkları tespit edilmiştir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumu ile ekonomik destek alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanımının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda sağlık personellerinin, bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bakım verenlere bilgi verilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Alternatif tedavi; Alzheimer; Evde bakım; Hasta bakımı

Alaattin ALTIN, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ocak-2016

ABSTRACT
COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE TREATMENT METHODS USED
FOR PATIENT CARE BY CAREGIVERS TO ALZHEIMER'S DISEASE AT
HOME

Aim: This study was carried out to determine the complementary and alternative treatment methods used for patient care by caregiver to Alzheimer's disease at home.

Material and Method: This study, designed in accordance with descriptive research principles, was applied in a hospital between June 15, 2014 and December 20, 2015 in Samsun. The participants were 177 Alzheimer's disease caregivers who registered to Home Care Services Centre and who agreed to participate to the study. The data of the study were collected with 'Data Collection Form'. In evaluating the obtained data, number, percent and Chi-square (X^2) tests were used.

Results: In the study, the average age of the caregivers of Alzheimer's patients is 48.8 ± 13.2 and the 83.6% are women. The frequency of the complementary and alternative treatment methods used for patient care by caregivers to Alzheimer's disease at home is 61.6%. It was found out that 21.5% of the caregivers prefer massage, 30.5% prefer honey as herbal methods, 51.4% prefer religious practices for patient care. It was determined that 59.6% of the participants did not consult to the medical staff before/during their use of complementary and alternative treatment methods. The relationship between the status of achieving to the expected results of the complementary and alternative treatment methods used for patient care by caregiver to Alzheimer's disease at home and the status of economical support was found statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that the use of the complementary and alternative treatment methods used for patient care by caregivers to Alzheimer's disease is high. In accordance with this result, it can be suggested that caregivers are to be provided with information about the complementary and alternative treatment methods used for patient care that caregivers to Alzheimer's disease to caregivers.

Keywords: Alternative Treatment; Alzheimer; Home Care; Patient Care

Alaattin ALTIN, Master's Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, January-2016

S İMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birle ik Devletleri
ADI	: Alzheimer's Disease International
AH	: Alzheimer Hastalısı
DM	: Diabetes Mellitus
DR	: Doktor
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EURODEM	: The European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NCCAM	: The National Center for Complementary and Alternative Medicine
NIH	: National Institutes of Health
NINCDS-ADRDA	: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
SEAH	: Samsun Eğitim ve Ara tırma Hastanesi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
₺	: Türk Lirası
X²	: Ki-Kare Testi

Ç NDEK LER	
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
S MGELER ve KISALTMALAR.....	vi
Ç NDEK LER	vii
1. G R	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Ara tırmanın Amacı	3
1.3. Ara tırmanın Soruları.....	4
2. GENEL B LG LER.....	5
2.1. Demans.....	5
2.2. Alzheimer Hastalı ı	5
2.2.1. Tanımı.....	5
2.2.2. Tarihçesi	6
2.2.3. Epidemiyolojisi.....	6
2.2.4. Nedenleri	6
2.2.5. Risk Faktörleri	7
2.2.6. Tanı Kriterleri	9
2.2.7. Klinik Belirtiler	10
2.2.8. Tedavisi	12
2.3. Alzheimer Hastalı ında Bakım	13
2.3.1. Bakım Veren Tanımı	13
2.4. Evde Bakım Hizmetleri.....	13
2.4.1. Evde Bakım Hizmetleri ve Alzheimer Hastalı ı	14
2.4.2. Alzheimer Hastalı ında Bakım Verene Yönelik E itim	15
2.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	16
2.5.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Sınıflandırılması	17
2.5.2. Alzheimer Hastalarını Olumlu Yönde Etkileyen Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri.....	23

2.5.3. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Tamamlayıcı Tedavi Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları	24
3. MATERYAL VE METOT.....	25
3.1. Ara tırmanın şekli	25
3.2. Ara tırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Ara tırmanın Evreni	25
3.3.2. Ara tırmanın Örneklemi	25
3.4. Ara tırmanın Değişkenleri	25
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	25
3.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	25
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	26
3.5.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	26
3.6. İstatistiksel Analiz.....	27
3.7. Ara tırmanın Etik Yönü	27
3.8. Ara tırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuçlar.....	55
6.2. Öneriler	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	68
Ek-1 Veri Toplama Formu	69
Ek-2 Etik Kurul Raporu	74
Ek-3 Kurum izni	75
ÖZGEÇMİŞ	76

1. G R

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Yaygın ve iyi bilinen demans tiplerinden biri olan Alzheimer hastalığı (AH) ilerleyici zihinsel ve kişilik değişimleriyle karakterize olup tüm demans vakalarının %50-70'ini oluşturmaktadır (Selekler, 2010). AH, demansın en sık nedenidir. AH prevalansının 2040 yılına kadar hızla artacağı tahmin edilmektedir. AH, genellikle 60 yaşından sonra başlamakta, demans vakalarının yaklaşık olarak 2/3'ünü oluşturmakta ve 75 yaşından sonra belirgin olarak artmaktadır (Gürvit, 2010).

Alzheimer's Disease International (ADI)-(Uluslararası Alzheimer Hastalığı Federasyonu) 2015 Dünya raporuna göre; Dünya genelinde 2015 yılında 46,8 milyon demans vakası bulundu ve bu sayının 2050 yılında 131,5 milyona çıkacağı öngörülmektedir. Dünya genelinde 2015 yılında 9,9 milyon yeni demans vakası beklenmektedir. Altmış yaşındaki bölgesel nüfus dikkate alındığında Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da demans prevalans ve insidansı yüksek seyretmekteyken, Latin Amerika ve Asya ile Batı-Pasifik komşuları bunları takip etmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşlı insanların 2015 yılında %58'inde demans görülmekte iken bu oranın 2030 yılında %63'e, 2050 yılında ise %68'e çıkması beklenmektedir.

Türkiye'de 2014 yılında AH tanısı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ilgili "Teşhisli Gruplar Daire Başkanlığı" veritabanından elde edilen veriler incelendiğinde; 2014 yılında toplam yatan 18.158 hastanın %43,6'sının erkek (7.911), %56,4'sinin kadın (10.247) olduğu görülmektedir. Türkiye'de AH kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir. 2014 yılında Alzheimer tanısı konulan 18.158 hastanın yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; hastalığın kadın ve erkeklerde en çok görülen yaş grubunun 70-84 yaş grubu olduğu görülmektedir (Öztürk, 2015).

AH kesin nedeni henüz bilinmemekte ancak hastalığın oluşumunda ailesel yatkınlık, otoimmün bozukluklar, virüsler, kromozom anomalileri, asetilkolin metabolizması ile ilgili bozukluklar, diyetle alınan kalsiyum, magnezyum gibi elementler, kafa travmaları, alüminyum toksisitesi gibi genetik ve çevresel birçok faktörün rol aldığı ileri sürülmektedir (Karadakovan, 2006; Selekler, 2009).

AH'nin kesin tedavisi yoktur ancak kullanılan tedaviler hastalığın belirtilerini ortadan kaldırmaya yöneliktir. Amiloid plaklar ve nörofibriller yumaklar oluşumunu engelleyen ya da var olanları ortadan kaldıran tedavi uygulaması henüz bulunmamaktadır (Bağcı ve ark., 2006; Waldemar ve ark., 2007).

AH kronik bir hastalık olması, hastanın uzun süreli hastanede kalamaması, kurum yetersizliği gibi nedenlerle çoğu zaman hastalar aileleri ile birlikte yaşamakta ve gerekli bazı tedavilerin evde bakım hizmeti kapsamında evde yapılması sağlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 4 milyondan fazla Alzheimer hastasının %70'inin aile bireyleri tarafından bakım aldığı belirtilmektedir (Clare ve ark., 2010). Aile bireylerinin çoğu bakım rolünü olabildiğince sürdürerek hastasının sağlık kurumundan bakım almasını önlemeye çalışır ve genellikle birinci derecede bakımdan sorumlu olan kişileri Alzheimer hastasının ebidir (Özcan ve ark., 2009).

Bununla birlikte, AH tedavisinin hem duygusal hem de fiziksel olarak yıpratıcı olması nedeniyle hastalar ve bakım verenler tıbbi tedavilerine ek olarak farklı uygulamalara başvurabilmektedirler. Bu uygulamalar içinde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) önemli bir yeri vardır (Khorshid ve Yapucu, 2005; Akyar ve Akdemir, 2009). Çalışmalarda hastaların TAT yöntemi kullanmasını etkileyen birçok faktör olduğu; bunlar arasında hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve iyileşmesinin sağlanması, tıbbi tedaviden beklenen yanıtın alınmaması, ailede TAT kullanımına başvurmuş olma durumu, tamamlayıcı tıbbi inanma, tedavinin yaratacağı yan etkilerin azaltılması gibi nedenlerin yer aldığı görülmüştür (Barnes ve Bloom, 2008; Cao, 2012). Bir çalışmada, Alzheimer hastalarının yaşadığı davranışsal değişiklikleri gidermede ilaç tedavisi dışında TAT yöntemlerini daha çok benimsenmesinin hasta yararına olacağı belirtilmiştir (Cipriani ve ark., 2010).

Literatür incelendiğinde; demans, alzheimer, multipl skleroz, nöropatiler, spinal kord yaralanması, epilepsi gibi nörolojik hastalıkları olan hastaların TAT yöntemlerine başvurdukları görülmektedir (Fowler ve Newton, 2006; Dedeli ve Karadakovan, 2011). TAT yöntemlerinin Alzheimer hastalarının davranışsal, psikolojik ve duygusal

durumlarını olumlu yönde etkiledi i belirtilmektedir (Svansdottir ve Snaedal, 2006; Ledger ve Baker, 2007; Chen ve ark., 2014). TAT yöntemleri uygun maliyette olabilmekte ve bu nedenle Alzheimer hastalarının ve bakım verenlerinin TAT yöntemlerine ulaşmaları, ilaç uygulamalarına ulaşmalarından daha kolay olabilmektedir. TAT yöntemleri bilinçli ve düzenli kullanıldığında Alzheimer hastalarının ve bakım verenlerinin yaşam koşullarına olumlu katkı sağladığı bildirilmektedir (Samson ve ark., 2015).

Müzik terapisi, Alzheimer hastalığı semptomları üzerine etkili bir TAT yöntemidir. Müziğin demans hastaları üzerinde olumlu etki yaptığı, yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiş ve bakım vericilerin üzerindeki yükün azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Samson ve ark., 2015). Demanslı bireylerde tercih edilen TAT yöntemlerinden bir diğeri olan aromaterapi, farmakolojik tedaviye göre hem maliyeti daha az hem de hiç yan etkisi olmayan bir uygulamadır (Ballard ve Corbett, 2010).

Ayrıca TAT kullanıcılarının yaklaşık %70'inin TAT yöntemi kullandıklarını doktorlarına bildirmedikleri görülmüştür. Hastaların bu konuyu doktorlarına açıklamamalarının en önemli nedenlerinin; doktorların kendilerinin TAT yöntemi kullanmalarını önemsememesi, doktorların bilmediğini düşünülmesi ve doktorların bu yöntemi onaylamayacağı düşünüldüğü belirtilmiştir (Algier ve ark., 2005; Dedeli ve Karadakovan, 2011).

Bu durum göz önüne alındığında; sağlık çalışanlarının ve özellikle hastalarla daha çok zaman geçiren hemşirelerin TAT yöntemlerinin etkinliği, güvenilirliği, hasta üzerindeki etkilerini değerlendirme için bu konuda bilgi ve farkındalıklarını arttırmaları, hastaları doğru yönlendirebilmeleri gerekmektedir (Fowler ve Newton, 2006; Araz ve ark., 2012). Evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarını ve nedenlerini araştıran çok az sayıda çalışmada vardır. Bu nedenle; evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin kullandıkları TAT yöntemlerinin belirlenmesi için bu çalışmanın yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH) Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'ne kayıtlı Alzheimer hastalarına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Ara tırmanın Soruları

1. Ara tırmaya katılan bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri nelerdir ?
2. Ara tırmaya katılan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerinden memnun kalma durumları nedir?
3. Ara tırma kapsamındaki bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemi kullanma durumları nedir?
4. Ara tırmaya katılan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemi kullanma süreleri nedir?
5. Ara tırmaya katılan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemi kullanma sıklıkları nedir?
6. TAT yöntemi kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL B LG LER

2.1.Demans

Latince zihin anlamına gelen ‘‘mens’’ kelimesinden türetilmi olan demans zihnin yitilmesi anlamına gelmektedir (Princea ve ark., 2013). Demans hastalı ı; kronik ve genel olarak ilerleyici bellek ve entellektüel kapasitenin azalması ile hafıza, algılama, konuşma, hesaplama, soyut düşünme ve problem çözme yetene i gibi bili sel i levlerden en azikisinde bozukluk olması ile karakterizedir (Çınar ve Kartal, 2008; Cipriani ve ark., 2010).

Demans bili sel ve di er kognitif fonksiyonlarda, günlük aktivite ve davranı ları etkileyecek düzeyde, sonradan ortaya çıkan bir tablodur (Ülger ve Arıo lu, 2007). Altmış be ya ve üzerindeki ki ilerin %5’inde demans belirtileri gözlenir. Ya la birlikte bu oran artar, 80 ya ve üzerindeki ki ilerde demans sıklı ı %20’lerden %60’lara çıkar (Tekin ve ark., 2011). Demans hastalı ı etyolojisine göre primer ve sekonder olmak üzere iki sınıfa ayrılır (Gürvit, 2010). Primer demans merkezi sinir sisteminin (MSS) nörodejeneratif hastalıkları olan AH, Diffüz Lewy cisim hastalı ı, fronto-temporal demans, motor bozuklukla olan demans, çe itli pediatrik demans ve ender demanslar ekinde sınıflandırılır (Gürvit, 2010; Princea ve ark., 2013). Sekonder demans ise nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalı ın seyri esnasında demans olu turan hastalıkları içermektedir. Bunlar toksik-metabolik demanslar, vasküler demans, enfeksiyonlar, normal basınçlı hidrosefali, kafa içi yer kaplayıcı ve otoimmün-enflamatuvar hastalıklardır (Gates ve ark., 2011).

Demansın birçok nedeni bulunmaktadır ve en sık görülen demans tipi Alzheimer hastalı ıdır. AH tüm demansların yaklaşık %60-70’ini olu turmaktadır (Özcan ve Kapucu, 2009).

2.2.Alzheimer Hastalı ı

2.2.1. Tanımı

Demansın en sık nedenlerinden biri Alzheimer hastalı ıdır. leri ya larda kendini gösteren AH unutkanlık ba ta olmak üzere çe itli davranı sal ve zihinsel bozukluklara neden olan ki inin günlük aktivitesini olumsuz etkileyen nörodejeneratif bir hastalıktır (Akyar ve Akdemir, 2009).

2.2.2. Tarihçesi

Elli bir ya ındaki Auguste D. isimli hasta Frankfurt Akıl Hastalıkları Hastanesi'nde çalı an Alman doktor Alois Alzheimer'a ba vurur. Dr. Alois Alzheimer'ın 1907'de ilk olgusu Auguste D.'yi Tunbingen'de (Almanya) yayımlamasından sonra hastalı a "Alzheimer" adını klinik efi Dr. Emil Kraepelin vermiştir. Bu ilk vakada hasta a ır kısıkançlık ikayeti ile gelmiş olup hastada yüksek beyin akvitilerinde bozukluk görülmü tür. Hastanın beyin biyopsisinde korteks sinir hücrelerinde amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar görülmü tür (Ba ıl ve Karagöz, 2006; Selekler, 2010).

2.2.3. Epidemiyolojisi

Berr ve ark. (2005), Avrupa Birli i ülkelerinde yaptıkları çalı mada, demans sıklı ını %5.9-9.4 oranında bulmuş lar ve demans hastalarının %60-70'ini Alzheimer hastalarının olu turdu unu ifade etmiş lerdir. The European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group (EURODEM)-(Avrupa Birli i Demans Önleme ve Epidemiyolojisi Birli i) AH'nın 65-69 ya ları arasında %2, 85-89 ya ları arasında %22 sıklıkta oldu unu bildirmektedir. Benzer ekilde ABD'de 65-85 ya arasında AH prevalansının %5,7-%10, 85 ya ve üzerinde %25-%45 olarak tahmin edildi i belirtilmektedir (Plassman ve ark., 2007).

Türkiye statistik Kurumu (TU K) 2014 Alzheimer raporuna göre 2023 yılında Türkiye'de 65 ya üstü ya lı nüfus oranının yüzde 10'un üzerine çıkacağı ve demans hastalı ı sıklı ının büyük bir hızla artmaya devam edece i belirtilmektedir. Türkiye'de 2014 yılında Alzheimer tanısı ile yatan toplam 18.158 hastanın % 43,6'sı erkek (7.911), % 56,4'ü kadın (10.247) oldu u belirlenmiştir. Türkiye'de AH kadınlarda daha fazla oldu u görülmektedir (Öztürk, 2015). Demans vakalarının dünya genelinde 2015 yılında 46,8 milyona ula tı ı ve bu sayının 2050 yılında 131,5 milyona çıkacağı öngörülmektedir (ADI, 2015)

2.2.4. Nedenleri

Hastalı ın olu umunda ailesel yatkınlık, kromozom anomalileri, otoimmün bozukluklar, asetilkolin metabolizması ile ilgili bozukluklar, kafa travmaları, alüminyum toksisitesi gibi genetik ve çevresel birçok faktörün rol oynadı ı ileri sürülmekte fakat AH kesin nedeni henüz bilinmemektedir (Karadakovan, 2006;

Selekler, 2009). AH'nda sinirler arasındaki ileti mi sa layan bazı maddelerin üretiminde azalma ve bunlar arasındaki dengede bozulmanın etkili olabilece i ileri sürülmektedir. Beyin dokusunda asetilkolin üretiminde rol oynayan asetilkolin transferaz enziminin aktivitesindeki azalma, yeni bilgilerin ö renilmesi ve hatırlanmasında önemli rol oynayan bu enzimin üretilmesini azaltır. AH'nda görülen bellek kaybı ve ö renme yetene indeki azalma bu enzimin eksikli i ile açıklanabilmektedir (Karadakovan, 2006).

Olası di er faktörler henüz kanıtlanmamı olup bu faktörler; proteinler, genler, kimyasal haberciler, glikoz metabolizması, kalsiyum miktarı ve çevredir (Gürvit, 2010).

2.2.5. Risk Faktörleri

Ya

En önemli ve de i tirilmesi mümkün olmayan AH risk faktörü ya tır. Ya arttıkça AH'ye yakalanma olasılı ı artmaktadır. Altını be ya ın üzerinde her be yılda bir prevalans iki katına çıkmakta, doksanlı ya lardan sonra ise AH prevalansının görülme sıklı ının artmaya devam etti ini gösteren çalı malar bulunmaktadır (Karadakovan, 2006; Gürvit ve ark., 2008).

Genetik Yatkınlık ve Aile Öyküsü

Birinci dereceden akraba, anne-baba ya da karde te AH bulunma durumunun demans geli me riskini üç kat arttırdı ı bildirilmektedir. AH'nın %2'sini ailevi AH olu turmaktadır. Literatürde otozomal dominant geçi li AH olan ailelerin oldu u belirtilmi tir. Benzer ekilde, ailede down sendromu öyküsünün olması ile AH arasındaki ili kinin de sınırdan anlamlı oldu u gözlenmi tir (Akdemir ve ark., 2007; Solmaz ve Ta tan, 2012).

Cinsiyet

Cinsiyetin etkisi AH riski açısından tartı malı bir konudur. Ço u çalı mada AH'nin kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görüldü ü gösterilmi tir. Fakat bu sonuç her prevalans ve insidans çalı masının ula tı ı bir sonuç de ildir. Kadınlarda AH olasılı ının yüksek oldu unu ileri süren çalı malarda bu farkın neden kaynaklandı ı da yeterince ikna edici bulunmamaktadır (kadınların uzun ömürlü olmaları, e itim

düzeyleyleri, kardiyovasküleyer hastalıkların etkisi vs.) (Gürvit ve ark., 2008; Solmaz ve Ta tan H, 2012).

Kafa Travması

Kafa travmasının nasıl AH'ye yol açtı ı biyolojik olarak kesin bilinmemektedir. Ancak, travmanın nöronal hasara yol açtı ı, bunun da A amiloid birikimini artırarak, amiloid plaklara dönü tü ü belirtilmi ve hayvan ve insan çalı malarında da gösterilmi tir (Gürvit ve ark., 2008; Akyar ve Akdemir, 2009).

E itim

E itim almamı yetmi be ya ında bir birey aynı ya ta en az 8 yıl e itim almı bireye göre AH yakalanma riski iki kat daha fazladır. Çalı maların ço unlu unda AH için dü ük e itim düzeyi risk faktörü olarak bildirilmi tir. Ancak daha ileri ya lardaki e itim veya kognitif aktivitenin AH'yi geciktirici bir etkisinin olup olmadı ı ise belirsizdir (Isorna ve ark., 2006; Tekin ve ark., 2011).

Kardiyovasküleyer Hastalıklar

Kardiyovasküleyer sistemi bozan hastalıkların AH geli im riskini artırdı ını belirten çok sayıda ara tırma vardır. Ancak bu ara tırmalara dahil edilen hastaların vasküleyer demansdan ne derece sa lıklı ayrılmi oldu u üphelidir (Gürvit ve ark., 2008; Yazıcı ve ahin 2010).

Östrojen

Epidemiyolojik prevalans verileri kadın cinsiyetin AH yakalanma riskini artırdı ını bildirmektedir. Bu duruma, menopozdan sonra östrojen düzeylerindeki dü ü ün neden oldu u dü ünülmektedir. Bu nedenle, post-menopozal dönemde erken ve yüksek doz östrojen replasmanının Alzheimer riskini azalttı ı ileri sürülmü tür (Çetinkaya ve Karadakovan, 2012).

Depresyon

Depresyon öyküsü bulunanlarda, depresyon öyküsü bulunmayanlara göre AH geli im riski daha fazladır. AH'li hastalarda depresyon, hastalı ın her döneminde görülmekle birlikte erken evrelerde daha belirgindir. Bunun, demans belirtilerinin farkında olunmasından mı ileri geldi i yani reaktif bir depresyon mu oldu u veya

depresif durumun AH belirtilerinden bir mi oldu u henüz yeterince net de ildir. Depresyonun özellikle de dikkati, buna ikincil olarak da belle i bozucu etkilerinin oldu u unutulmamalıdır. Erken evre AH'de ise bellek, dikkatten ba ımsız olarak bozulur ve bu muayene ile ortaya ıkarılabilmektedir (Yazıcı ve ahin, 2010; Mutluer ve ark., 2013).

Sigara ve Alkol Kullanımı

Yapılan bir ıalı mada, sigara kullananlarda AH riskinin arttı ı belirtilmi tir. Aynı ekilde alkol kullananlarda da AH riskinin arttı ı gösterilmi tir. Bunun yanı sıra bu ıalı malarla ıeli en ıalı ma sonuçları da bildirilmi tir (Savva ve ark., 2009; Gürvit, 2010)

Di er risk faktörleri

Annenin do um esnasındaki ya ının, çocuk sayısının, babalık ya ının, do du u mevsimin bazı az sayıdaki olguyu içerisine alan ıalı malarda risk faktörü olabilece i ileri sürülmü se de, fazla olguyu içeren ıalı malarda bu faktörlerin kanıtlanmı risk faktörleri olmayaca ı belirtilmi tir. EURODEM'in sonuçlarına göre hem erken hem de geç dönemde anne ya ı AH için bir risk faktörü olarak belirtilmi tir. Anne ve baba ya ı ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır (Sink ve ark., 2005; Savva ve ark., 2009).

2.2.6. Tanı Kriterleri

Hastalı ın tanısı temel olarak klinik bulgulara dayanır. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri, tedavi edilebilen veya di er demans tiplerini, ayırt edici tanısında kullanılır (Ba gül ve Karagöz, 2006).

Alzheimer hastalı ı klinik tanısı için yayımlanmı olan ve bugün yaygın biçimde National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)-(Ulusal ve Nörolojik ve leti im Hastalıkları Enstitüsü ve nme-Alzheimer Hastalı ı ve li kili Hastalıklar Derne i) ve Amerikan Psikiyatri Birli i Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) Tanı kriterleri kullanılmaktadır (DSM-IV, 2013).

AH'nin tanı kriteri olarak yaygın biçimde NINCDS-ARDRA tanı kriterleri kullanılmaktadır. Bu kriterler bellek veya lisan, görsel-uzaysal yetiler veya yürütücü i levler gibi bili sel i levlerde bozulmayı ön görür. Bu belirtileri kar ılayan hastalık

tablosuna “Muhtemel Alzheimer Hastalısı” denilmektedir. Yapılan incelemelerle NINCDS-ARDRA tanı kriterleri %85 doğruluk göstermiştir (Tablo 1) (Dubois ve ark., 2007; Cipriani ve ark., 2010).

Tablo 1. Alzheimer hastalısı tanısı için NINCDS-ADRDA ölçütleri (Dubois ve ark., 2007’den uyarlanmıştır)

I. Muhtemel AH: Esas tanısal özellikler

- A. Klinik muayene ile anlaşılan demans
- B. 2’den fazla bilişsel alanında bozukluk
 - a. Bellek (gerekli)
 - b. Belleğin diğer alanlar
- C. Tedrici başlangıç ve ilerleme ile karakterize bozukluklar, 40 yaşından sonra başlama
- D. Diğer sistemik bozukluklar ya da beyin hastalıkları bellek ve bilişsel ilerleyici eksiklikleri açıklamaz

II. Mümkün AH: Esas tanısal özellikler

- A. Diğer nörolojik, psikiyatrik ya da sistemik bozukluklar olmadan demans sendromu ya da
- B. Demansın temel nedeni olduğu düşünülmeyen, demans oluşturmaya yetecek ikinci bir sistemik ya da beyin bozukluğunun bulunması

III. Muhtemel ya da mümkün AH tanısı koyduran özellikler

- A. Ani apoplektik başlangıç
- B. Hemiparezi, duyu kaybı, görme alanı eksiklikleri ve hastalığın seyrinin erken dönemlerinde koordinasyon bozukluğu gibi fokal nörolojik bulgular
- C. Hastalığın seyrinde başlangıçta ya da çok erken dönemlerde nöbet ya da yürümede bozukluklar

IV. Kesin AH için tanı ölçütleri

- A. Muhtemel AH için klinik ölçütler
 - B. Biyopsi ya da otopsiyen elde edilen histopatolojik kanıtlar
-

2.2.7. Klinik Belirtiler

Alzheimer hastalısı klinisinin en önemli özelliği insidansla yaşla seyirli olmasıdır ve AH, vakalarının çoğu yakın bellek bozukluğu ile başlar. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte dil, dikkat, görsel-uzaysal fonksiyonlar, yürütücü işlevler ve

praksi (dü ünsel/konseptüel bölüm) gibi kognitif fonksiyon bozuklukları ile günlük ya am aktivitelerinde bozukluklar klinik tabloya eklenmektedir. Depresyon, ajitasyon, hezeyanlar ve halüsinasyonlar gibi davranışsal de i iklikler hastalının seyri sırasında herhangi bir dönemde ortaya çıkabilmektedir. Hafıza bozukluğu, ba langıçta ö renememe ve yeni hafıza oluşturma da bozulmaktadır. Fakat uzak hafıza korunmaktadır. Devamlı aynı soru tekrar tekrar sorulabilir. İleri dönemlerde uzak hafıza da bozulur. Lisan bozukluğu, kelime bulamama (anomi), yanlış kelime veya yerine kelime söyleme ekinde ortaya çıkmaktadır. Alışveriş, yemek yapma, para hesabı, elbise seçme, yol ve yön bulma, ev ve işle ilgili sorunları çözme, kitap okuma, televizyon-radyo izleme, randevuları hatırlama gibi günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar olur (Yazıcı ve Şahin, 2010; Selekler, 2010). Alzheimer hastalarının nörolojik muayenesi, mental muayene bozukluğu dışında genelde normal sınırlar içerisindedir (Ballard ve Corbett, 2010).

Hastaların yaşam süresi tanı konulduktan sonra ortalama 8,1 (5-20) yıldır. Hastalar bu süre içerisinde tüm bilişsel seviyelerini kaybederek, yata bağımlı, inkontinans ve çevreye yanıtsız duruma gelir. En sık ölüm nedenleri bronkopnömoni olarak belirtilmiştir (Selekler, 2010).

AH'nın klinik seyrine ilişkin yedi evre tanımlanmıştır (Friedlander ve ark., 2006):

Evre 1: Hasta bilişsel zayıflık semptomları göstermeye başlamıştır ve bu evrede MSS çeşitli patolojik süreçlerin gelişmekte olduğunu bildirilmektedir.

Evre 2: (Çok hafif bilişsel zayıflık) Hastalar anahtar, cüzdan, gözlük gibi genel objelerin yerlerini unutmaya başlamaktadır fakat iletişim becerileri henüz bozulmamıştır.

Evre 3: (Hafif bilişsel zayıflık) Hastalar, konuşma sırasında kelime seçimlerinde ve tanıdıklarının isimlerini hatırlamakta zorlanırlar ve sıklıkla eşyalarını kaybederler. Bu evredeki hastaların plan yapma ve organizasyon becerileri oldukça azalmıştır.

Evre 4: (Orta bilişsel zayıflık) Hastalarda kısa dönem bellekte önemli kayıplar olmaktadır. Kişisel geçmişle ilgili bellek zayıflıkları söz konusudur ve hastalar genellikle sosyal konularda içlerine kapanırlar.

Evre 5: (Orta- iddetli bili sel zayıflık / Erken dönem demans) Hastalar yer ve zaman kavramları ile ili kili olarak zihinsel karı ıklık ya amaktadırlar. Telefon numaraları, adresleri, mezun oldukları okulların isimleri gibi önemli detayları hatırlamakta güçlük çekmektedirler. Ayrıca di fırçası gibi nesnelere tanımada zorlanmaktadır (agnozi). Sonradan öğrenilen ve motor beceri gerektiren hareketleri uygulama becerileri de bozulmaktadır (apraksi). Bu evredeki hastalar, giyinme, tuvalete gitme, banyo yapma, beslenme gibi günlük aktiviteler için yardıma muhtaç durumdadırlar.

Evre 6: (iddetli bili sel zayıflık/ Orta dönem demans) Günlük konu mada, kelime bulmada zorluklar ve konu ma becerilerinde kayıplar olu maktadır (afazi). drar ve dı kı tutmada zorluk ya ayan hastalar günlük aktiviteler için daha fazla yardıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Evre 7: (Çok iddetli bili sel zayıflık) Hastaların konu ma yetenekleri azalmı ya da tamamen kaybolmu tur ve yutmada zorluk ya amaktadırlar. Bu evredeki hastalar 24 saat bakıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Hastalı ın progresif do ası nedeniyle evreleri lerledikçe hastaların sosyal i levleri azalmakta, bellek kayıpları artmakta, ve motor becerileri zayıflamaktadır. Daha ileri evrelerde ise hastalar günlük aktiviteleri için bile bakıma gereksinim duymaktadırlar (Friedlander ve ark., 2006; Özkay ve ark., 2010).

2.2.8. Tedavisi

Kesin tedavisi henüz bulunmayan AH'nın güncel tedavisi, hastalık sürecinde kolinerjik innervasyon kaybı olması gerçe inden hareket ederek, kolinerjik rezervin desteklenmesine dayanmaktadır. Bu amaca yönelik olarak asetilkolinesteraz inhibitörleri (donepezil, rivastigmin ve galantamin) tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Kolinesteraz inhibitörlerine ek olarak N-metil-D-aspartik asit (NMDA) reseptör antagonisti Memantin de AH tedavisinde kullanılır. Memantin, a ırı glutamaterjik uyarımla hücreyi apoptoza götüren süreci baskılayarak etki gösterdi i varsayılmaktadır (Gates ve ark., 2011; Akdemir ve ark., 2007).

Asıl nöropatolojik sürecin devam etmekte oldu u göz önüne alınırsa bu ilaçların sınırlı klinik etkileri olaca ı ortadadır. Gözlemler de bu dü ünçeyi do rular niteliktedir. AH seyrinde, orta ve ileri evrelerde mood de i iklikleri ve/veya psikotik belirtiler gibi

psikiyatrik sorunlar da sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bu durumlarda antidepresan ya da antipsikotik ilaçlardan yararlanılabilir. Fakat her psikiyatrik belirtide ilaç tedavisinin gerekmebilece i, hasta veya çevresindekiler için kısıtlayıcı ya da tehlike yaratan durumlar söz konusu oldu unda ilaca ba vurulmasının daha uygun olaca ı unutulmaması gereken bir durumdur (Waldemar ve ark., 2007).

2.3. Alzheimer Hastalığı nda Bakım

2.3.1. Bakım Veren Tanımı

Türk Dil Kurumu tanımına göre bakım; bakma i i, bir eynin iyi geli mesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sa lama i i olarak ifade edilmektedir (TDK, 2015). Bakım veren ise; hastaya fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik yönden destek sa lamaktan sorumlu olan ki idir.

Hastaların bakım sürecini herhangi bir ücret talep etmeden üstlenen ve hastanın evdeki ya am kalitesini yükselten bakım verenler genelde hasta yakınlarıdır (Papastavrou ve ark., 2007). Birinci derece (primer) bakım veren ki i, bakımı üstlenmek konusunda birinci derecede sorumluluk alan ki idir. Primer bakım veren, hastanın her gün sürekli olarak asıl bakımını sa layan ki i olabilece i gibi, bakımı sa layacak düzenlemeyi yapan veya bakım i ini düzenleyen ve bu düzenin i lemesinden sorumlu olan ki i de olabilir. E lerin primer bakım veren olma rolünü üstlenen en olası ki iler oldu u bulunmu tur. Bakım verecek bir e in olmadı ı ya da bu i için uygun olmadı ı durumlarda bakım verme i ini yeti kin çocuklar üstlenebilmektedirler. Bazen de ücret kar ılı ı çalı an bir yardımcı ya da bir hasta bakıcı veya bu ki ilerın bakım i ini payla tıkları bir durum da olabilir (Sherwood ve ark., 2006; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012).

2.4. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sa lı ını korumak, yükseltmek ve yeniden sa lı na kavu masını sa lamak amacıyla, sa lık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya ya adı ı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sa lık hem de sosyal hizmetleri içine alan geni bir yelpazede bireyin gereksinimleri do rultusunda ya am kalitesi ve toplumsal saygınlı ının korunmasını da amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım

hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalı gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (MMHCP, 2007; Yılmaz ve ark., 2010).

Uzmanlık düzeyinde verilen (formal care) evde bakım hizmetleri genel olarak u hizmetlerden oluşmaktadır:

- Hemirelik hizmetleri: Bireyin evine düzenli ve belirli aralıklarla uzman hemirelerin ziyaretleri ve evde hemirelik hizmetleri,
- Destek sa lık hizmetleri: Psikoterapi, ayak bakımı, fizik tedavi, konuşma ve me guliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan ya amasına yardım edecek hizmetler,
- Gündüz/gece bakımı: Bakıma muhtaç bireylerin gereksinimlerine uygun hizmet,
- Kişisel bakım (özbakım): Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardımcı olunması vb. gibi günlük ya am aktivitelerinin yerine getirilmesini içeren hizmetler,
- Ev i lerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması: Evin temizlik, ısıtma, alı veri gibi hizmetlerine yardım ile daha güvenli ya amayı sa layacak ev düzeni de i ikliklerinin yapılmasıdır. Örne in çatı onarımı, kapı, kilit onarımı, çıkı rampaları yapımı, banyo güvenli i sa lamak, tekerlekli sandalyenin evde dola ımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.
- Sosyal destek: Bireyin alı veri ine yardım, faturalarının ödenmesi, randevularına, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine katılımını sa layacak hizmetler,
- Gıda ve beslenme hizmetleri: Evinde yemek hazırlama ve pi irme i levini yerine getiremeyenlere evlere yemek da ıtım hizmetleri, sa lık e itimi vb.
- Danı manlık hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danı manlık hizmetleri ile bireyin istek ve ikayetlerinin ele alındı ı hizmetler (Yılmaz ark., 2010).

2.4.1. Evde Bakım Hizmetleri ve Alzheimer Hastal ı

Alzheimer hastalarına kurumsal bakımdan çok evde bakım, gündüz bakımı, geçici bakım gibi kurumsal olmayan veya kurumsallı ı olabildi ince azaltan alternatif uygulamalara geçmenin daha uygun olaca ı geli mi ülkelerde son dönemlerde sıklıkla gündeme gelmektedir. Bu ülkelerde Alzheimer hastalarına kurumsal bakımla ilgili

olumsuz ele tiriler gelmektedir. Kurumsal bakıma yönelik ele tirilerden biri bakımın kalitesiyle ilgilidir. Bakım evlerinin, buralarda kalanlar için adeta mezarlıklara geçi yerleri gibi görüldükleri söylenmektedir. Bu kurumlarda kalan hastaların üçte birinin ilk yıl, üçte ikisinin ilk üç yıl içinde öldükleri belirtilmektedir. Kurumla manın hastada özerkli in ve mahremiyetin ortadan kalkmasına, umutsuzlu a, güçsüzlü e ve kendine güvensizli e neden oldu u belirtilmektedir. Bu duruma ek olarak hastaya yakınlarından yeterince ilgi olmayınca kuruma alınmanın ilk zamanlarında hastada yalnızlık, de ersizlik, terkedilmi lik duyguları olu makta ve bir psikolojik ölüm meydana gelmektedir (Polivka ve ark., 2008; Akyar ve Akdemir, 2009).

Ya lı hasta açısından de erlendirildi inde; ev, ya lının bildi i, içinde kendini güvende hissetti i, anılarıyla beraber oldu u bir ortamdır. Kurum ise; iyi bir çevre denetiminin olmadığı, ilk kez kar ıla tı ı ve farklı kültürlerden gelmi insanlarla birlikte ya amak zorunda oldu u yeni bir ortamdır. Bu nedenle, ya lı sa lı ı hizmetlerinin iyile tirilmesinde ya lılara buldukları do al ortamlarında verilen bakımın en etkin hizmet oldu u belirtilmekte ve önerilmektedir. Bu da hem ireli in görev alanlarından biri olan ev ziyaretleri ve ev izlemleri ile yerine getirilebilmektedir (MMHC, 2007; Yılmazve ark., 2010).

2.4.2. Alzheimer Hastalı nda Bakım Verene Yönelik E itim

Alzheimer hastalı ı, gittikçe daha fazla sayıda insanı etkilemekte; kronik ve ba ımlılıkla sonuçlanan bir hastalık olması nedeniyle hastalar kadar bakım veren ki iler için de zor bir süreç olu turmaktadır. Bu süreçte aile bireyleri fiziksel, sosyal, emosyonel ve finansal problemlerle kar ı kar ıya kalmaktadır (Croog ve ark., 2006; Ta demir ve Öz, 2011).

Alzheimer tanısı konmu hastanın davranı larında meydana gelen bozulma ve ya amı tek ba ına sürdüremeyecek duruma gelme, aile içi rollerde de i ime neden olarak aile üyelerini olumsuz etkilemektedir. Hasta günlük ya amını sürdürmesi için ailenin deste ine gereksinim duyar. Aile üyeleri için hastanın bu durumu birincil derecede stres kayna ıdır. Ailenin bu sorunlarla ba etmesinde en önemli anahtar, ileti im olup uyku düzeninin sa lanması ve çevre düzeninin yapılması da dikkat edilmesi gereken noktalardır (Yılmaz ve Turan, 2007; Yılmaz ve ark., 2010).

2.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanmaktadır. Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında National Institutes of Health (NIH)-(Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsü) başlı The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)-(Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi) kurulmuştur. Bu merkezin amacı; TAT uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamaktır (Chesney ve Pearson, 2007; Muslu ve Öztürk, 2008; Briggs, 2011).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM); TAT yöntemlerini, henüz tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (Özçelik ve Fadılo lu, 2009; Briggs, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre “geleneksel tıp” fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı açıklaması yapılabilen ya da yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür (WHO, 2013).

Alternatif tedaviler ise, geleneksel tıp yerine yapılan kanıtlanmamış tedaviler olarak tanımlanmaktadır. Alternatif tedavilerin genelde çok kullanılmasının nedeni ifa umudu vermesidir. Yanlış olan algı ise herhangi bir alternatif tedavinin kanserli tüm hastaları ifaya kavuşturacağı şeklindedir. Oysa her kanser türü ayrı bir tedavi gerektirmektedir. Aynı tip kanserde bile hastalığın evresi, yaş gibi pek çok faktör tedavi yaklaşımında rol oynamaktadır (Pearson ve Chesney, 2007; Topuz, 2008).

TAT kullanımını son yıllarda geli mekte olan ve endüstrile mi birçok ülkede düzenli bir şekilde artmıştır. Geli mi ülkelerde TAT kullanımı; Amerika'da %42,1, Avustralya'da %48,2, Fransa'da %49,3, Kanada'da %70,4 iken, geli mekte olan ülkelere; İtalya'da %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır (Bodeker ve Kronenberg, 2002; Özçelik ve Fadılo lu, 2009; Kurt ve ark., 2013).

2.5.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Sınıflandırılması

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi TAT yöntemlerini be ba lık altında sınıflandırmı tır (Briggs, 2011; NCFIH, 2015).

- Alternatif ve medikal sistemler
- Beden-zihin müdahaleleri
- Biyolojik temelli tedaviler
- Manipülatif ve beden temelli tedaviler
- Enerji tedavileri

2.5.1.1. Alternatif ve Medikal Sistem Tedavileri

Bu grupta homeopati, naturopati, akupunktur ve ayurveda gibi yöntemler yer almaktadır.

Akupunktur

Akupunktur; vücutta bulunan özel noktaların i nelerle uyarılması sonucunda, vücudun dengesini yeniden bulmasını sa layan bilimsel bir tedavi yöntemidir (MacKenzie ve ark., 2011).

Ayurveda

Sanskritçe ‘ayur’ (hayat) ve ‘veda’ (bilgi) sözcüklerinden olu an ayurveda 3000 yıl önce Hindistan’da ortaya çıkmı tır. Bu yöntemde; hastalıkların bedensel ve zihinsel dengesizlik sonucu ortaya çıktığı na inanılmaktadır. Bedenin savunma mekanizmasını güçlendirmek ve direnç kazandırmak ana felsefesini olu turur. Hastaya göre biçimlendirilen bu yöntem; bitkisel ve diyet uygulamaları, hayat stili de i tirilmesi, yoga ve meditasyon uygulamalarını kapsamaktadır (Azaizeh ve ark., 2010; Ghodke ve ark., 2011).

Homeopati

A ırılı dilüe edilmi ilaçların (ölçülemeyecek dozda molekül içerir) insanın kendi iyile tirici do al kapasitesini uyarmak amacıyla verilmesi temeline dayanır. Homeopatik ilaçlar klasik olarak tekli dozlar halinde dakika-ay arasında de i en aralıklarda verilir (Simonart ve ark., 2011).

Naturopati

Vücutun kendi kendini iyiletirebilme yeteneğine olan inanç temeline dayanmaktadır. Doğal, rafine olmayan, organik yiyecekler tüketilmesi, yeterince egzersiz ve dinlenme, nispeten düzenli bir hayat, yapıcı-yaratıcı düşüncelere sahip olma, çevresel toksinlerden uzak kalma gibi önlemlerle iyileşmenin sağlanabileceğine inanılır (Fleming ve Gutknecht, 2010; Seely ve ark., 2013).

2.5.1.2. Beden- Zihin Tedavileri

Bu uygulamalar beden fonksiyonları arttırmak ve hastalık semptomlarını azaltmak ve mental kapasiteyi arttırmak amacıyla uygulanan yöntemlerdir (Duran, 2011).

Meditasyon

Meditasyon; kişinin iç huzur, sakinlik, derinlik halleri elde etmesine ve özvarlığını ulaşmasına imkan sağlayan, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimlerine verilen ad olarak tanımlanmaktadır. Meditasyonun klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmalarını azaltmak için kullanıldığı bilinmektedir (Amanakve ark., 2013).

Yoga

Yoga; fiziksel bedeni etkileyerek ruhla bağlantıya geçmeyi sağlayan bir yöntemdir. Yoga uygulamasında; zihinsel düzeyde duygu ve düşüncelerin bütünlüğe rahatsız edici karışıklıklar üretmediği, fiziksel düzeyde ise beden, zihin ve ruhun birleşik uyum içinde birbiriyle kaynağını tek bir birim haline geldiğine inanılmaktadır (Araz ve ark., 2007; Topuz, 2008).

Dinsellik

Dinsellik, insanların kendilerinden daha büyük daha yüce bir yaratıcının varlığına inanması ve onun farkına varması durumudur. Dinsellik, dua ya da farklı ibadet şekilleriyle dışarıya vurulabilmektedir. Dini inançlar, insanların kendilerinden kutsal ve yüce bir varlıkla bağlantı kurmalarına ve hayatın anlamına dair bilgileri elde etmeye çalışmalarına yardımcı olmaktadır. Dua, kutsal yer ziyareti, muska kullanma, ocağa/din görevlisine gitme gibi uygulamalar dinsellik grubuna girmektedir (Pérez ve ark., 2011; Doğan ve ark., 2012).

Hipnoz

Hipnoz, ismini Yunan mitolojisinde bulunan uyku tanrısı olarak bilinen Hypnos'dan almakla birlikte, hipnoz uykudan çok daha farklı bir durumdur. Hipnoz, sözcükler, bakı ya da bazı yardımcı nesnelere kullanılarak telkin gibi tekniklerle oluşturulan ve kişinin duyu, düşünce, algı ve bellek seviyelerinde değişikliklerin gerçekleştirilebildiği özel bir bilinç durumudur. Hipnozun tedavi amacıyla kullanımına hipnoterapi denmektedir (Erel ve Erel, 2014).

Resim/Müzik/Dans (Sanat) Tedavisi

Sanat tedavisi, fiziksel ve ruhsal problemleri olan kişilerin tedavisinde yaratıcı faaliyetler yoluyla duyu ifadesi kullanılarak uygulanır. Bu faaliyetler içinde resim, dans, müzik gibi aktiviteler yer almaktadır. Duygusal çatışmaları olan kişilerin sorunlarının çözümlenmesinde, öz bilincin geliştirilmesinde ve bilinçaltı veya ifade edilemeyen duyguların ortaya çıkartılmasında önemli yöntemlerden birisidir. Sanat tedavisinin ana fikri, yaratıcı eylemlerin tedavi edici özelliğinin olabileceği üzerinedir. Art terapist denilen uygulayıcılara göre bu tedavi hastaların saklanmış duygularını ifade etmelerini sağlar, stres, anksiyete ve korkularını azaltır ve bağımsızlık duygularını artırır. Ayrıca beyin dalgası ve beyinden salgılanan kimyasalları etkilediğine inanılmaktadır. Sanat tedavisi, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı, kronik hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklarda uygulanmaktadır. Anksiyenin giderilmesinde dikkati başka yöne çekmek amacıyla kullanılmaktadır (Topuz, 2008; Duran, 2011).

Müzik, belirli bir ritim, uyum, ritim ve melodi gibi organize bileşenleri içeren duyu itel bir uyarandır. Yapılan çalışmalarda müzik terapisinin Alzheimer hastalarının ajite ve agresif davranışlarını azalttığı, gebe kadınlara uygulanan müzik tedavisinin stres, anksiyete ve depresyonu azalttığı, kanser hastalarında ise kaygı düzeyinin azalmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Bibb ve ark., 2015). Samson ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada, müziğin demans hastaları üzerinde olumlu etki yaptığı, yaşam kalitesini yükselttiğini belirlenmiştir ve bakım vericilerin üzerindeki yükün azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir.

Dans tedavisi, beyin ile kas sisteminin birlikte uyum içinde çalışmasını sağlayarak bir iyilik halinin oluşmasına katkı sağlamaktadır (Pylvänäinen ve ark., 2015).

2.5.1.3. Biyolojik Temelli Uygulamalar

Bitkilerin hastalıkların tedavisinde kullanıldığına dair en eski kayıtlar Çin, Hint ve Kuzey Afrika medeniyetlerinden kalan yazılı kaynaklara kadar uzanmaktadır. Yunanca “Phyton” (bitki) ve “therapeia” (tedavi) kelimelerinden oluşan “Fitoterapi” terimi, kısaca “bitkisel tedavi” ya da “bitkilerle yapılan tedavi” olarak tanımlanmaktadır. Fitoterapi; hastalıklardan korunmak veya tedaviyi desteklemek amacıyla tıbbi bitkilerden ve onların etkin maddelerini taşıyan kısımlarından veya bir işlem yoluyla elde edilmiş doğal ürünlerden hareketle standardize edilmiş farmasötik formlarla (tablet, kapsül vb.) yapılan tedavi olarak da tanımlanmaktadır (Faydao lu ve Sürücüo lu, 2011; Amanak ve ark., 2013).

2.5.1.4. Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar

Masaj, Akupressur, Hidroterapi/Kaplıca, Refleksoloji, iropratik, Osteopati gibi yöntemler bu grupta yer almaktadır.

Masaj

A rı ve stresi azaltmak veya s alıklı hissetmek amacıyla vücut dokularının el ile manüplasyonu olarak tanımlanabilir (Turan, 2010).

Akupressur

Vücuttaki enerjinin dola ımını ve dengesini sa layarak rı ve bulantı gibi semptomların önlenmesi amacıyla, vücudun farklı noktalarına fiziksel basınç uygulanmasıdır. Enerjinin iç akı ımını sa lamak için vücuttaki akupunktur noktaları üzerine parmaklar, el, avuç içi, el bile i ve diz ile basınç yapılarak uygulanmaktadır. Akupressur, i nesiz akupunktur olarak da bilinmektedir. Son yıllarda çe itli hastalıklarda semptom yönetiminde modern batı tıp uygulamaları içinde kullanılmaya ba lanmış ve kabul görmüş tür (Hakverdioglu ve Turk, 2006; Chen ve Lin, 2015).

Hidroterapi/Kaplıca

Hidroterapi, suyun üç halinin, sıcak veya so uk uygulamalar ekinde sa lı ı koruma ve hastalıkları tedavi etme amacıyla kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Ba lıca hidroterapi yöntemleri tam vücut veya lokal oturma banyoları ve buhar banyoları, sıcak ve/veya so uk kompres ve buz uygulamalarıdır (Karagülle, 2008).

Refleksoloji

Refleksoloji; el, ayak, ba ve kulaklarda bedenın tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine kar ılık gelen refleks noktaları oldu u ve bu noktaların beden anatomisinin aynası oldu u prensibine dayanmaktadır. Özel el teknikleri ile bu özel noktalara yapılan masaj yoluyla bedendeki enerji dengesinin düzenlendi i dü ünülmektedir. Stres, a rı kontrolü ve homeostazisin sa lanmasında, kanserde semptom kontrolünde, uyku sorunlarının giderilmesinde ve immün sistemi desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (McCullough ve ark., 2008). Enerji tedavilerinde de kullanılan refleksoloji özel ovma hareketleriyle, vücudun belli bölgelerinde bloke olmu enerjiyi çözerek, bedenın kendi kendini iyile tirme gücünü harekete geçirme i lemi olarak tanımlanmaktadır. Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskı, stresin azaltılmasına yol açarak bedende fizyolojik de i iklikler olmasını sa lamaktadır (Yıldırım ve ark., 2006; Amanak ve ark., 2013).

iropratik

Spinal manüplasyon tekniklerinden biri olup kas iskelet sistemi a rılarının tedavisi ve omurganın korunması için eller yardımıyla yapılan bir tedavi eklidir (Busse ve ark., 2008).

Osteopati

Osteopati, bir sinirin veya omurilikten gelen sinirlerin fiziksel veya duygusal etkilenme nedeni ile organlarda, özellikle eklemlerde görülen fizyolojik bozuklukları, hareket kısıtlılı mını düzeltmek, a rı ve fonksiyonel bozuklukları ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir (Licciardoneve ark., 2013).

2.5.1.5. Enerji Tedavileri

Enerji yakla ımları arasında reiki, refleksoloji ve terapötik dokunma yer almaktadır.

Reiki

Reiki, vücudun dı ındaki elektromanyetik alanlara ve vücuttaki enerji noktalarına odaklanan bir enerji terapisisidir. Reiki uygulaması, bilinen tedavilere dirençli birçok hastalı ı iyile tirmesi, ilaç tedavisine oranla yan etkilerinin olmayı ı, kolay

uygulanması, güvenli, etkili ve ekonomik olması nedeniyle modern tıpta önemli bir yere sahiptir (Erdoğan ve Çınar, 2011; Amanak ve ark., 2013).

Terapötik dokunma

Empati oluşturmada ve sözlü empati kurulamadığı durumlarda alternatif bir yöntem olup, pozitif ya da negatif nörofizyolojik yanıtlara neden olmaktadır. Terapötik dokunma, bir hemşire tarafından geliştirilmiştir. Tarih boyunca ellere en gelişmiş duyu organı olarak psikolojik ve mekanik etkilerinden faydalanmak üzere ব্যবurulmuştur. Terapötik dokunmada uygulayan kişinin parmakları aracılığı ile var olan enerji ortaya çıkartılır. Uygulayıcı bireyin enerjisini geri getirmeye çalışır (Araz ve ark., 2007; Turan, 2010).

Diğer Yöntemler

Aromaterapi ve hacamat NCCAM sınıflaması içinde yer almayan diğer TAT yöntemlerindedir.

Aromaterapi

Aromaterapi, çiçeklerden, bitkilerden ve ağaçlardan elde edilen esansiyel yağların, sağlıklı ve iyilik durumunu arttırmak amacıyla kullanılan yöntemidir. Bu yağlar deri üzerine masaj yağları olarak veya hastanın burun deliklerinin altına yerleştirilen yağlı tülbentten solunmaları yolu ile uygulanır. Aroma yağlarının kandolaşımı yardımı ile lenf sistemine ulaşması ve hücreler arası sıvı yolu ile iyileme sağlanmıştır. Aromaterapinin stresi azaltmaya, soğuk algınlığı, nezle, deri ve menstruasyon sorunlarına, ağrıyı önlemeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Yıldırım ve ark., 2006; Duran, 2011).

Hacamat/ Kupa Terapisi

Hastalıktan kurtulmak veya sağlıklı koruma amacıyla vücudun belli bölgelerinin çizilip üzerine bardak veya ipe oturtularak kan alma işlemine hacamat denilmektedir. Kan aldırılmadan sadece kupa uygulayarak bölgesel vakum oluşturmaya dayanan tedaviye ise kuru hacamat veya kupa terapisi denilmektedir (Lee, 2011).

Hacamatın kılcal damarlardaki tıkanıklıkları açmasına, kan ve dokulardaki toksinlerin atılmasına, kan üretiminden sorumlu organları (kemik iliği, dalak, karaciğer) uyarak kan yapımını uyardığına, bölgesel kan dolaşımını, bölgesel

doku beslenmesi ve oksijenlenmesini arttırdığına, bağırsıklık sistemini güçlendirerek vücut direncini arttırdığına, bağışıklık, eklem ağrısı, bel-boyun fıtığı ve kireçlemeye bağlı ağrıları giderdiğine, kaslardaki sertliği ve ödemi önlediğine, dalak-karaciğer hastalıkları ile psikolojik hastalıkların tedavisine yardımcı olduğuna inanılmaktadır (Cao ve ark., 2010; Cao 2012).

2.5.2. Alzheimer Hastalarını Olumlu Yönde Etkileyen Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri

laçsızlığı girişimler Alzheimer hastaları üzerinde olumlu etki yapmakta, yaşam kalitesini arttırmakta ve bakım vericilerin yükünü hafifletmektedir (Olazaránve ark., 2010). TAT yöntemleri Alzheimer hastalarının davranış, psikolojik ve duygusal durumunu olumlu yönde etkilemektedir (Svansdottir ve Snaedal, 2006; Ledger ve Baker, 2007; Chen ve ark., 2014).

Müzik terapisi, Alzheimer hastalığı semptomları üzerine etkili bir TAT yöntemidir (Svansdottir ve Snaedal, 2006; Ledger ve Baker, 2007; Chen ve ark., 2014). Müziğin demans hastaları üzerinde olumlu etki yaptığı, yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiş ve bakım vericilerin üzerindeki bakım yükünün azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Samson ve ark., 2015).

Demanslı bireylerde tercih edilen TAT yöntemlerinden bir diğeri olan aromaterapi, farmakolojik tedaviye göre hem daha az maliyetli hem de hiç yan etkisi olmayan bir uygulamadır (Ballard ve Corbett, 2010). Aromaterapi sıklıkla masaj, inhalasyon, kompres, ortamın kokulandırılması, gargara, banyo ya da topikal kremlerin içerisinde uygulanabilmektedir. Demansta aromaterapi uygulamasında en çok lavanta yağı ve melisa kullanılmakta, bu aromaterapötik esansiyel yağların (lavanta ve melisa) sedatize edici etkilerinin yanı sıra düğünme gücünü arttırdığı da bilinmektedir (entürk ve Küçükgüçlü, 2015). Hafif ve orta evre AH'de melisa yağı hastalığın tedavisinde de etkilidir ve bu yağ hastaların ajitasyonu üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Akhondzadeh ve ark., 2003). Aromaterapi, bilinçli bir şekilde uygulandığında güvenilir ve zararsız bir destekleyici tedavi yöntemidir (entürk ve Küçükgüçlü, 2015). Hindistan cevizi yağının Alzheimer hastalarının bilinç seviyesini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Yang ve ark., 2015).

2.5.3. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Tamamlayıcı Tedavi Kullanımında Hemirenin Sorumlulukları

Alzheimer hastalığının erken dönemlerinde hemirelik bakımı, hastanın çevresine uyum sağlamasına yardımcı olmayı hedeflemiştir. Hasta giderek kendi bakımını yapabilme yeteneğini yitirdiğinde ve bağımlı hale geldiğinde hem fiziksel hem de psikolojik gereksinimleri de giderek artar. Hemirelik girişimlerinin amacı, hastanın optimal bilişsel seviyeyi sürdürmesine yardım etmek, fiziksel güvenliğini sağlamak, anksiyete ve ajitasyonunu azaltmak, iletişimini iyileştirmek, bağımsızlığını ve özbakım aktivitelerini desteklemek, sosyal gereksinimlerini karşılamak, yeterli beslenmeyi sağlamak, uyku bozukluklarını gidermek, aileye destek olmak ve eğitmektir (Yılmaz ve Turan, 2007; Akyar ve Akdemir 2009; Taşdemir ve Öz, 2011).

Toplumda tamamlayıcı terapilere yönelik ilginin artması sonucu, sağlık profesyoneli olmayan kişiler ve kuruluşlar, toplumun bu gereksinimini karşılamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle, hizmet amacı birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemirelerin, tamamlayıcı terapilerde rol alması bir zorunluluk haline gelmiştir (Khorshid ve Yapucu, 2005; Fowler ve Newton, 2006).

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemirelerin rol ve sorumluluklarında değişimlere sebep olmuştur. Bu doğrultuda hemirelerden tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemirelik uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı terapileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri beklenmektedir. Literatür incelendiğinde de tamamlayıcı terapilerin, hemirelik hizmetlerinin bir parçası olarak uygulanabileceği görülmektedir ve bu bağlamda tamamlayıcı terapilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip profesyonel hemirelerin bağımsız hemirelik rolleri kapsamında olduğu düşünülebilir. Diğer yandan hemirelerin kendi yaşamlarında ya da sağlıklı/hasta bireyin bakımında tamamlayıcı terapileri kullandıkları yönündeki çalışmalarla fazla rastlanmamaktadır. Tamamlayıcı terapilerle ilgili araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi zor olmakla birlikte, geçerli ve güvenilir çalışma sonuçlarının olumlu yönde olması dikkat çekicidir (Turan, 2010; Klafke ve ark., 2015).

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Ara tırmanın ekli

Bu ara tırma, evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerinin kullanımının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmı tır.

3.2.Ara tırmanın Yapıldı ı Yer ve Zaman

Bu ara tırma, Samsun E itim ve Ara tırma Hastanesi (SEAH) Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'nde 20 Aralık 2014-15 Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmı tır.

3.3.Ara tırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Ara tırmanın Evreni

Ara tırmanın evrenini, SEAH Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'nde kayıtlı Alzheimer hastasına bakım veren 213 ki i olu turmaktadır. Evrenin tümü ara tırma kapsamına alınması hedeflenmi tir.

3.3.2. Ara tırmanın Örneklemi

Ara tırmanın yapıldı ı tarihlerde evde Alzheimer hastasına bakım veren ailelerden 21'i Samsun ili merkezi dı ında ikamet etti inden ve 15 ailede ara tırmaya katılmayı kabul etmedi inden çalı ma 177 bakım veren (evrenin %83,1'i) ile tamamlanmı tır.

3.4.Ara tırmanın De i kenleri

3.4.1. Ba ımlı De i kenler

Evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin kullandıkları TAT yöntemleri kullanma ve bilme durumlarıdır.

3.4.2. Ba ımsız De i kenler

Ya , medeni durum, e itim durumu, uzun süre ikamet edilen yer, sosyal güvence durumu, ekonomik durum, çalı ma durumu, aile tipi, evde Alzheimer hastasına bakım süresi, bakımda yardımcı birinin olma durumlarıdır.

3.5.Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Ara tırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan, ‘‘Veri Toplama Formu’’; ‘‘Bakım Verene li kin Bilgiler’’, ‘‘Hastaya li kin Bilgiler’’ ve ‘‘Bakım Verenlerin Tamamlayıcı ve Aletnatif Tedavi Yöntemi Kullanma Durumları’’ olmak üzere üç bölümden ve toplam 38 sorudan oluşmaktadır.

Veri Toplama Formu’nun ‘‘Bakım Verene li kin Bilgiler’’ bölümünde; bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışmaya durumu, ekonomik durumu, ekonomik destek alma durumu, kronik hastalık varlığı, hasta ile yakınlık derecesi, bakımda kendi kendine yeterli olma durumu, bakımda yardımcı birinin varlığı ve kim olduğu, bakım verme süresine ilişkin toplam 13 soru yer almaktadır.

Veri Toplama Formu’nun ‘‘Hastaya li kin Bilgiler’’ bölümünde; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aile tipi, sosyal güvence durumu, ekonomik durumu, Alzheimer hastalık süresi, başka kronik hastalık varlığı, kronik hastalığın günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, alınan tıbbi tedaviden memnuniyet durumu ve tıbbi olmayan tedavilerin yararlı olduğunu düşünme durumlarına ilişkin toplam 13 soru yer almaktadır.

Veri Toplama Formunun ‘‘Bakım Verenlerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemi Kullanma Durumları’’ bölümünde; doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi kullanma durumu, bu tedaviyi kullanma ve kullanmama nedenleri, TAT yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları, TAT yöntemlerini kullanmadan önce sağlık personeline danışma ve danışmama durumu, sağlık personelinin tutumu, doktorun verdiği tedaviyi bırakma durumu, TAT yöntemlerinden beklenen sonucu elde etme durumu, TAT yöntemini halen kullanmaya devam etme durumu, TAT yöntemlerini önerme durumu, literatür taraması sonucu en çok kullanılan TAT yöntemleri, bitkisel terapiler ve dini uygulamalara ilişkin kullanma durumu, kullanım süresi, kullanım sıklığı ve kullanım maliyetini içeren toplam 12 soru yer almaktadır (Ek-1).

3.5.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Ara tırma, çalışmaya katılmayı kabuleden bakım verenlerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 20 Aralık 2014- 15 Haziran 2015 tarihleri arasında

gerçekle tirilmi tir. SEAH Evde Bakım Hizmetleri Merkezinde dosya taraması sonucu Alzheimer hastaları tespit edilmi ve hastalara bakım verenler ile telefonla ileti ime geçilmi tir. Bakım verenlere ara tırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmı tir. Bakım verenler ile görü meler, uygun oldukları zamanda, randevu alınarak bakım verenin kendini rahat hissetti i ev, i yeri veya evde bakım merkezi ortamında gerçekle tirilmi tir. Veri toplama formunun uygulanması ortalama 25-30 dakika sürmü tür.

3.6. istatistiksel Analiz

Ara tırmadan elde edilen verilerin de erlendirilmesinde SPSS 20,0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanılmı tir. Ara tırma verileri de erlendirilirken tanımlayıcı istatistikler, frekans ve yüzde (%) olarak ifade edilmi tir. Gruplar arası kar ıla tırma yapılırken Ki-Kare (X^2) testi kullanılmı tir. Gruplar arası ili kinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadı ına p de erlerine göre karar verilmi ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmi tir. Maliyet analizi Türk Lirası (₺) cinsinden hesaplanmı tir.

3.7.Ara tırmanın Etik Yönü

Ara tırmaya ba lanmadan önce ara tırmanın etik açıdan uygunlu unun de erlendirilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na ba vurulmu ve etik kurul onayı alınmı tir (B.30.2.ODM.0.20.08/1338) (Ek-2).

Ayrıca çalı manın SEAH Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'nde yapılabilmesi için Samsun li Kamu Hastaneleri Birli i Genel Sekreterli i'den gerekli yazılı izinler alınmı tir (Ek-3). Ara tırmaya katılan bakım verenlere, ara tırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmi , gönüllü olanların çalı maya dahil edilmeleri sa lanarak yazılı onam formu okutulmu ve izinleri anılmı tir.

3.8.Ara tırmanın Sınırlılıklar

Ara tırmanın sınırlılıkları; SEAH Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'ne kayıtlı olmak, evde Alzheimer hastasına bakım veriyor olmak, Samsun ili merkezinde ikamet ediyor olarak belirlenmi tir.

4. BULGULAR

Bu çalışma, SEAH Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'ne kayıtlı, evde Alzheimer hastasına bakım veren ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 177 bakım veren ile yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler bu bölümde verilmiştir.

Tablo 1. Alzheimer hastasına bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri (n=177)

Özellikler	n	%
Ya Ortalaması	48,8±13,2 yıl	(Min-Max=19-85)
Cinsiyet		
Kadın	148	83,6
Erkek	29	16,4
Medeni durum		
Evli	147	83,1
Bekar	30	16,9
Eğitim durumu		
Okur-yazar	13	7,3
İlkokul	46	26,0
Ortaokul	61	34,5
Lise	37	20,9
Üniversite	20	11,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	37	20,9
Çalışmıyor	140	79,1
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	64	36,2
Gelir giderden fazla	109	61,6
Gelir giderden fazla	4	2,2
Ekonomik destek alma durumu		
Alıyor	69	39,0
Almıyor	108	61,0
Ekonomik destek kaynağı (n=69)		
Bakım parası	62	89,9
Akraba	7	10,1
Kronik hastalık varlığı		
Var	23	13,0
Yok	154	87,0
Kronik hastalık (n=23)		
Diğer (romatizma, bronit, migren)	4	17,4
Diabetes Mellitus	6	26,1
Kalp Hastalığı ve Hipertansiyon	13	56,5
Hasta ile yakınlık derecesi		
Diğer (Bakıcı, Damat)	13	7,3
Kardeşi	18	10,2
Eşi	19	10,7
Çocukları	60	33,9
Gelini	67	37,9

Tablo 1’de ara tırma kapsamına alınan Alzheimer hastasına evde bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bakım verenlerin ya ortalaması $48,8 \pm 13,2$ yıldır (min-max=19-85). Bakım verenlerin %83,6’sı kadın, %83,1’i evli, %34,5’i ortaokul mezunu, %79,1’i çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %61,6’sının gelirinin giderine eşit olduğu ve %39,0’ının ekonomik destek aldığı, %89,9’unun bu ekonomik desteği bakım parası olarak aldığı belirtilmiştir. Bakım verenlerin %13,0’ının kronik hastalığı olduğu ve bunların %56,5’inin kalp hastalığı ve hipertansiyona sahip olduğu belirtilmiştir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesine bakıldığında %37,9’u Alzheimer hastasının gelini olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımı ile ilgili özellikleri (n=177)

Özellikler	n	%
Hasta bakımında kendini yeterli bulma durumu		
Yeterli bulan	45	25,4
Yeterli bulmayan	132	74,6
Hasta bakımında yardım alma durumu		
Yardım alan	144	81,4
Yardım almayan	33	18,6
Hasta bakımında yardım alınan kişi		
Diğer (Gelin, Yeğen, Elti, Bakıcı)	22	15,4
Çocuklar	28	19,4
Anne-Baba-Kardeş	28	19,4
Eş	66	45,8
Bakım verme süresi (yıl)	$4,7 \pm 3,3$ yıl	(Min-Max=0,10-15)

Ara tırma kapsamına alınan bakım verenlerin, %74,6’sı hasta bakımında yeterli olmadığını, %81,4’ü hasta bakımında yardım aldığını ve bunların %45,8’i bu yardımlardan aldığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Alzheimer hastalarının tanımlayıcı özellikleri (n=177)

Özellikler	n	%
Ya Ortalaması	80,9±7,6 yıl	(Min-Max=48-100)
Cinsiyet		
Kadın	110	62,1
Erkek	67	37,9
Medeni durum		
Evli	75	42,4
Bekar	102	57,6
E itim durumu		
Okur yazar de il	74	41,8
Okur yazar	47	26,6
İlkokul ve üzeri	56	31,6
Aile tipi		
Çekirdek aile	59	33,3
Geni aile	118	66,7
Sosyal Güvence		
Evet	132	74,6
Hayır	45	25,4
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	72	40,7
Gelir gidere denk	98	55,3
Gelir giderden fazla	7	4,0

Tablo 3’de Alzheimer hastalarının tanımlayıcı özelliklerine yer verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde; hastaların ya ortalaması 80,9±7,6 yıldır (min-max=48-100). Hastaların %62,1’inin kadın, %57,6’sının bekar ve %41,8’inin okur-yazar olmadığı, %66,7’sinin geniş aile olduğu, %74,6’sının sosyal güvencesinin olduğu ve %55,3’ünün gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Alzheimer hastalarının hastalıkları ile ilgili özellikleri (n=177)

Özellikler	n	%
Hastalık süresi ortalama yılı	5,5±3,4 yıl	(Min-Max=0,30-21)
Ba ka kronik hastalık varlığı		
Var	108	61,0
Yok	69	39,0
Ba ka kronik hastalık		
Di er (romatizma, prostat, kemik erimesi, mide kanseri, felç)	27	25,0
Diabetes Mellitus	34	31,5
Kalp Hastalığı ve Hipertansiyon	47	43,5
Kronik hastalığın günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu		
Engellediğini ifade edenler	77	71,3
Engellemediğini ifade edenler	31	28,7
Sürekli kullanılan ilaç varlığı		
Var	127	71,8
Yok	50	28,2
Alınan tıbbi tedaviden memnun olma durumu		
Memnun	168	94,9
Memnun değil	9	5,1
Tıbbi olmayan tedavilerin yararlı olduğunu düşünme durumu		
Yararlı	111	62,7
Yararlı değil	66	37,3

Tablo 4’de Alzheimer hastalarının, hastalık süresi ortalaması 5,5±3,4 yıldır (min-max=0,30-21). Hastalarının %61,0’ının ba ka bir kronik hastalığa sahip olduğunu ve bu kronik hastalığa sahip olanların hastalığı %43,5’inin kalp ve hipertansiyonun olduğunu saptanmıştır. Hastaların %71,3’ünün sahip oldukları kronik hastalıkların günlük yaşam aktivitelerini engellediğini, %71,8’inin sürekli kullandıkları ilaçların olduğunu belirlenmiştir. Alınan tıbbi tedaviden memnun olan hastaların oranı %94,9 iken; tıbbi olmayan tedavilerin yararlı olduğunu düşünen hastaların oranı ise %62,7 olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumları (n=177)

Özellikler	n	%
Hasta bakımında doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi (tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri) kullanma durumu (n=177)		
Kullanan	109	61,6
Kullanmayan	68	38,4
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanmayı tercih etmeme nedenleri (n=68)*		
Fazla pahalı buldum	2	2,9
Bilgim yok	3	4,4
Çevrem onaylamadı	9	13,2
Kullanmayı hiç düşünmedim	10	14,7
Kullanmaya korktum	16	23,5
Doktorum tavsiye etmedi	32	47,1
Tıbbi tedavinin daha doğuru olduğunu düşünmedim	58	85,3
Hasta bakımında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma nedenleri (n=109)*		
Araştırarak elde ettiğim bilgiler	16	14,7
Yarar gören hastaların olması	25	22,9
Hastalığa karşı her şeyi yapmak	34	31,2
Tedaviye katkıda bulunmak	58	53,2
Psikolojik olarak rahatlamak/rahatlatmak	59	54,1
Hastalığın etkilerini azaltmak	60	55,0
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları *		
Hastalar	7	6,4
Aktarlar	16	14,7
Sağlık personeli	20	18,3
Komşular	24	22,0
Arkadaşlar	25	22,9
İnternet gazete, dergi gibi yayın organları	25	22,9
Aile üyeleri	37	33,9
Akrabalar	38	34,9
Kendi bilgilerim	72	66,1

*=Birden fazla ifade ile işaretlenmiştir

Araştırmaya katılan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemi kullanma durumları Tablo 5’de verilmiştir. Tablo 5 incelendiğinde; bakım verenlerin

%61,6'sı hasta bakımında doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi (TAT yöntemi) kullandığını belirtmiştir. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik, %55,0'ı hastalının etkilerini azaltmak, %54,1'i ise psikolojik olarak rahatlamak amacı ile TAT yöntemlerini kullandıklarını belirtmiştir. Bakım verenlerin %85,3'ü tıbbi tedavinin daha doğru olduğunu düşündüğü için TAT kullanmayı tercih etmediğini belirtmiştir. Bakım verenlerin %66,1'i TAT yöntemlerine kendi bilgileri ile başvurduklarını ifade etmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanımına ilişkin bazı özellikleri (n=109)

Özellikler	n	%
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanmadan önce / sırasında sağlık personeline danışma durumu		
Danışan	44	40,4
Danışmayan	65	59,6
Sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanımına yönelik düşünceleri (n=44)		
Tedavi süresince kullanmamı önermedi	4	9,1
Desteklemedi, zararlarını açıkladı	5	11,4
Kullanmamı destekledi	9	20,5
Desteklemedi, açıklama yapmadı	11	25,0
Yorum yapmadı	15	34,1
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanımı ile ilgili sağlık personeli ne danışma nedeni/nedenleri*		
Sağlık personeli ile alakalı bir konu olduğunu düşünmedim	19	28,8
Azarlamarından çekindim	19	28,8
Bu konuda bilgileri olduğunu sanmıyorum	27	40,9
Ciddiye almamalarından çekindim	35	53,0
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanırken doktorun belirlediği tıbbi tedaviyi bırakma durumu		
Bırakan	3	2,8
Bırakmayan	106	97,2

*=Birden fazla ifadeyi işaretlemiştir

Tablo 6'da bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanmadan önce/ sırasında sağlık personeline danışma durumları ile ilgili bulgular verilmiştir. TAT yöntemleri kullanmadan önce/ sırasında sağlık personeline danışanlar

%40,4 olarak bulunmu tur. Sa lık personelinin bakım verenlerin TAT kullanımını ile ilgili dü üncelerine bakıldı ında; %34,1’inin yorum yapmadı ı, %9,1’inin ise tedavi süresince TAT yöntemleri kullanımını önermedi i bulunmu tur. Çalı maya katılan bakım verenlerin %53,0’ı sa lık personelinin kendilerini ciddiye almamalarından çekindi i, %28,8’i ise sa lık personeli ile alakalı bir konu oldu unu dü ünmedi i ve azarlamalarından çekindi i için hasta bakımına yönelik TAT kullanımını hakkında sa lık personeline danı madıklarını belirtmi tir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin %2,8’i TAT yöntemini kullanırken doktorun belirledi i tıbbi tedaviyi bıraktı ını belirtmi tir (Tablo 6).

Tablo 7. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden beklenen sonucu elde etme, yöntemlere devam etme ve ba kasına önerme durumları (n=109)

Özellikler	n	%
Kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden beklenen sonuca ula ma durumu		
Hiçbir yarar göremedim	9	8,3
Düzenli uygulamadı ım için yararı ya da zararı olmadı	10	9,2
Bekledi im sonucu elde ettim	14	12,8
Henüz bekledi im sonucu elde edemedim	20	18,3
Tedavi olmadı ama hastamda rahatlama oldu	56	51,4
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaya devam etme durumu		
Devam eden	102	93,6
Devam etmeyen	7	6,4
Kullandı ınız tamamlayıcı ve aternatif tedavi yöntemleri ba kalarına önerme durumu		
Öneren	78	71,6
Önermeyen	5	4,6
Kararsız	26	23,8

Tablo 7’de bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerinden beklenen sonucu elde etme durumları verilmi tir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin, %51,4’ü “tedavi olmadı ama hastamda rahatlama oldu” cevabını verirken, %8,3’ü ise “hiçbir yarar göremedim” cevabını vermi tir. Bakım verenlerin

%93,6'sı hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerini kullanmaya devam etti ini, %71,6'sı kullandı 1 TAT yöntemlerini ba kalarına önerdi ini belirtmi tir (Tablo 7).

Tablo 8. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumları (n=109)

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri *	n	%
Aromaterapi ve renklerle tedavi	1	0,6
Hızlı yürüme	1	0,6
Hacamat	1	0,6
Ilıca/kaplıca	3	1,7
Solunum egzersizleri	4	2,3
Eli i / resim yapma / u ra 1 terapisi	4	2,3
Diyet takviyeleri	5	2,8
Multivitaminler	5	2,8
Müzik terapisi	5	2,8
Egzersiz	17	9,6
Masaj	38	21,5

*=Birden fazla ık i aretlenmi tir

Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerine bakıldı ında; masaj (%21,5), egzersiz (%9,6), diyet takviyeleri (%2,8), multivitamin (%2,8), müzik terapisi (%2,8), solunum egzersizleri (%2,3), eli i/ resim yapma/ u ra 1 terapisi (%2,3), ılıca/kaplıca (%1,7), aromaterapi ve renklerle tedavi (%0,6), hızlı yürüme (%0,6) ve hacamat (%0,6) kullandı 1 saptanmı tır (Tablo 8).

Tablo 9. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanma süreleri (n=109)

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri *	1 yıldan az		1-3 yıl arası		4 yıl ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%
Ilıca/kaplıca	2	66,7	1	33,3	-	-
Solunum egzersizleri	4	100,0	-	-	-	-
Masaj	12	31,6	13	34,2	13	34,2
El ile / resim yapma / u r a ı terapisi	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Aromaterapi ve renklerle tedavi	-	-	-	-	1	100,0
Diyet takviyeleri	2	40,0	3	60,0	-	-
Multivitaminler	3	60,0	1	20,0	1	20,0
Hızlı yürüme	-	-	-	-	1	100,0
Egzersiz	4	23,5	6	35,3	7	41,2
Müzik terapisi	2	40,0	2	40,0	1	20,0
Hacamat	-	-	1	100,0	-	-

*=Birden fazla kullanılmıştır

Tablo 9’da Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanma süreleri verilmiştir. Ilıca/kaplıca kullananların 2’si, solunum egzersizini kullananların 4’ü, eli ile/resim yapma/u r a ı terapisi kullananların 2’si, multivitamin kullananların 3’ü ve müzik terapisi kullananların 2’si kullandıkları TAT yöntemlerini 1 yıldan az süredir kullandıklarını, masaj uygulayanların 13’ü, diyet takviyesi uygulayanların 3’ü, müzik terapisi kullananların 2’si ve hacamat kullananların 1’i kullandıkları TAT yöntemlerini 1-3 yıl arası kullandıklarını, aromaterapi ve renklerle tedavi kullananların 1’i, hızlı yürüme kullananların 1’i ve egzersiz yapanların 7’si bu yöntemleri 4 yıl ve üzeri süredir kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanma sıklıkları (n=109)

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri *	Hergün				Herhafta			
	Düzenli		Düzensiz		Düzenli		Düzensiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solunum egzersizleri	2	50,0	1	25,0	-	-	1	25,0
Masaj	2	5,3	14	36,8	11	28,9	11	28,9
Eli i / resim yapma / u ra ı terapisi	1	25,0	-	-	1	25,0	2	50,0
Aromaterapi ve renklerle tedavi	-	-	-	-	1	100,0	-	-
Diyet takviyeleri	5	100,0	-	-	-	-	-	-
Multivitaminler	2	40,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0
Hızlı yürüme	-	-	-	-	1	100,0	-	-
Egzersiz	4	23,5	1	5,9	7	41,2	5	29,4
Müzik terapisi	-	-	-	-	1	20,0	4	80,0

*=Birden fazla ık i aretlenmi tir

Tablo 10’da Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanma sıklıkları verilmi tir. Solunum egzersizleri kullanların 2’si, diyet takviyeleri kullananların 5’i, multivitamin kullananların 2’si, düzenli olarak hergün, masaj uygulayanların 14’ü düzensiz olarak hergün, eli i / resim yapma / u ra ı terapisi kullananların 2’si ve müzik terapisi kullananların 4’ü düzensiz olarak herhafta, aromaterapi ve renklerle tedavi kullananların 1’i, hızlı yürüme kullananların 1’i, egzersiz kullananların 7’si bu yöntemleri düzenli olarak herhafta kullanmakta olduklarını belirtmi tir (Tablo 10).

Tablo 11. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanma maliyeti (n=109)

Tamalayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri	Maliyet (₺)		
	Ortalama ± SD	Minimum	Maksimum
Eli i / resim yapma / u ra ı terapisi	13,7±4,7	10	20
Masaj	15,0±4,6	10	25
Diyet takviyeleri	40,0±10,0	30	50
Multivitaminler	54,0±22,1	30	90
Aromaterapi ve renklerle tedavi	55,0	55	55
Hacamat	80,0	80	80
Ilıca/kaplıca	101,6±41,9	75	150
Genel maliyet ortalaması	31,1±29,8	10	150

Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanma maliyetine bakıldığında; ılıca/kaplıca kullanım maliyeti 101,6±41,9 ₺ (min-max=75-150) olup eli i / resim yapma / u ra ı terapisi kullanım maliyeti ise 13,7±4,7 ₺ (min-max=10-20)'dir. Kullanılan TAT yöntemleri genel maliyet ortalaması ise 31,1±29,8 ₺ (min-max=10-150)'dir (Tablo 11).

Tablo 12. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma durumları (n=109)

Bitkisel terapiler *	n	%
Isırgan otu	10	5,6
Di er (karüzüm suyu, havuç suyu, erik suyu, zencefil, zerdecil, ıhlamur, ku burnu, keten tohumu, ceviz, fındık vb., kartoron ya ı)	12	7,0
Çörekotu	15	8,5
Sarımsak	18	10,2
Zeytin ya ı	22	12,4
Tereya ı	27	15,3
Pekmez	44	24,9
Bal	54	30,5

*=Birden fazla ık i aretlenmi tir

Ara tırma kapsamına alınan Alzheimer hastasına bakım verenler, hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma durumları; bal (%30,5), pekmez (%24,9), tereya ı (%15,3) ve ısırgan otu (%5,6) olarak saptanmı tır (Tablo 12).

Tablo 13. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma süreleri (n=109)

Bitkisel terapiler *	1 yıldan az		1-3 yıl arası		4 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	n
Bal	17	31,5	16	29,6	21	38,9
Pekmez	13	29,5	12	27,3	19	43,2
Tereya ı	8	29,6	7	25,9	12	44,5
Zeytin ya ı	8	36,4	6	27,3	8	36,3
Sarımsak	9	50,0	4	22,2	5	27,8
Çörekotu	4	26,7	3	20,0	8	53,3
Isırgan otu	4	40,0	2	20,0	4	40,0
Di er (karüzüm suyu, havuç suyu, erik suyu, zencefil, zerdecil, ıhlamur, ku burnu, keten tohumu, ceviz, fındık vb., kartoron ya ı)	1	8,3	6	50,0	5	41,7

*=Birden fazla ık i aretlenmi tır

Tablo 13’de Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma süreleri verilmi tır. Zeytin ya ı kullananların 8’i, sarımsak kullananların 9’u, ısırgan otu kullananların 4’ü, 1 yıldan az, bal kullananların 21’i, pekmez kullananların 19’u, tereya ı kullananların 12’si, zeytinya ı kullananların 8’i, çörekotu kullananların 8’i, ısırgan otu kullananların 4’ü bu yöntemleri 4 yıl ve üzeri süredir kullandı nı belirtmi tır (Tablo 13) .

Tablo 14. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma sıklıkları (n=109)

Bitkisel terapiler *	Hergün				Herhafta			
	Düzenli		Düzensiz		Düzenli		Düzensiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bal	6	11,0	44	81,5	3	5,6	1	1,9
Pekmez	3	6,8	20	45,5	13	29,5	8	18,2
Tereyağı	3	11,1	19	70,4	2	7,4	3	11,1
Zeytin yağı	3	13,6	13	59,1	4	18,2	2	9,1
Sarımsak	1	5,6	5	27,8	4	22,2	8	44,4
Çörekotu	2	13,3	4	26,7	2	13,3	7	46,7
Isırgan otu	1	10,0	-	-	2	20,0	7	70,0
Diğer (karaüzüm suyu, havuç suyu, erik suyu, zencefil, zerdeçal, ıhlamur, ku burnu, keten tohumu, ceviz, fındık vb., kartoron yağı)	-	-	3	27,3	6	54,5	2	18,2

*=Birden fazla ilaçi aretlenmi tir

Tablo 14’de Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma sıklıkları verilmi tir. Bal kullananların 44’ü, pekmez kullananların 20’si, tereyağı kullananların 19’u, zeytinyağı kullananların 13’ü, düzensiz olarak her gün, sarımsak kullananların 8’i, çörekotu kullananların 7’si, ısırgan otu kullananların 7’si bu yöntemleri düzensiz olarak herhafta kullanmakta olduklarını belirtmi tir (Tablo 14).

Tablo 15. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma maliyeti (n=109)

Bitkisel terapiler	Maliyet (₺)		
	Ortalama ± SD	Minimum	Maksimum
Sarımsak	13,8±7,1	10	40
Isırgan otu	16,5±4,1	10	25
Çörekotu	21,3±10,4	10	45
Di er (karüzüm suyu, havuç suyu, erik suyu, zencefil, zerdeçal, ıhlamur, ku burnu, keten tohumu, ceviz, fındık vb., kartoron ya ı)	29,1±16,8	10	65
Pekmez	38,8±12,2	20	75
Tereya ı	39,8±12,8	15	60
Zeytin ya ı	41,5±19,9	20	110
Bal	85,9±25,9	45	150
Genel maliyet ortalaması	46,7±30,7	10	150

Çalı ma kapsamına alınan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik bitkisel terapi kullanma maliyetlerine bakıldı ında; bal kullanım maliyet ortalaması 85,9±25,9 ₺ (min-max=45-150), sarımsak kullanım maliyeti ise sadece 13,8±7,1 ₺ (min-max=10-40) oldu u bulunmu tur. Kullanılan bitkisel terapilerin genel maliyet ortalaması ise 46,7±30,7 ₺ (min-max=10-150)'dir (Tablo 15).

Tablo 16. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden dini uygulamaları kullanma durumları (n=109)

Dini uygulamalar *	n	%
Yatır, türbe ziyaret etmek	11	6,2
Hocaya gidip, hastayı okutturmak	18	10,2
Muska takmak	21	11,9
Kur'an okumak	83	46,9
Dua etmek	90	50,8
Namaz kılmak	91	51,4

*=Birden fazla ık i aretlenmi tir

Tablo 16’da hastaya bakım verenlerin hasta bakımına yönelik dini uygulamaları kullanma durumları verilmiştir. Dini uygulama kullananların %51,4’ü namaz kıldıkları ve %50,8 dua ettikleri saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 17. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden dini uygulama kullanma süreleri (n=109)

Dini uygulamalar *	1 yıldan az		1-3 yıl arası		4 yıl ve üzeri	
	n	%	n	%	n	n
Namaz kılmak	13	14,2	22	24,2	56	61,6
Dua etmek	14	15,6	20	22,1	56	62,3
Muska takmak	1	4,8	7	33,3	13	61,9
Kur’an okumak	13	15,7	21	25,3	49	31,0
Hocaya gidip, hastayı okutturmak	3	16,7	6	33,3	9	50,0
Yatır, Türbe ziyaret etmek	2	18,2	2	18,2	7	63,6

*=Birden fazla kullanılmıştır

Araştırma kapsamına alınan Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerinden dini uygulama kullanma sürelerine bakıldığında; namaz kılanların 56’sı, dua edenlerin 56’sı, Kur’an okuyunaların 49’u, hocaya gidip, hastasını okutturanların 9’u, yatır, türbe ziyaret edenlerin 7’si bu yöntemleri 4 yıl ve üzeri süredir kullandığını belirtmiştir (Tablo 17).

Namaz kılanların 91’i, dua edenlerin 70’i, muska takanların 21’i, Kur’an okuyanların 12’si düzenli hergün, dua edenlerin 20’si, Kur’an okuyanların 20’si, düzensiz hergün, Kur’an okuyanların 17’si düzenli her hafta, Kur’an okuyanların 51’i düzensiz her hafta, hocaya gidip hastasını okutturanların 10’u, yatır, türbe ziyaret edenlerin 6’sı düzenli her yıl, hocaya gidip hastasını okutturanların 8’i, yatır, türbe ziyaret edenlerin 5’i bu yöntemleri düzensiz her yıl kullanmakta olduklarını ifade etmiştir.

Tablo 18. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden dini uygulama kullanma maliyeti (n=109)

Dini uygulamalar	Maliyet (₺)		
	Ortalama ± SD	Minimum	Maksimum
Hocaya gidip, hastayı okutmak	58,8±15,4	30	85
Yatır, türbe ziyaret etmek	96,8±43,2	45	160
Genel maliyet ortalaması	72,7±34,6	30	160

Tablo 18’da Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik dini uygulama kullanma maliyetleri belirtilmiştir. Hocaya gidip, hastayı okutmanın 58,8±15,4 ₺ (min-max=30-85), yatır, türbe ziyaret etmenin ise 96,8±43,2 ₺ (min-max=45-160) maliyeti olduğu bulunmuştur. Kullanılan dini uygulamaların maliyet ortalaması ise 72,7±34,6 ₺ (min-max=30-160)’dir (Tablo 18).

Alzheimer hastasına bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu ve hastaya yakınlık dereceleri, hasta bakımına yönelik TAT kullanma durumlarını etkilemediği bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 19. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumuna etkisi (n=109)

Özellikler	Kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumu											X ²	p
	Bekledi im sonucu aldım		Tedavi olmadı ama hastam rahatladı		Henüz bekledi im sonucu alamadım		Düzenli uygulamadı m için yarar veya zarar görmedim		Hiçbir yarar göremedim				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Cinsiyet													
Kadın	12	13,5	46	51,7	16	18,0	9	10,1	6	6,7	2,014	0,733	
Erkek	2	10,0	10	50,0	4	20,0	1	5,0	3	15,0			
Medeni Durum													
Evli	6	6,8	50	56,8	17	19,3	7	8,0	8	9,1	16,906	0,002*	
Bekar	8	38,1	6	28,6	3	14,3	3	14,3	1	4,7			
Ekonomik Destek Alma Durumu													
Alıyor	3	6,7	27	61,4	5	11,4	4	9,1	5	11,4	6,344	0,175	
Almıyor	11	16,9	29	44,6	15	23,1	6	9,2	4	6,2			

*=Fisher's Exact Test

Alzheimer hastasına bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin, bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumuna etkisi incelenmiştir. Sadece medeni durumun kullanılan TAT yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumuna etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 19).

Tablo 20. Alzheimer hastasının sürekli kullandığı ilaç varlığı, alınan tıbbi tedaviden memnun olma ve tıbbi olmayan tedavinin yararlı olduğunu düşünme durumunun tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumuna etkisi (n:177)

Özellikler	Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumu					
	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
Sürekli kullanılan ilaç varlığı						
Var	79	62,2	48	37,8	0,074	0,458
Yok	30	60,0	20	40,0		
Alınan tıbbi tedaviden memnun olma durumu						
Memnun	104	61,9	64	38,1	0,146	0,478
Memnun değil	5	55,6	4	44,4		
Tıbbi olmayan tedavinin yararlı olduğunu düşünme durumu						
Yararlı	105	94,6	6	5,4	137,128	0,000*
Yararlı değil	4	6,1	62	93,9		

*=Fisher's Exact Test

Alzheimer hastalarının tıbbi olmayan tedavinin yararlı olduğunu düşünme durumu ile TAT kullanma durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($X^2 =137,128$; $p<0,001$). Alzheimer hastalarının sürekli ilaç kullanma ve alınan tıbbi tedaviden memnun olma durumları TAT kullanma durumlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Alzheimer hastasının tanımlayıcı özelliklerinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanmadan önce/sırasında sa lık personeline danı ma durumuna etkisi (n: 109)

Özellikler	Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanmadan önce/ sırasında sa lık personeline danı ma durumu					
	Evet		Hayır		X ²	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	24	38,7	38	61,3	0,164	0,417
Erkek	20	42,6	27	57,4		
Medeni Durum						
Evli	21	44,7	26	55,3	0,693	0,273
Bekar	23	37,1	39	62,9		
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	13	34,2	25	65,8	0,919	0,226
Geni Aile	31	43,7	40	56,3		
Sosyal Güvence						
Var	39	45,9	46	54,1	4,878	0,022
Yok	5	20,8	19	79,2		
Ba ka Kronik Hastalık						
Diabetes Mellits	4	25,0	12	75,0	9,782	0,008
Kalp hastalı ı ve Hipertansiyom	7	24,1	22	75,9		
Di er (Romatizma, Bron it, Migren)	13	65,0	7	35,0		

Alzheimer hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin TAT yöntemi kullanmadan önce/ sırasında sa lık personeline danı ma durumuna etkisi incelenmi tir. Sosyal güvenceye sahip olma durumunun ($p<0,05$) ve ba ka kronik hastalık bulunma durumunun ($p<0,01$) TAT yöntemi kullanmadan önce/ sırasında sa lık personeline danı ma durumunu etkiledi i saptanmı tır.

Cinsiyetin, medeni durumun ve aile tipinin ise TAT yöntemi kullanmadan önce/ sırasında sa lık personeline danı ma durumunu etkilemedi i bulunmu tur ($p>0,05$) (Tablo 21).

5. TARTI MA

Samsun E itim ve Ara tırma Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'ne kayıtlı, evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu ara tırmada elde edilen bulgular bu bölümde tartışılacaktır.

Çalışmaya dahil edilen Alzheimer hastasına bakım verenlerin; %83,6'sı kadın, %16,4'ü erkektir. Akyar ve Akdemir (2009), yaptıkları çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin %86,0'ı kadın, %14,0' erkektir, Yıldırım ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada %75,0'ı kadın, %25,0'ı erkek, Mollao lu ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada ise bakım verenlerin %68,5'i kadın, %31,5'i ise erkektir. Bakım vericilik kadına özgü bir özellik olarak kabul edilmekte, çocuk, ya lı, engelli ve hasta yakınlarına bakmak geleneksel Türk toplumunda kadınların görevi olarak görülmektedir. Bakım verenlerin ço unlukla kadın olması bu geleneksel durumun devam etmesi ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışma kapsamındaki bakım verenlerin %83,1'i evlidir. Mollao lu ve ark. (2011), çalışmada bakım verenlerin %86,9'u, Akyar ve Akdemir (2009), çalışmada %72,0'ı, irzai ve ark. (2015), çalışmada ise bakım verenlerin %82,7'si evlidir. Elde edilen bulgular literatür ile benzerdir.

Bu ara tırmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin %7,3'ü okur-yazar, %34,5'i ise ortaokul mezunudur. Akyar ve Akdemir (2009), yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %10,0'ı ilkokul ve ortaokul mezunu, Mollao lu ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada %79,2'si okuryazar, irzai ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada %53,1'i ilkokul mezunu Yıldırım ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada ise bakım verenlerin %51,3'ü okur-yazar ve ilkokul mezunu, olduğu belirtilmiştir. Bakım verenlerin eğitim düzeyinin orta seviyede olduğunu ve bakım verenlerin kendi eğitimlerine önem verdiklerini söyleyebiliriz.

Ara tırma kapsamına alınan Alzheimer hastasına bakım verenlerin %79,1'inin çalışmadıkları belirlenmiştir. Mollao lu ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %70,8'i, Akyar ve Akdemir (2009), yaptıkları çalışmada %62,0'ı, Yıldırım ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada %58,8'i, irzai ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada ise bakım verenlerin %63,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmiştir. Elde edilen

bulgular literatür ile benzerdir. Bakım verenlerin herhangi bir i te çalı amamasının nedeni bakım yükünün fazla olması olabilir.

Bu ara tırmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin %61,6'sının hasta bakımına yönelik en az bir TAT yöntemi kullandı ı bulunmu tur. Kav ve ark. (2008), yaptı ı literatür derlemesinde 2001-2007 yılları arasında Türkiye'de yapılmı 14 ara tırma makalesi ve ulusal kongre kitaplarında sunulan 7 çalı ma derlenerek toplam 5252 hastanın verilerine ula ılmı ve TAT kullanım sıklı ının % 22.1 ile % 84.1 arasında da ılım gösterdi i bulunmu tur. Geli mi ülkelerde TAT kullanım sıklı ına bakıldı ında; Amerika'da %42,1, Fransa'da %49,3, Avustralya'da %48,2, Kanada'da %70,4 iken, geli mekte olan ülkelerde ise ili'de %71, Kolombiya'da %40, Çin'de %70 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır (Bodeker ve Kronenberg, 2002; Özçelik ve Fadilo lu, 2009; Kurt ve ark., 2013). Bu çalı mada elde edilen TAT yöntemi kullanma oranı hem dünyada hem de Türkiyede yapılan çalı malardaki oranlara benzerdir.

Bu ara tırmada en sık kullanılan TAT yöntemi dini yöntemler olarak bulunmu tur. Ceylan ve ark. (2002), yaptı ı çalı mada bireylerin %11,3'ünün dini uygulamaları kullandı ı saptanmı tır. ngiltere'de Scottve ark. (2005), tarafından yapılan çalı mada en sık kullanılan TAT yöntemlerinin sırasıyla diyet takviyeleri, dini uygulamalar ve zihin-beden uygulamaları oldu u belirtilmi tir. Kav ve ark. (2008), yaptı ı çalı mada en sık kullanılan TAT yönteminin ise bitkisel karı ımlar oldu u bulunmu tur. En fazla tercih edilen TAT yöntemleri bölgelere göre de i iklik göstermektedir. Kültürler arası farklılıklar TAT yöntemi tercihlerini etkiledi i dü ünülebilir.

Bu çalı mada bakım verenlerin; %85,3'ü tıbbi tedavinin daha do ru oldu unu dü ündü ü, %47,1'i doktorun tavsiye etmedi ini ve %23,5'i kullanmaya korku u gerekçesi ile TAT yöntemlerine ba vurmadı ını belirtmi tir. Temuçin (2011), yapmı oldu u çalı mada, hastaların TAT kullanmayı tercih etmeme nedenlerine bakıldı ında; %51,2'sinin yararlı oldu unu dü ünmedi i, %39,0'ının kullanmaktan korktu u ve hekiminin önermedi i bulunmu tur. Yakupçebio lu'nun (2012), çalı masında ise hastaların %34,0'ının TAT yöntemlerine inanmadı ı, %22,0'ının doktorun tavsiye etmedi i bulunmu tur. Bu çalı malardan farklı olarak Malassiotis ve ark. (2006), yaptıkları çalı mada hastaların TAT kullanmama nedeni olarak en çok farmakolojik

tedavi ile mutlu oldukları ve TAT kullanımını hiç düşünmediklerini belirtirken; Algier ve ark. (2005), TAT kullanmayan kanser hastalarının TAT kullanmama nedeni olarak kendilerine uygulanan tedaviden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Gelişen teknoloji ve tıp uygulamaları ile tıbbi tedavinin dışında herhangi bir uygulamanın olumsuz etkisi yapıcı düşünülmesi ve doktorun tavsiye etmemesi hastaların veya bakım verenlerin TAT yöntemlerini tercih etmeme nedenlerini en çok etkileyen faktörler arasında olabilir.

Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin, %55,0'ının hastalığın etkilerini azaltmak, %54,1'inin psikolojik olarak rahatlamak/rahatlatmak, %53,2'sinin ise tedaviye katkıda bulunmak için hasta bakımına yönelik TAT yöntemini tercih ettikleri saptanmıştır. Usluer ve ark. (2007), yaptıkları çalışmada hastaların; %56,3'ü hastalığın etkilerini azaltmak için, %26,6'sı fiziksel olarak daha iyi hissetmek için, %17,2'si psikolojik olarak daha iyi hissetmek için TAT uygulamalarına başvurdukları belirtilmiştir. Literatüre bakıldığında, TAT yöntemlerini kullanma nedenlerinin belirlendiği çalışmalarda, hastaların çoğunun TAT yöntemlerini hastalığa karşı her şeyi yapmak ve faydasına inandıkları için kullandıkları belirlenmiştir (Kav ve ark., 2008). Hastaların, hastalığa karşı her şeyi yapması olmak, kendini daha iyi hissetmek, belki de yarar gibi düşünülmesi nedeniyle ya da hastalığın ağırlığının hafifletilmesi için TAT yöntemlerine başvurduğunu düşünülebilir.

Bu çalışmadaki bakım verenlerin; %66,1'i kendi bilgileri, %34,9'u akrabaları ve %33,9'u ise aile bireylerinin tavsiyeleri üzerine TAT yöntemlerine başvurdukları bulunmuştur. Dunning (2003), TAT yöntemlerini kullanan DM'li hastalarla yaptığı çalışmada hastaların büyük çoğunun arkadaş önerisi üzerine TAT yöntemlerini tercih ettiklerini; Norah ve Rowais (2002), dört büyük hastanede 296 DM hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %39,2'sinin; Kumar ve ark. (2006), yapmış olduğu çalışmada hastaların %36,4'ünün yakınlarının önerisi üzerine TAT yöntemlerini tercih ettiklerini saptamışlardır. Molassiotis ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada ise hastaların %56,5'inin TAT hakkında arkadaşlarından bilgi aldıkları saptanmıştır. Kav ve ark. (2008), akraba, arkadaş gibi yakınlarının yönlendirmesiyle hastaların TAT uygulamalarına yöneldiğini belirtmiştir. Dedeli ve Karadakovan (2011), yaşlıların %34,9'u aile/akrabadan, %15,5'i ise arkadaş/komşudan öneri aldıklarını bulmuştur. Elde edilen bulgular literatür ile benzerdir. Özellikle eğitim seviyesi ve sosyo-ekonomik

düzeıyü dü ük gruplarda; arkada , kom u veya akraba tarafından ilaç kullanımının önerilmesinin yaygın oldu u göz önüne alındı ında, aynı durumun TAT yöntemleri içinde geçerlili ini korudu unu söyleyebiliriz.

Çalı ma kapsamına alınan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik %59,6'sı TAT kullanmadan önce/ sırasında sa lık personeline danı madı ı bulunmu tur. Akyürek ve ark. (2005), çalı masına göre hastaların %91,0'ı, Yıldırım'ın (2010), çalı masına göre de hastaların %60,0'ı TAT kullanımını sa lık personeli ile konu mamı tır. Elde edilen bulgular literatür ile benzerdir. Bakım verenlerin veya hastaların TAT yöntemi kullanımını sa lık personeline danı mamasının en büyük nedeni sa lık personelinden alacakları yanıtın olumsuz olaca ı dü ünçesi olabilir.

Çalı mada kapsamındaki bakım verenler, hasta bakımına yönelik TAT yöntemi kullanımına kar ı sa lık personelinin %34,1'inin yorum yapmadı ını, %25,0'ının desteklemeyip açıklama yapmadı ı belirtmi tir. Temuçin (2011) çalı masında sa lık personelinin %64,7'si tedavi süresince kullanılmasını önermedi i, %5,9'unun desteklemeyip neden belirtmedi i; Yakupçebio lu (2012) çalı masında ise %62,0'ının desteklemedi i bulunmu tur. Sa lık personelinin TAT yöntemlerine yönelik yorum yapmamasının nedeni; sa lık personelinin kendisini TAT yöntemleri konusunda yeterli bilgiye ve donanıma sahip olmadı ını dü ünmesinden kaynaklanmı olabilir.

Bu çalı mada Alzheimer hastasına bakım verenlerin; %53,0'ının ciddiye almamalarından çekindi i, %40,9'unun bu konuda bilgileri oldu unu sanmadı ı, %28,8'inin azarlamalarından çekindi i ve sa lık personeli ile alakalı bir konu oldu unu dü ünmemesi sebebi ile hasta bakımına yönelik TAT kullanımı hakkında sa lık personeline danı madıkları bulunmu tur. Yakupçebio lunu (2012), çalı masında hastaların %37,0'ı doktorun tepkisinden korktukları, %25'i doktoru ilgilendirmedini dü ündükleri için TAT kullanımını doktora danı madıkları bulunmu tur. Temuçin (2011), yapmı oldu u çalı mada ise hastaların %59,3'ü sa lık personelinini ilgilendirmedini için TAT kullanımını sa lık personeline söylemedikleri bulunmu tur. Elde edilen veriler literatür ile benzerdir. Bakım verenlerin veya hastaların sa lık personelinden olumsuz tepki alma dü ünçesi kullandıkları TAT yöntemi hakkında sa lık personeline danı amamasına sebep olmu olabilir.

Ara tırma kapsamına alınan Alzheimer hastalarının %97,2'si TAT yöntemlerini kullanırken doktorun belirlediği tıbbi tedaviyi bırakmadığı bulunmuştur. Yakupçebio lu (2012), DM'li hastalarla yaptığı çalışmada; hastaların TAT yöntemlerini tedavi süresince kullandıkları ve bu dönemde farmakolojik tedavilerini bırakmayanların çoğunlukta olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bakım verenlerin ve hastaların farmakolojik tedaviyi birincil tedavi olarak kabul edip TAT yöntemlerini farmakolojik tedaviye destek olarak kullandığı söylenebilir.

Bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %93,6'sı hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerini kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir. Temuçin (2011), yaptığı çalışmada, hastaların %65,9'unun TAT yöntemlerine halen devam ettiğini, Yakupçebio lu (2012), çalışmasında ise hastaların %60,0'ının halen TAT yöntemi kullanmaya devam ettiğini belirtilmiştir. Bu duruma TAT yöntemlerinin son zamanlarda televizyon ve diğer basım yayın organlarında gündemde tutulması ve kullanımının teşvik edilmesinin etkisi olabilir. Elde edilen veriler hastaların ve bakım verenlerin kullandıkları TAT yöntemlerinden yarar gördüklerinin göstergesi olabilir.

Bu çalışmada, bakım verenlerin %71,6'sının hasta bakımına yönelik kullandığı TAT yöntemini bakımalarına önerdiğini bulunmuştur. Temuçin (2011), yaptığı çalışmada hastaların %40,9'unun TAT kullanımını diğer hastalara önerdiğini, Yakupçebio lu (2012), çalışmasında ise hastaların %63,0'ının TAT yöntemi kullanımını bakımalarına tavsiye ettiğini belirtilmiştir. Bakım verenlerin ve hastaların kullandıkları TAT yöntemini yakınlarına önermeleri, kullandıkları TAT yöntemlerinden memnun olduklarını ve bakımalarında bu yöntemlerden faydalanmasını sağlamak istediklerinin göstergesi olabilir.

Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemi sonucunda; %51,4'ü "tedavi olmadı ama hastamda rahatlama oldu" cevabını verirken, %18,3'ü "henüz beklediğim sonuca ulaşamadım" cevabını vermiştir. Bilge (2010) çalışmasında, hastaların, %37,9'u kullandıkları bitkisel ilaçlardan yarar gördüğünü, %42,8'i yarar görmediğini, %19,3'ü yarar görüp görmediğini bilmediğini söylemişlerdir. Kullandıkları bitkisel ilaçlardan yarar gördüğünü ifade edenlerin oranı %6,7'dir. Kullanılan TAT yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumu genelde olumlu olduğu görülmektedir.

Ara tırma kapsamına alınan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik; %9,6'sı egzersiz, %21,5'i masaj, %0,6'sı aromaterapi, %2,3'ü solunum egzersizi yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir. Sa kal ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada hastaların; %53,9'u egzersiz, %34,9'u masaj, %32,2'si aromaterapi, %31,1'i müzik terapisi, %28,8'i solunum egzersizi yöntemlerini kullandıkları belirtilmiştir. TAT yöntemlerinden genellikle toplum tarafından bilinen yöntemler kullanıldığını söyleyebiliriz.

Bu çalışmada bakım verenlerin hasta bakımına yönelik bal kullanım oranı %30,5, pekmez kullanım oranı %24,9, zeytin yağı kullanım oranı %12,4, sarımsak kullanım oranı %10,2, çörekotu kullanım oranı %8,5, ısırgan otu kullanım oranı %5,6 olarak bulunmuştur. Üstünda (2013), yaptığı çalışmada; bal kullanım oranı %32,0, pekmez kullanım oranı %2,9, zeytin yağı kullanım oranı %2,2, ısırgan otu kullanım oranı %22,3, sarımsak kullanım oranı %0,7 olarak belirtilmiştir. Toplum tarafından bitkisel TAT yöntemlerine ilginin olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik dini uygulamalardan; %51,4'ü namaz, %50,8'i dua ve %46,9'u ise Kur'an okuma ibadetini tercih etmişlerdir. Literatürde kanser hastalarının diğer kronik hastalıklara sahip hastalara oranla daha fazla dua ettiğini belirtilmektedir (Tovey ve Broom, 2007). Özellikle dua etmenin stres ve anksiyetenin azaltılmasında, pozitif görüşün artırılması ve yaşam isteklerinin artmasında etkili olduğu çalışmalarda belirlenmiştir (Topuz, 2008; Karacan ve ark., 2012). White ve ark. (2011), yaptığı çalışmada yaşlıların %84,4'ünün stresle baş etmek için dua etme yöntemini kullandıklarını belirtmiştir. Can ve ark. (2009), çalışmada kanserli bireylerin %67'sinin dua ettiğini, %36,3'ünün namaz kıldığını ve dini uygulamaların ikinci sırada en fazla tercih edilen TAT uygulaması olduğu belirlenmiştir. Ünal (2014), yaptığı çalışmada ise dua ve namaz oranı %90,2 olarak bulunmuştur. Duanın, kişinin aklarını azalttığı, depresyon ve anksiyete durumlarında kişinin iyi rahatlattığı düşünülebilir. Dua uygulamasının hastalar üzerinde, herhangi bir zarar verici yan etkisi olmadığından ve rahatlama sağladığından hastalar ve yakınları bu konuda desteklenebilir.

Bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik; muska takma oranı %11,9, hocaya gidip, hastayı okutturma oranı %10,2 ve yatır, türbe

ziyareti oranı ise %6,2 olarak bulunmu tur. Goker ve ark. (2012), yaptı ı çalı mada muska ve hocaya gitme oranı %84,0, Ünal (2014), yaptı ı çalı mada muska ve hocaya götürme oranı ise %96 olarak belirtilmi tir. Üstünda (2013), yapımı oldu u çalı mada ise hastaların; din görevlisine gitme oranı %1,8, muska takma oranı %1,5 ve türbe ziyareti oranı %6,3 olarak belirtilmi tir. Ölüm korkusunun, hasta ve bakım verenlerin dini uygulamalara yönelmesine sebep oldu u dü ünülebilir.

Ara tırma kapsamındaki bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerinin genel maliyet ortalaması $31,1 \pm 29,8$ ₺ (min-max=10-150), bitkisel terapi genel maliyet ortalaması $46,7 \pm 30,7$ ₺ (min-max=10-150) ve dini uygulama genel maliyet ortalaması ise $72,7 \pm 34,6$ ₺ (min-max=30-160) olarak tespit edilmi tir. National Center For Complementary and Integrative Healty (Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleyici Tıp Merkezi) (2015), verilerine göre 2007 yılında TAT uygulamalarına Amerikada eri kin nüfusun 33.9 milyar dolar para harcadı ı hesaplanmı tır. TAT uygulamaları ciddi anlamda giderek artan ticari bir sektör olmaya ba ladı ı söylenebilir.

Alzheimer hastasına bakım verenlerin medeni durum ile kullanılan TAT yöntemlerinden beklenen sonucu elde etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmı tır ($p < 0,01$). Evli olanların %9,1'i, bekar olanların ise %4,8'i "hiçbir yarar göremedim" cevabını verirken, evli olanların %6,8'i, bekar olanların ise %38,1'i "bekledi im sonucu elde ettim" cevabını vermi tir. Bekar olan bakım verenlerin evli olan bakım verenlere oranla kullandıkları TAT yöntemlerinden daha olumlu sonuç aldıklarını söyleyebiliriz.

Alzheimer hastasına bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, e itim durumu, çalı ma durumu, ekonomik durumu ve hasya yakınlık dereceleri, hasta bakımına yönelik TAT kullanma durumlarını etkilemedi i bulunmu tur ($p > 0,05$). U urluer ve ark. (2007), yaptıkları çalı madan tanımlayıcı özelliklerin TAT kullanımını etkilemedi i sonucu çıkmı tır. Bilge'nin (2010) çalı masında; hastaların TAT kullanımı ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ili kiye bakılmı fakat hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, sa lık güvencesinin, ya adı ı yerin kırsal kesim ya da ehir merkezi olmasının, mesle inin, ekonomik durumunun, hastaneye ula ımını nasıl sa ladı ının ve tedavisini aldı ı merkezin TAT kullanımı ile anlamlı istatistiksel bir ili kisi olmadı ı bulunmu tur. Gülgün (2015), akci er kanseli bireylerle yapımı oldu u çalı mada da

cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumu ve sağlık güvencesi gibi tanımlayıcı özellikler ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Elde edilen veriler literatür ile benzerdir. TAT yöntemlerinin son zamanlarda çok sık gündeme gelmesi ve televizyon kanallarında tıp doktorları tarafından kullanımının tavsiye edilmesi, toplumundaki tüm kesimlerinin TAT yöntemlerine olan ilgisini artırmıştır. Bu yüzden tanımlayıcı özelliklerin TAT yöntemi kullanımını etkilemediğini söyleyebiliriz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Alzheimer hastasına bakım verenlerin ya ortalaması $48,8 \pm 13,2$ yıldır (min-max=19-85). Bakım verenlerin %83,6'sı kadın, %83,1'i evli, %34,5'i ortaokul mezunu, %79,1'i çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %61,6'sının gelirinin giderine eşit ve %39,0'ının ekonomik destek aldığı, %89,9'unun bu ekonomik desteği bakım parası olarak aldığı saptanmıştır. Bakım verenlerin %13,0'ının kronik hastalığının olduğu ve bunların %56,5'inin kalp hastalığına ve hipertansiyon sahibi olduğu belirlenmiştir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin %37,9'unun Alzheimer hastasının gelini olduğu saptanmıştır (Tablo 1).
- Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin, %74,6'sının hasta bakımında yeterli olmadığı, %81,4'ünün hasta bakımında yardım aldığı ve bunların %45,8'inin bu yardımın eşitlerinden aldığı belirlenmiştir (Tablo 2).
- Alzheimer hastalarının ya ortalaması $80,9 \pm 7,6$ yıldır (min-max=48-100). Hastaların %62,1'inin kadın, %57,6'sının bekar ve %41,8'inin okur-yazar olmadığı, %66,7'sinin geniş aile olduğu, %74,6'sının sosyal güvencesinin olduğu ve %55,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).
- Alzheimer hastalarının, hastalık süresi ortalaması $5,5 \pm 3,4$ yıldır (min-max=0,30-21). Hastalarının %61,0'ının başka bir kronik hastalığa sahip olduğu ve bu kronik hastalığa sahip olanların hastalığı %43,5'inin kalp ve hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hastaların %71,3'ünün sahip oldukları kronik hastalıkların günlük yaşam aktivitelerini engellediği, %71,8'inin sürekli kullandıkları ilaçların olduğu belirlenmiştir. Alınan tıbbi tedaviden memnun olan hastalarının oranı %94,9 iken; tıbbi olmayan tedavilerin yararlı olduğu düşünülen hastaların oranı ise %62,7 olarak belirlenmiştir (Tablo 4).
- Araştırmaya katılan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik %61,6'sının hasta bakımında doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi (TAT yöntemi) kullandığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik, %55,0'ünün hastalığın etkilerini azaltmak, %54,1'inin ise psikolojik olarak rahatlamak amacıyla TAT yöntemlerini kullandıklarını belirlenmiştir. Bakım verenlerin %85,3'ünün tıbbi tedavinin daha doğru olduğu düşünüldüğü için TAT

kullanmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Bakım verenlerin %66,1'inin TAT yöntemlerine kendi bilgileri ile başvurdukları belirlenmiştir (Tablo 5).

- Bakım verenlerin %40,4'ünün hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanmadan önce/ sırasında sağlık personeline danıştığını bulunmuştur. Sağlık personelinin bakım verenlerin TAT kullanımı ile ilgili; %34,1'inin yorum yapmadığı, %9,1'inin ise tedavi süresince TAT yöntemleri kullanımını önermediği bulunmuştur. Çalışmaya katılan bakım verenlerin %53,0'ı sağlık personelinin kendilerini ciddiye almamalarından çekindiği, %28,8'i ise sağlık personeli ile alakalı bir konu olduğunu düşünmediği ve azarlamalarından çekindiği için hasta bakımına yönelik TAT kullanımı hakkında sağlık personeline danışmadıkları belirlenmiştir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin %2,8'i TAT yöntemini kullanırken doktorun belirlediği tıbbi tedaviyi bıraktığını saptanmıştır (Tablo 6).
- Bakım verenlerin TAT yöntemlerinden beklenen sonucu elde etme durumlarında, %51,4'ü "tedavi olmadı ama hastamda rahatlama oldu" cevabını verirken, %8,3'ü ise "hiçbir yarar göremedim" cevabını vermiştir. Bakım verenlerin %93,6'sının hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerini halen kullanmaya devam ettiği, %71,6'sının kullandığı TAT yöntemlerini başkalarına önerdiği belirlenmiştir (Tablo 7).
- Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları TAT yöntemleri; masaj (%21,5), egzersiz (%9,6), diyet takviyeleri (%2,8), multivitamin (%2,8), müzik terapisi (%2,8), solunum egzersizleri (%2,3), eli i/ resim yapma/ u ralı terapisi (%2,3), ılıca/kaplıca (%1,7), aromaterapi ve renklerle tedavi (%0,6), hızlı yürüme (%0,6) ve hacamat (%0,6) olduğu saptanmıştır (Tablo 8).
- Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanma maliyeti; ılıca/kaplıca kullanım maliyet ortalaması $101,6 \pm 41,9$ ₺ (min-max=10-150), eli i / resim yapma / u ralı terapisi kullanım maliyet ortalaması $13,7 \pm 4,7$ ₺ (min-max=10-20)'dir. Kullanılan TAT yöntemleri genel maliyet ortalaması ise $31,1 \pm 29,8$ ₺ (min-max=10-150) olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).
- Bakım verenler, hasta bakımına yönelik TAT yöntemlerinden bitkisel terapi kullanma durumları; bal (%30,5), pekmez (%24,9), tereyağı (%15,3) ve ısırgan otu (%5,6) olarak saptanmıştır (Tablo 12).

- Çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin hasta bakımına yönelik bitkisel terapi kullanma maliyeti; bal kullanım maliyet ortalaması $85,9 \pm 25,9$ ₺ (min-max=45-150), sarımsak kullanım maliyet ortalaması $13,8 \pm 7,1$ ₺ (min-max=10-40) olduğu bulunmuştur. Kullanılan bitkisel terapilerin genel maliyet ortalaması ise $46,7 \pm 30,7$ ₺ (min-max=10-150)'dir (Tablo 15).
- Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik dini uygulamalardan %51,4'ünün namaz kıldıkları ve %50,8'inin dua ettikleri saptanmıştır (Tablo 16).
- Bakım verenlerin hasta bakımına yönelik dini uygulama kullanma maliyetleri; hocaya gidip, hastayı okutturmanın ortalama maliyeti $58,8 \pm 15,4$ ₺ (min-max=30-85), yatır, türbe ziyaret etmenin ortalama maliyeti $96,8 \pm 43,2$ ₺ (min-max=45-160) olduğu bulunmuştur. Kullanılan dini uygulamaların genel maliyet ortalaması ise $72,7 \pm 34,6$ ₺ (min-max=30-160)'dir (Tablo 18).
- Alzheimer hastasına bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu ve hasta yakınlık dereceleri, hasta bakımına yönelik TAT kullanma durumlarını etkilemediği bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Alzheimer hastasına bakım verenlerin medeni durum ile kullanılan TAT yöntemlerinden beklenen sonuca ulaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 19).
- Evli olan bakım verenlerin %9,1'i, bekar olan bakım verenlerin ise %4,8'i TAT yöntemlerinden hiçbir yarar göremedim cevabını vermiş, evli olan bakım verenlerin %6,8'i, bekar olan bakım verenlerin ise %38,1'i beklediğim sonucu aldım cevabını vermiştir. Bekar olan bakım verenlerin evli olan bakım verenlere oranla kullandıkları TAT yöntemlerinden daha olumlu sonuç almıştır (Tablo 19).

6.2.Öneriler

- Alzheimer hastasına bakım verenlerin genelinin orta yaşlı, kadın ve ilköğretim mezunu olduğu göz önüne alınarak bu gruba TAT kullanımını hakkında eğitim programı hazırlanarak eğitim verilmelidir.
- Bakım verenler, hasta bakımında kendini yeterli görmediği durumlarda evde bakım hizmetlerine başvurma konusunda desteklenmelidir.

- Sağlık personelleri tarafından kronik hastalığı olan bakım verenlerin önceliği olmak üzere tüm bakım verenlere, bakım yükünü hafifletici girişimlerin eğitimini verilmelidir.
- Bakım verenlerin bakım verdikleri Alzheimer hastalarının kronik hastalıklarının bulunması durumunda sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.
- Bakım verenlerin bakım verdikleri Alzheimer hastalarının sürekli ilaç kullanımı hakkında doğru ilaç, doğru doz ve doğru zaman gibi ilaç kullanımı konusunda sağlık personelleri tarafından eğitim verilmelidir.
- Evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT kullanımı oldukça yaygındır. Bu nedenle evde sağlık hizmetleri tarafından yapılacak olan tanılama sırasında TAT yöntemi kullanımı mutlaka sorgulanmalı ve gerektiğinde doğru kullanımı hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir.
- Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri kullanımı ile ilgili sağlık personeli ile iletişiminin sürdürülmesi ve bakım verenlere TAT yöntemleri hakkında soru sormaları desteklenerek sorularına anlaşılır şekilde cevap verilmelidir.
- TAT yöntemlerine ulaşma konusunda hastalara ve bakım verenlere güvenli olmayan internet sitesi, kurum veya kuruluşlardan alıveri yapmama konusunda sağlık personelleri tarafından bilgi verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Cangöz B, Örsel S, Selekler K. Hafif Kognif Bozuklu u Olan Hastalarla Alzheimer Tipi Demans Hastalarının Örtük Bellek Performansı Açısından Kar ıla tırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18(2):118-128.
- Akhondzadeh S, Noroozian M, Mohammadi M, Ohadinia S, Jamshidi A.H, Khani M, Melissa officinalis extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind,randomised, placebo controlled trial. J Neurol Psychiatry, 2003; 74:863-866.
- Akyar , Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Ya adıkları Güçlükler. Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Dergisi, 2009;16(3):32-49.
- Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akci er Kanserli Hastalarda Alternatif Tedavi Kullanımı. THOD, 2005; 15(2):73-77.
- Algier LA, Hano lu Z, Özden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. Eur J Oncol Nurs, 2005; 9(2):138-146.
- Alzheimer's Disease nternational . "World Report 2015: The Global Impact of Dementia An Analysis of Prevalence, ncidence, Cost And Trends". London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2015.
- Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/ Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sa lı ı . TAF Prevent Med Bulletin, 2013; 12(4):441-448 .
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. Washington: Fifty Edition, 2013.
- Araz A, Harlak H, Me e G. Sa lık Davranı ları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2):112-122.
- Araz N, Ta demir H, Kılıç S. Sa lık Bilimleri Fakültesi Ö rencilerinin Tıp Dı ı Alternatif ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görü lerinin De erlendirilmesi. Gümü hane Üniversitesi Sa lık Bilimleri Dergisi,2012; 1(4):241.
- Azaizeh H, Saad B, Cooper E, Said O. Traditional Arabic and Islamic Medicine, a Re-emerging Health Aid. eCAM, 2010; 7(4):419-424.
- Ballard C, Corbett A. Management of Neuropsychiatric Symptoms in People with Dementia. Therapy in Practice, 2010; 24(9):729-739.
- Barnes M.A, Bloom B. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. National Health Statistic Repotrs, 2008; 12(10):1-24

- Ba gl H, Karagöz H. Alzheimer Hastalığı ve Anestesi. *Anestezi Dergisi*, 2006; 14(4): 228-231.
- Bibb J, Castle D, Newton R. The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *J Eat Disord*, 2015;3(50):1-6.
- Bilge Z. Kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanımı. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010.
- Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Public Health Matter*, 2002;92(10):1582-91.
- Briggs J. National Center for Complementary and Alternative Medicine, Third Strategic Plan 2011-2015. San Diego: Acad Press, 2011.
- Briggs J. National Center for Complementary and Alternative Medicine, Third Strategic Plan 2011–2015. San Diego: Academic Press. National Center For Complementary and Integrative Health: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>,2011
- Busse J.W, Wilson K, Campbell J.B. Attitudes towards vaccination among chiropractic and naturopathic students. *Vaccine*, 2008; 26(49):6237-6243.
- Can, G, Erol , Aydiner A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*,2009; 13(4):287–294.
- Cao H, Han M, Li X, Dong S, Shang Y, Wang Q, Xu S, Liu J. Clinical research evidence of cupping therapy in China: a systematic literature review. *Bmc Complem Altern M*,2010;10(70):3-10.
- Cao H, L. J. Cupping therapy for facial paralysis: a systematic review of randomized controlled trials. *Bmc Complem Altern M*, 2012; 12(1):316.
- Ceylan S, Hamzao lu O, Kmrc S. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Compleme Thera Med*, 2002; 10(2):94-99.
- Chen LL, Lin JD. Acupressure and Evidence-Based Nursing. *Hu li za zhi J Nurs*, 2015; 62(6):27-34.
- Chen R, Liu C, Lin M, ve ark. Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: A prospective cohort study in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int*, 2014; 14(2):440–446.

- Chesney M, Pearson N. The National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Acad Med*, 2007; 82(10):967.
- Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, Di Fiorino M. Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. *Geriatr Gerontol Int*, 2010; 11(4), 408-413.
- Clare L, Linden D, Woods R, Whitaker R. ve ark. Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy. *The American J Geriatr Psychiat*, 2010; 18(10):928–939.
- Croog S.H, Burlison J.A, Sudilovsky A. ve ark. Spouse caregivers of alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging Ment Health*, 2006; 10(2):87–100.
- Çetinkaya F, Karadakovan A. Demansli hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Turk J Geriatr*, 2012; 15(2):171-178.
- Çınar , Kartal A. Ya lı larda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile li kisi . *TAF Prevent Med Bulletin*, 2008; 7(5):399-404 .
- Dedeli Ö, Karadakovan A. Ya lı Bireylerde laç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının ncelenmesi. *Spatula DD*, 2011; 1(1):23-32.
- Do an B, Karabudak Ö,Karabacak E. Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji. *Türk dermat*, 2012; 46:62-6.
- Dubois B, Feldman H, Jacova C, DeKosky S. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer’s disease:revising the NINCDS–ADRDA criteria. *Position Paper*, 2007; 6(8):734–746.
- Dunning T. Complementary therapies and diabetes. *Complement Ther Nurs and Midw*, 2003; 9(2):74-80.
- Duran T. Kanser Tedavisinin Yan Etkilerine Yönelik Alternatif Uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011; 18(2):72-77.
- Erdo an Z, Çınar S. Reiki: Eski Bir yile tirme Sanatı – Modern Hem irelik Uygulaması. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2011; 1(2):86–91.
- Erel Ö, Erel K. Hipnoz ve Genel Tıp Prati inde Kullanımı. *Türkiye KlinikleriJ Fam Med-Special Topics*, 2014; 5(4):46-48.
- Faydao lu E,Sürücüo lu M. Geçmi ten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi. *Kastamonu Üniversitesi, Orman Fakültesi Dergisi*, 2011; 11(1):52-67 .

- Fleming S., Gutknecht N. Naturopathy and the Primary Care Practice. Primary Care: Clinics in Office Practice, 2010; 37(1):119–136.
- Fowler S., Newton L. Complementary and alternative therapies: the nurse's role. J Neurosci Nurs, 2006; 38(4):261-264.
- Friedlander A.H, Norman D.C, Mahler M.E. ve ark. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. J Ame Dental Assoc, 2006; 137(9):1240-51.
- Gates N, Sachdev P, Singh M. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. BMC Geriatr, 2011;11(55):2-14
- Ghodke Y, Joshi K, Patwardhan B. Traditional Medicine to Modern Pharmacogenomics: Ayurveda Prakriti Type and CYP2C19 Gene Polymorphism Associated with the Metabolic Variability. Evid-Based Compl Alt, 2011; 1-5.
- Goker Z, Serin HM, Hesapcioglu S, Cakir M, Sonmez FM. Complementary and alternative medicine use in Turkish children with epilepsy. Complement Ther Med, 2012; 20(6):441-446.
- Gülgün P.C, Akci er Kanserli Bireylerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı Ve Ya am Kalitesi. stanbul: stanbul Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Esasları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Gürvit H, Emre M, Tinaz S, ve ark. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. Am J Alz Dis Other Demen., 2008; 23(1):67-76.
- Gürvit H. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. <http://www.itfnoroloji.org/demans/demans.htm>, 2010
- Hakverdioglu G, Turk G. Acupressure. J Hacettepe Uni Sch Nurs, 2006; 13(2):43-47.
- http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5694e495c3cf45.39860210, 2015
- Isorna C, Corral M, Montes-Martínez A, Takkouche B. Education and dementia: a meta-analytic study. Neuroepidemiology, 2006; 26(4):226-232.
- Karacan Y, Akku Y, Akdemir N, Göker H, Aksu S, Sucak AG, Özet G, Tekinalp A, Özkocaman V, Ali R, Özkalemka F, İhan O. Kök Hücre Nakli Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı, Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 38(1):1-6.
- Karadakovan A. Ya lıda Demans/ Alzheimer. P. Fadılolu içinde, leri Geriatri Hem ireli i2006 ;129- 137.

- Karagülle Z. Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterap. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2008; 28(6):224-S229.
- Kav S, Hano lu Z, Algier L. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 2008; 18(1):32-38.
- Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı Tedavilerde Hem irenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 2(8):124-130.
- Klafke N, Mahler C,Blaser G. ve ark. Developing and implementing a complex Complementary and Alternative (CAM) nursing intervention for breast and gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy report from the CONGO (complementary nursing in gynecologic oncology) study. Support Care Cancer, 2015;1-10.
- Kumar D, Bajaj S, Methora R. Knowledge, attitude and practice of complementary and alternative medicines for diabetes. Public Health , 2006; 120:705–711.
- Kurt H, Ke kek .Ö, Çil T, Canataro lu A. Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/alternatif tedavi kullanımı. Türk Onkoloji Dergisi, 2013;28(1):10-15.
- Ledger JA, Baker AF. An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer’s Disease. Aging Ment Health, 2007; 11(3):330–338.
- Lee MS, Is Cupping an Effective Treatment? An Overview of Systematic Reviews. J Acupunct Meridian Stud, 2011; 4(1):1–4.
- Licciardone J, Minotti D, Gatchel R. ve ark. Osteopathic Manual Treatment and Ultrasound Therapy for Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial . Anna Fam Med,2013; 11(2):122-129.
- MacKenzie I, Xu J, Cusick C, Meacher H. ve ark. Acupuncture for pain relief during induced labour in nulliparae: a randomised controlled study. J Obstet Gynaecol, 2011;440-447.
- McCullough J, Hughes M.C. Reflexology use during Pregnancy. Yoga & Physical Therapy, 2014;5(2):1
- Medical Management of the Home Care Patient (MMHCP). American Medical Association and American Academy of Home Care Physicians. Third edition. All rights reserved, 2007.

- Molassiotis A, Panteli V, Patiraki E, Ozden G, Platin N, Madsen E, Browall M., Fernandez-Ortega P, Pud D, Margulies A. Complementary and alternative medicine use in lung cancer patients in eight European countries. *Complement Ther Clin Pract*, 2006; 11(1):34-39.
- Mollao lu M, Tuncay F.Ö, Fertelli K.T. nmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* , 2011; 4(3):125-130 .
- Muslu G,Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008; 51(1):62-67.
- Mutluer M, Güney F, lhan S. Devinime li kin Kortikal Potansiyellerin Hafif Bili sel Bozukluk ve Orta Evre Alzheimer Hastalı ı'nı De erlendirmede Nöropsikolojik Testler ile Korelasyonu . *Nöropsikiyatri ar ıvi*, 2013; 50:9-14.
- National Center For Complementary and Integrative Healty. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>, 2015
- Norah A, Rowais A. Herbal medicine in the treatment of diabetes mellitus. *Saudi Med J*, 2002; 23(11):1327-1331.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L. ve ark. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn*, 2010; 30:161–178.
- Özcan M, Kapucu S. Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Ya adıkları Sorunlar ve Hem irelik Yakla ımları. *Akad Geriatri*, 2009; 1(3):167-172.
- Özçelik H, Fadılo lu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009; 24(1):48-52.
- Özkay Ü, Öztürk Y, Can Ö. Ya lanan dünyanın hastalı ı: Alzheimer hastalı ı. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 18(1):35-42
- Öztürk E. Dünya Alzheimer Farkındalık Günü. Rapor Bülteni: <http://www.tkhk.gov.tr/2015>
- Papastavrou E, Kalokerinou A, Savvas S, Papacostas S, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Jan: Original Research*, 2007; 58(5):446-457.
- Pe´rez E.J, Smith R.A, Norris L.R. ve ark. Types of Prayer and Depressive Symptoms among Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination and Social Support. *J Behav Med*, 2011;34(6):519–530.

- Pearson N, Chesney M. The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: An Overview. *Acad Med*, 2007; 82(10):921-926.
- Plassman L, Langa K.M, Fisher G.G, Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 2007; (29): 125-132.
- Polivka J, Stanley S, Gordon D, ve ark. Public Health Nursing Competencies for Public Health Surge Events. *Public Health Nurs*, 2008; 25(2):159–165.
- Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*, 2013; 9(1):63–75.
- Pylvänäinen P, Muotka J, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Frontier Psychology*, 2015; 6(980):1-15.
- Sakal T, Demiral S, Odabaş H, Aaltunok E. Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları . *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2013; 27(1):19-26.
- Samson S, Clement S, Narme P, ve ark. Efficacy of musical interventions in dementia: methodological requirements of nonpharmacological trials. *Ann Ny Acad Sci*, 2015; 249–255.
- Savva G, Wharton S, Path F, Ince P. Age, Neuropathology, and Dementia. *New England J Med*, 2009; 360(22):2302-2309.
- Scott J.A, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: A UK survey. *Eur J Oncol Nurs*, 2005; 9(2):131-137.
- Seely D, Szczerko O, Cooley K, ve ark. Naturopathic medicine for the prevention of cardiovascular disease: a randomized clinical trial. *CMAJ*, 2013; 185(9):409-416.
- Selekler K. Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 2010; 13(3):9-14.
- Selekler, K. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topic*, 2009; 2(1):10-3.
- Sherwood P, Given B, Given C, Schiffman R. Predictors of Distress in Caregivers of Persons with a Primary Malignant Brain Tumor. *Res Nurs Health*, 2006; 29(2):105–120.

- Simonart T, Kabagabo C, De Maertelaer V. Homeopathic remedies in dermatology: a systematic review of controlled clinical trials. *Brit J Dermatol*, 2011;165(4):897-905.
- Sink K.M, Holden K, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*, 2005;293(5):596-608.
- Solmaz Y, Ta tan H. Molecular Basis of Alzheimer Disease. *Gazi University JScience*, 2012; 25(2):289-299.
- Svansdottir H.B, Snaedal J. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *Int Psychogeriatr*, 2006; 18(4):613-621.
- entürk S, Küçükgüçlü Ö. Aromaterapi Uygulamasının Demanslı Bireylerde Görülen Davranışsal Değişiklikler Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015; 8(3):190-194 .
- irzai H, Delialio lu Ü.S, Sarı F. , Özel S. nme ve Bakım Verme Yükü . *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilimi Dergisi*, 2015; 18:162-169.
- Ta demir G, Öz F. Home follow-up of early- and mid-stage Alzheimer's patients. *J Psychosoc Nurs*, 2011; 18(9):767-775.
- Tekin N, Di çiğil G, Altunba E. Demans Hastalarının Bakımı, Toplumsal Bakı Açısı, Davranış ve Bilgi Kaynakları. *Turk J Geriatric*, 2011; 14(1)35-39.
- Temuçin E. Tıbbi onkoloji kliniğinde tedavi gören kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu ve yaşam kalitesiyle ilgili kişinin incelenmesi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Halk Sağlığı Hemireli A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Topuz E. Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (Bilimsel Yaklaşım). İstanbul: 7.Baskı, İletişim Yayınları, 2008.
- TU K, <http://www.sondevir.com/rakamlarla-turkiye-dunya/200348/dunya-alzheimer-orgutunden-urkutucu-rapor>, 2015.
- Tovey P, Broom A. Oncologists' and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. *Soc Sci Med*, 2007; 64(12):2550-2564.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N, Hemirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010; 3(1):93-98.

- U urluer G, Karahan A, Edirne T, ahin HA. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Ba vurma Sıklı ı ve Nedenleri. Van Tıp Dergisi, 2007; 14(3):68-73.
- Ülger Z,Arno lu S. Demans Tedavisi. ç Hastalıkları Dergisi, 2007; 14(1):33-38.
- Ünal A.Epilepsi Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının Ara tırılması. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakütesi Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları A.B.D. Uzmanlık Tezi , 2014.
- Üstünda S. Kemotrapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yakla ımlarının Ya am Kalitesine Etkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Hem irelik A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Waldemar G, Dubois B, Emre M, ve ark. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. Eur J Neurol, 2007; 14(1):1-26.
- Wang M.Y, Tsai P.S, Lee P.H, Chang W.Y, Yang C.M. The efficacy of reflexology: systematic review.J Adv Nurs, 2008; 62(5):512-520.
- White M, Peters R, Schim S. Spirituality and Spiritual Self-Care: Expanding Self- Care Deficit Nursing Theory. Nurs Sci Quart, 2011; 24(1):48-56
- WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Hong Kong: World Health Organization, 2013.
- Yakupçebio lu F.N, Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hem irelik A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Yang I, Ortı J, Sabater P. ve ark. Aceite de coco: tratamiento alternativo no farmacológico frente a la enfermedad de Alzheimer. Nutr Hosp, 2015; 32(6):2822-2827.
- Yazıcı T. G, ahin A.H, Alzheimer Hastalı ı. Klinik Geli im, 2010;48-53.
- Yıldırım S, Engin E, Ba kaya V.A. nmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler. Nöropsikiyatri Ar ivi , 2013; 50:169-174.
- Yıldırım Y. Patterns of the use of complementary and alternative medicine in women with metastatic cancer. Cancer Nurs, 2010; 33(3):194-200.
- Yıldırım YY, Fadılo lu Ç, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. A rı, 2006; 18(1):26-32.

Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve bakım verme yolları. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2007;27(3):445-54.

Yılmaz M, Sametolu F, Akmeşe G. ve ark. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunumu Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 2010; 11(3):125-132.



EKLER

Ek-1 Veri Toplama Formu

1. BAKIM VERENE L K N B LG LER

1)Ya ı:

2)Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

3)Medeni durumu: 1.Evli 2.Bekar

4)E itim durumu :

1.Okur -yazar de il 2.Okur-Yazar 3. İkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

5)Çalı ma durumu: 1.Çalı ıyor 2.Çalı mıyor

6)Ekonomik durumu :

1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

7)Ekonomik destek alma durumu :

1.Evet (Belirtiniz)..... 2. Hayır

8)Kronik hastalık varlı ı: 1.Var (Belirtiniz) 2.Yok

9)Hasta ile yakınlık derecesi :

1.E i 2.Kızı 3.O lu 4.Gelini 5.Karde i 6.Bakıcısı

7.Di er (Belirtiniz)

10)Bakımda kendi kendine yeterli olma durumu : 1.Evet 2.Hayır

11)Hasta bakımında yardımcı birinin varlı ı :

1.Evet 2.Hayır (13. soruya geçiniz)

12)Hasta bakımında size yardımcı olan kimdir?

1.E im 2.Çocu um 3. Gelinim 4.Kom um 5.Bakıcı

6.Di er (Belirtiniz).....

13) Bakım verme süresi

“.....yıl.....ay”

Ek-1(Devamı)

2. HASTAYA İLAK VE İLAHLI DURUMLAR

1)Yaş :

2)Cinsiyeti : 1.Kadın 2.Erkek

3)Medeni durumu : 1.Evli 2.Bekar

4)Eğitim durumu :

1.Okur -yazar değil 2.Okur-Yazar 3. İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

5)Aile tipi: 1.Çekirdek Aile 2.Geni Aile

6)Sosyal güvence : 1.Var 2.Yok

7)Gelir durumu :

1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

8)Alzheimer hastalık süresi : “.....yıl.....ay”

9) Başka kronik hastalık varlığı :

1.Var (Belirtiniz)..... 2.Yok (11.soruya geçiniz.)

10)Kronik hastalığın varlığı günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu :

1.Evet 2.Hayır

11)Sürekli kullanılan ilaç : 1.Evet 2.Hayır

12)Tıbbi tedaviden memnun olma durumu : 1.Evet 2.Hayır

13)Tıbbi olmayan tedavilerin yararlı olduğunu düşünme durumu :

1.Evet 2.Hayır

3. BAKIM VERENLERİN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMLARI

1. Hastanızın bakımında doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi

(tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi) kullandınız mı?

1. Evet (3. soruya geçiniz.) 2. Hayır (2. soruya geçiniz)

2. Doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi (tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi) tercih etmeme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği sıralayabilirsiniz)

1. Kullanmayı hiç düşünmedim

2. Kullanmaya korktum

3. Doktorum tavsiye etmedi

Ek-1 (Devamı)

4. Çevrem onaylamadı
5. Fazla pahalı buldum
6. Tıbbi tedavinin daha do ru oldu unu dü ündüm
7. Yönteme ula amadım
8. Bilgim yok

(Anketimize katıldı ınız için te ekkür ederim, di er soruları yanıtlamanıza gerek yoktur.)

3. Hastanızın bakımında bu yöntemleri kullanma nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek i aretleyebilirsiniz)

1. Hastalı ın etkilerini azaltmak
2. Psikolojik olarak rahatlamak/rahatlatmak
3. Yarar gören hastaların olması
4. Tedaviye katkıda bulunmak
5. Hastalı a kar ı her eyi yapmak
6. Ara tırarak elde etti im bilgiler

4. Doktorun verdi i tedavi dı ndaki ba ka tedavileri (tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi) hangi bilgi kayna ından ö rendiniz? (Birden fazla seçenek i aretleyebilirsiniz)

1. Aile üyeleri
2. Akrabalar
3. Kendi bilgilerim
4. Arkada lar
5. Aktarlar
6. Hastalar
7. Kom ular
8. Sa lık personeli
9. nternet, gazete, dergi gibi yayın organları

5. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanmadan önce / sırasında sa lık personeline dan ınız mı?

1. Evet (Lütfen 6. soruya geçiniz)
2. Hayır (Lütfen 7. soruya geçiniz)

Ek-1 (Devamı)

6. Sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanmanız karşısında tutumun nasıldı?

1. Tedavi süresince kullanmamı önermedi
2. Kullanmamı destekledi
3. Yorum yapmadı
4. Desteklemedi, açıklama yapmadı
5. Desteklemedi, zararlarını açıkladı

7. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile ilgili sağlık personeline danışmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ciddiye almamalarından çekindim
2. Bu konuda bilgileri olduğumu sanmıyorum
3. Sağlık personeli ile alakalı bir konu olduğumu düşünmedim
4. Azarlamalarından çekindim

8. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yönteminizi kullanırken doktorun belirlediği tıbbi tedaviyi bıraktınız mı?

1. Bıraktım
2. Bırakmadım

9. Kullandığınız yöntemlerden hastanızda beklediğiniz sonucu elde ettiniz mi?

1. Hiçbir yarar göremedim
2. Henüz beklediğim sonucu elde edemedim
3. Tedavi olmadı ama hastamda rahatlama oldu
4. Düzenli uygulamadığım için yararı ya da zararı olmadı
5. Beklediğim sonucu elde ettim

10. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaya devam ediyormusunuz?

1. Devam ediyorum
2. Devam etmiyorum

11. Kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini başkalarına önerir misiniz?

1. Öneririm
2. Önermem
3. Kararsızım

Ek-1(Devamı)

12.TAMAMLAYICI ve ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLER	TAT Kullanma Durumu		TAT Kullanma Süresi			TAT Kullanma Sıklığı								TAT Kullanma Maliyeti (TL)
	Evet	Hayır	1 yıldan az	1-3 yıl	4 yıl ve üzeri	Hergün		Herhafta		Heray		Heryıl		
						Düzenli	Düzensiz	Düzenli	Düzensiz	Düzenli	Düzensiz	Düzenli	Düzensiz	
Ilıca/kaplıca														
Akupunktur														
Solunum egzersizleri														
Reiki														
El ile –resim yapma –u raları terapisi														
Biyoenjerji														
Aromaterapi ve renklerle tedavi														
Diyet takviyeleri														
Multivitaminler														
Masaj														
Psikoterapi														
Meditasyon														
Hızlı yürüme														
Destek grupları (Grup terapisi)														
Hayal kurma														
Hipnoz														
Yoga														
Beslenme terapileri														
Egzersiz														
Müzik terapisi														
Refleksoloji ve geveme egzersizleri														
Hacamat														
Diğer (.....)														
Bitkisel Terapiler														
Bal														
Pekmez														
Tereyağı														
Zeytin yağı														
Sarımsak														
Çörekotu														
Isırganotu														
Diğer (.....)														
Dini Uygulamalar														
Namaz kılmak														
Dua etmek														
Muska takmak														
Kuran okumak														
Hocaya gitmek, hastayı okutturmak														
Yatır, türbe ziyaret etmek														
Diğer (.....)														

Ek-2 Etik Kurul Raporu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1335

28.11.2014

Sayın : Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Evde Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Hasta Bakımına Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri** başlıklı OMÜ KAEK 2014/881 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 27.11.2014 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, proje bütçe desteği sağlanıp tarafımıza bildirilmesinden sonra *başlanmasına* oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-3 Kurum zni



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609/044
Konu : Anket

EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: 24.12.2014 tarihli ve 7329 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Alaattin ALTIN tarafından "Evde Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Hasta Bakımına Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri" konulu ilgili anket çalışmalarını hastanenizde yapması uygun görülmüş olup;

Araştırmanın Birliğimize bağlı sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasına izin verilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Dr. Ramazan TAŞDEMİR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

EKLER:

- 1- Tarama_20141225142554
- 2- alaattin altin

Güvenli Elektronik
Aslı ile Aynıdır
26.12.2014

MURAT KAPLAN
İZMAN

Eğitim Hizmetleri Adalet Mh. 100. Yıl Bul. No:232 İlkadım/SAMSUN
A * tlı bilgi için: MURAT KAPLAN Tel: 311 2500 / 1508 - Faks: 0362 3112528

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evetkin elektronik imsalı suretine <http://e-belge.egik.gov.tr> adresinden def983bf-6551-40f0-95c3-518358021099 kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇM

Adı Soyadı: Alaattin ALTIN

Do um Yeri: Berlin/Almanya

Do um Tarihi: 28.08.1991

Medeni Hali: Bekar

Bildi i Yabancı Diller: Almanca, ngilizce

E itim Durumu:

Canik MKB Anadolu Lisesi, 2005-2009,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sa lık Yüksekokulu Hem irelik Bölümü, 2009-2013.

Çalı tı ı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sa lık Yüksekokulu
Evde Bakım Hem ireli i Ana Bilim Dalı Ara tırma Görevlisi, 2013-

E-posta: altin.alaattin@gmail.com

