



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ALZHEİMERLİ HASTAYA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM YÜKÜNÜN STRESLE BAŞETME DURUMLARINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hatun ERKURAN

Samsun

Temmuz-2015





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ALZHEİMERLİ HASTAYA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM YÜKÜNÜN STRESLE BAŞETME DURUMLARINA ETKİSİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hatun ERKURAN**

**Danışman**

**Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY**

**Samsun**

**Temmuz-2015**

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hatun ERKURAN tarafından Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında hazırlanan “Alzheimer’lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 14/08 /2015 tarihinde yapılan sınav ile Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

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

Üye: Doç. Dr. H. Demet CABAR, Sinop Üniversitesi

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

ONAY:

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

.../.../.....

**Doç.Dr. Aydın HİM**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

## TEŐEKKÖR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleőtirilmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluőlara içtenlikle teőekkör eder.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY tez danıőmanım olarak çalışmanın her aőamasında yol gōsterici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Yůksel Bek tezin istatistiksel analizi aőamasında katkıda bulunmuőtur.

Ondokuz Mayıs Őniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nōroloji Servisi ve Polikliniği alıőanları, asistanları ve hemőtireleri ile araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları tezin uygulama aőamasında yardım ve katkılarını esirgememiőtir.

Bu Tez **PYO.SSY.1904.14.001** kodu ile Ondokuz Mayıs Őniversitesi tarafından desteklenmiőtir.

## ÖZET

### ALZHEİMER'LI HASTAYA BAKIM VEREN KİŞİLERİN BAKIM YÜKÜNÜN STRESLE BAŞETME DURUMLARINA ETKİSİ

**Amaç:** Bu araştırma, Alzheimer'lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle başetme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmış ilişki arayan tanımlayıcı bir araştırmadır.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Ocak-Ağustos 2014 tarihleri arasında Nöroloji Servisinde yatmakta olan ve Nöroloji Polikliniğine başvuran, Alzheimer tanısı almış 120 hastanın yakınları oluşturmuştur. Araştırma verileri, "Veri Toplama Formu" kullanılarak toplanmıştır. Veri Toplama Formu "Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgiler", "Bakım Verme Yüğü Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik, aritmetik ortalama, Korelasyon Analizi, Cronbach's Alpha, iç tutarlılık testleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin analizinde One-Way ANOVA testi, t testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada bakım verenlerin %37,5'i 40-49 yaş aralığında, %75'i kadınlar ve %80,8'i çocukları olarak bulunmuştur. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan ortalama puanı  $41,64 \pm 20,26$  olarak bulunmuştur. Hastaya bakım veren bireylerin stresle başa çıkabilmek için en çok "Kendine Güvenli Yaklaşım" ( $12,99 \pm 3,81$ ), "Çaresiz Yaklaşım" ( $12,13 \pm 4,19$ ), "Boyun Eğici Yaklaşım" ( $9,16 \pm 3,52$ ), alt gruplarını kullandıkları bulunmuştur. Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışma sonucunda; Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan puan bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım veren bireylerin bakım yükü arttıkça stresle baş etmede kullanılan etkin yöntemler olan "Kendine Güvenli Yaklaşım" ve "İyimser Yaklaşım" kullanma düzeyleri azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Alzheimer; Bakım Veren; Bakım Yüğü; Stresle Başetme.

**Hatun ERKURAN, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Temmuz-2015**

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF STATE STRESS OF COPING OF CARE BURDEN IN ALZHEIMER PATIENT CAREGIVER

**Aim:** This is a descriptive study in order to determine and perform to the effect of state stress of coping of burden in Alzheimer patient caregiver this is a descriptive study looking relationship.

**Material and Method:** It was carried out a questionnaire study on the relatives caregivers of 120 patients diagnosed and comprised the scape of the research with Alzheimer at Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center, Neurology Policlinic between January-August 2014. Research data, "Data Collection Form" was collected. Data Collection Form "Caring for Identifiable Information," "the Burden Scale" and "Stress Coping Scale" is composed of three sections. In the evaluation of the data; percentiles, arithmetic mean, Pearson Correlation Analysis, Cronbach's Alpha, internal consistency tests were used. The t test and One-Way ANOVA test were used for analysis of the arguments.

**Results:** In this study, 37.5% in the age range of 40-49 caregivers, 75% were women and 80.8% of the children. The scale point of caregiver burden average were found  $41.64 \pm 20.26$ . It was found that use coping with stres of the individuals patient caregivers at most "Self Confident Attitudes" ( $12.99 \pm 3.81$ ), "Helpless Attitudes" ( $12.13 \pm 4.19$ ), "Submissive Attitudes" ( $9.16 \pm 3.52$ ) subgroups. Confident and optimistic approach with a significant negative correlation was found between the care burden ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** The results of this study illustrates that high the caregiving burden received score from the burden scale. Caregivers of individuals with effective methods for coping with stress increased burden of care "approach confident" and "optimistic approach" use levels are decreasing.

**Keywords:** Alzheimer; Caregivers; Care Burden; Coping with Stress.

**Hatun ERKURAN, Master Thesis**

**Ondokuz Mayıs University-Samsun, July-2015**

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**ALS:** Amiyotrofik Lateral Skleroz

**ApoE:** Apolipoprotein

**BVYÖ:** Bakım Veren Yüğü Ölçeği

**DSM-4:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**KOAH:** Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

**NINCDS-ADRA:** The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Ulusal Nörolojik ve İletişimsel Bozukluklar ve İnme Enstitüsü ve Alzheimer Hastalığı ve İlgili Bozukluklar Birliği)

**Ort:** Ortalama

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences 21 (Sosyal Bilimler 21 İstatistik Paketi)

**SP:** Serebral Palsi

**ss:** Standart Sapma

**X:** Ortalama



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları .....	4
2. GENEL BİLGİLER .....	1
2.1. Demans Hastalığı.....	1
2.2. Alzheimer Hastalığı.....	6
2.2.1.Alzheimer Hastalığının Tanımı .....	6
2.2.2. Alzheimer Hastalığının Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	6
2.2.3. Alzheimer Hastalığında Tanı.....	7
2.2.4. Alzheimer Hastalığında Klinik Belirtiler .....	8
2.2.5. Alzheimer Hastalığının Tedavisi .....	11
2.2.6. Alzheimer Hastalığının Evde Bakımında Hemşirenin Rolü .....	12
2.3. Bakım Yüğü .....	13
2.3.1. Bakım Yüğü Kavramı.....	13
2.3.2. Bakım Vermede Yaşanan Sorunlar .....	14
2.3.3. Bakım Verme Güçlüğünde Hemşirenin Rolü .....	15
2.4. Stres Kavramı.....	17
2.4.1. Stresle Başa Çıkma.....	18
2.4.2. Stresle Başa Çıkma Hemşirenin Rolü .....	19
3. MATERYAL VE METOT .....	6
3.1. Araştırmanın Şekli .....	6
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	6
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	6
3.5. Verilerin Toplanması .....	6
3.5.1. Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgiler:.....	22
3.5.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği: .....	22

3.5.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: .....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	24
4. BULGULAR .....	22
5. TARTIŞMA .....	26
5.1. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik ve Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması .....	26
5.2. Bakım Yükü ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Yükü Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	48
5.3. Stresle Başa Çıkma Durumları ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Stresle Başa Çıkma Durumları Üzerine Etkisinin Tartışılması .....	51
5.4. Bakım Yükü'nün Stresle Başetme Durumlarına Etkisinin Tartışılması.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	47
6.1. Sonuç .....	47
6.2. Öneriler .....	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER .....	68
ÖZGEÇMİŞ .....	72

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyadaki nüfus giderek yaşlanmakta, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus ve beklenen yaşam süresi zaman içerisinde artmaktadır. Yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlılıkta daha sık görülen demans gibi hastalıkların oranı da artış gösterebilmektedir (Tekin ve ark., 2011; Gago ve ark., 2014).

Demans insidansı yaşla birlikte dramatik olarak artmakta ve 60 yaş üzerinde prevalansı her beş yılda bir ikiye katlanmaktadır. Bazı kaynaklara göre 2000'li yıllarda dünyada 24 milyon demanslı birey olduğu bildirilmektedir (Şahin ve ark., 2005; Cogia ve Rastogi, 2008). Gauthier (2007) hastalığın 65-69 yaşları arasında %1 sıklıkta, 85-89 yaşları arasında %22 sıklıkta olduğunu belirtmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda demans sıklığının bölgeden bölgeye, çalışmadan çalışmaya değişiklik gösterip % 2,4 ile %22,9 arasında olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Turan, 2007; Cogia ve Rastogi, 2008; Gündüzoğlu, 2013 ).

Demans kelimesi Latince mens (zihin) kelimesinden türemiştir ve demans (demens) zihnin yitilmesi anlamına gelmektedir (Gönen ve ark., 2010, Gündüzoğlu, 2013). Alzheimer hastalığı en sık demans tipi olup tüm demans vakalarının %50-70'ini oluşturmaktadır (Cogia ve Rastogi, 2008; Gago ve ark., 2014).

Gauthier (2007) ve Daroff ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarına göre; Alzheimer beyinde bazı bölgelerde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile birlikte hatırlamayı, konuşmayı ve duyguları etkileyen ilerleyici dejeneratif bir hastalıktır.

Hastalığın seyri, bulguları başladıktan sonra yaklaşık 2-20 yıllık bir süreç izlemektedir, ancak çoğu hasta 8-10 yıl içinde hayatını yitirmektedir. Hastalığın seyri erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evrede gözlenmektedir. Alzheimer hastası bireylerin hastalık evreleri ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkları, bilişsel ve davranışsal bozuklukları belirginleşmekte ve hastalar fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedirler (Altın, 2006; Evelyn ve Kelly, 2008). Bellek bozukluğu ile başlayan hastalık mental işlevlerin yerine getirilememesi, kişilik değişiklikleri ile ilerlemekte ve son evrede hastalar sözel ve motor becerilerini kaybetmiş tam bağımlı bireyler haline gelmektedir (Altın, 2006; Moon ve ark., 2014).

Alzheimer hastalığında tedavi semptomatik, hastanın yaşam kalitesini artırıcı ve bakımını destekleyici özelliktedir. Unutkanlık ve unutkanlıkta ilerlemenin çoğunlukla yaşlılığa bağlı doğal belirtiler olarak düşünülmesi demansın ve Alzheimer hastalığının erken tanısını engelleyebilmekte ve erken tanı ile hastalığın seyrinin yavaşlatılması güçleşmektedir. Erken tanı ve tedavi, evreler arası geçişi yavaşlatarak hastanın yaşam kalitesini artırmakta, daha uzun süre kendi kendine yetmesini sağlamakta, sürekli bakım alma durumunu geciktirmekte ve sağlık harcamalarını azaltmaktadır (Evelyn ve Kelly, 2008).

Ülkemizde Alzheimer hastaları için yeterli sayıda planlanmış huzurevi, gündüz hastanesi veya bakım evi yoktur. Günlük poliklinik hizmeti içinde de sağlık sorunları yanında bakım veren kişilerin karşılaştıkları sorunlara da eğilebilen merkez sayısı maalesef kısıtlıdır. Genellikle yaşlı hastalar birinci derece yakınları tarafından ve evde bakılırlar. Bakım verenler genellikle hastanın eşi, kızı veya erkek evladıdır. Bu kişiler ise becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için bir tercih olarak değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bir zorunluluk olarak hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerdir (Yacı, 2011).

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumuna göre yük, birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev anlamına gelmektedir ([www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr), 2014).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabildiği belirtilmektedir (Özer, 2010; Aşiret ve Kapucu, 2012).

Türkiye'de hasta bireyin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bakım verme aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır. Ailenin bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi daha çok bakım verenin yaşamını bunaltabilecek tek yönlü, bağımlı, yoğun, uzun dönem zorunluluğa dönüşmesine neden olur (Mollaoğlu ve ark., 2011; Aşiret ve Kapucu, 2012). Bu

nedenle, belirtilen bu problemlerin sadece hastayı değil, ona bakım veren aile üyelerini ve yakınlarını da etkilemekte ve bakımı sürdüren kişilerin rollerinin bakım verme yönünde değişmesine sebep olmaktadır (Yılmaz ve Turan, 2007; Akpınar, 2009). Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir ve tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır (İnci, 2006; Çetinkaya, 2008; Atagün ve ark., 2011)

Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan çoğunlukla hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal ağıyla temas halindedir. Bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Genellikle ailede bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki (iş, aile hayatı, sosyal yaşam gibi) diğer taleplerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir. Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkilerin tümünü ifade etmede kullanılmaktadır (Atagün ve ark., 2011; Kalav, 2011; Zaybak ve ark., 2012).

Alzheimer' da hastalık süreci, hastalığın ilerleyici özelliği nedeniyle hastaların sürekli değişimler yaşamasına; aile üyeleri ve bakım veren kişilerin yaşantılarının çeşitli boyutlarının etkilenmesine ve zorlanmasına yol açmaktadır. Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerle yapılan niteliksel ve niceliksel çalışma sonuçlarına göre bakım verme, zamanının büyük bir kısmını hastasına ayırması nedeniyle bakım verenlerin stres düzeyinin artmasına, zorlanma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunların yaşanmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına neden olduğu bulunmuştur (Duffy, 2005). Aynı çalışmalarda hastalığın yüksek maliyetinin bakım verenlerde sosyo-ekonomik sorunların yaşanmasına yol açtığı da ifade edilmiştir.

Uluslararası literatürde bakım verenleri tanımlamaya ve gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmalar yer almaktadır. Ancak Türkiye'de bakım verenlere, bakım verenlerin bakım yükünün stresle başa çıkma tarzlarını belirlemeye yönelik çalışmalar ve evde bakım hizmeti yeterince bulunmamaktadır. Bu nedenle bakım verenler evde hastalarının sorunları ile baş başa kalmaktadır. Bakım verenlerin bakım yükünün ve stresle başa çıkma durumlarının saptanmasının bu konuda yapılacak çalışmalara ve geliştirilecek evde bakım uygulamalarına katkılar sağlayabileceği, bakım verenlerin ele alınarak bakıma etkin katılımlarının sağlanabileceği, hasta ve bakım

verenin yaşam kalitesinin artırılabilceği düşünölmektedir. Ayrıca Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü, stresle baş etme durumlarının belirlenmesi ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı olması da bu noktada çalışmanın önemini arttırmaktadır.

Akdemir ve Birol'a (2004) göre; Temel rolü bakım verme olan ve sağlık çalışanları arasında kilit konuma sahip hemşireler danışmanlık, araştırmacı, eğitici, tedavi edici ve savunucu rollerinin gereği olarak Alzheimer hastasını ele alırken, bakım verenlere yönelik durum saptama çalışmaları yapmalı ve bu saptamalar doğrutusunda sürekli ve kaliteli bakıma yönelik yapıcı müdahaleler geliştirmelidir.

### **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri bakım yükünü etkiledi mi?
2. Bakım verenlerin bakımla ilgili durumları ile Bakım Verme Yükleri arasında bir ilişki var mı?
3. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Durumları arasında bir ilişki var mı?
4. Bakım verenlerin bakımla ilgili durumları ile Stresle Başa Çıkma Durumları arasında bir ilişki var mı?
5. Bakım verenlerin Bakım Verme Yükü ile Stresle Başa Çıkma Durumları arasında bir ilişki var mı?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Demans Hastalığı

Demans kelimesi Latince mens (zihin) kelimesinden türemiştir ve demans (demens) zihnin yitilmesi anlamına gelmektedir (Göner ve ark., 2010; Gündüzoğlu, 2013). Demans, kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entelektüel kapasitenin azalması ile bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur (Özer, 2010; Heinrich ve ark., 2014).

Özellikle gelişmiş ülkelerde, uzamakta olan insan ömrünün bir sonucu olarak yaşlı populasyon artmaktadır. Bu nedenle yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevalansındaki artışa paralel olarak demans giderek daha önemli bir sağlık sorunu olmaktadır.

Demans sık görülen, kişiyi yetersizliğe götürüp sıkıntı veren nörolojik bir bozukluktur. Demans sıklığı yaşla birlikte önemli bir artış göstermekle birlikte, bu durum normal yaşlanmanın bir özelliği değildir. Birçok kişi bilişsel yıkım gelişmeden yaşlanırken, normal işlevsellik gösteren kişilerde bile bir takım bilişsel değişiklikler tanımlanabilir. Bu değişiklikler yaşlı kişiler arasında değişkenlik gösterir ve tepki zamanlarının yavaşlaması ile hatırlamanın ve bilişsel esnekliğin azalmasını içerir.

Demansta risk faktörleri şunlardır:

1. İleri yaş.
2. Ailede diğer demanslı kişilerin varlığı.
3. Apolipoprotein E  $\epsilon$ 4 allelinin varlığı, Alzheimer hastalığının prevalansı ve başlangıç yaşı arasında korelasyon bulunmaktadır.
4. 14. ve 21. kromozomdaki bazı otozomal dominant geçişli mutasyonlar.
5. Kafa travmaları.
6. Kişilik bozukluğu, depresyon.
7. Düşük sosyo-ekonomik düzey (Ferguson, 2006).

Demanslar etiyojilerine, lokalizasyonlarına ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılabilirler. Demanslı bir hastayı değerlendirirken; nörolojik bulguların ve varsa eşlik eden medikal bir hastalığın klinik ve laboratuvar bulgularının zeminine

oturtulmuş bir sınıflama klinisyene pratik bir yaklaşım getirmekte ve tedavi edilebilir nedenlerin saptanmasını kolaylaştırmaktadır (Ferguson, 2006).

## **2.2. Alzheimer Hastalığı**

### **2.2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı**

Bir çok kaynağa göre; Alzheimer hastalığı en sık demans tipi olup tüm demans vakalarının %50-70'ini oluşturmaktadır (Altın, 2006; Gauthier, 2007; Cogia ve Rastogi, 2008; Evelyn ve Kelly, 2008; Akyar ve Akdemir, 2009; Gago ve ark., 2014). Alzheimer hastalığı ilerleyici bilişsel bozulma ile giden nörodejeneratif bir hastalıktır. Semptomlar tanı konmadan yıllar önce sinsi başlar ve tanı konduktan sonra ortalama yaşam süresi 6-8 yıl olarak bildirilmektedir (Gauthier, 2007; Uçar, 2007; Daroff ve ark., 2012).

Çeşitli kaynaklara göre; Bellek bozukluğu ile başlayan hastalık mental işlevlerin yerine getirilememesi, kişilik değişiklikleri ile ilerlemekte ve son evrede hastalar sözel ve motor becerilerini kaybetmiş tam bağımlı bireyler haline geldiği bildirilmektedir (Gauthier, 2007, Karatay ve Akkuş, 2008; Akyar ve Akdemir, 2009; Selekler, 2010; Kasai ve Meguro, 2013; Gago ve ark., 2014).

Hastalığın erken başlangıçlı formları otozomal dominant genetik geçiş özelliğine sahip olup olguların ancak % 3-5'ini oluşturur. Kesin tanı, progresif demans bulguları olan vakalarda biyopsi ya da otopsi ile Alzheimer hastalığına özgü patolojik bulguların saptanması ile konulabilir. Bu patoloji bulguları, nörofibriller yumaklar, nörotik plaklar, sinaps kaybı, nöron kaybı, granülovakuolar dejenerasyon ve Meynertin bazal nukleus'unda kolinerjik hücre kaybı ve arterosklerotik değişiklikler olduğu bildirilmektedir (Gauthier, 2007; Cogia ve Rastogi, 2008; Arlt, 2013; John, 2013).

### **2.2.2. Alzheimer Hastalığının Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Alois Alzheimer tarafından ilk kez 1907'de bellek kaybı, konuşma yeteneğinin bozulması, paranoid belirtiler ve delüzyonlar ile tanımlanmıştır. Hastalığın nöropatolojisinde çeşitli kaynaklara göre; nörofibriller yumaklar ve senil plaklardan söz edilmiştir (Evelyn ve Kelly, 2008; Arlt, 2013). Nörofibriller yumaklar ve senil plaklar Alzheimer hastalığında nörodejenerasyon ya da nöron ve sinaps kaybının temelini oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığında nörodejenerasyon kısa dönem hafızada rolü olan hipokampusta başlamakta ve konuşma, oryantasyon ve karar vermeyi içeren ileri düzey bilişsel işlevler ile belleğin kontrol edildiği ve öğrenilen bilginin depolandığı korteks ve limbik sistemi de içeren tüm yollarda oluşmaktadır (Evelyn ve Kelly, 2008).



Alzheimer hastalığı ile ilişkili olarak öne sürülen risk faktörleri ve koruyucu faktörlerden bir kısmı halen tartışmalıdır. Kesin olarak kabul edilen risk faktörleri yaş, aile hikâyesi ve apolipoprotein E (ApoE)  $\epsilon$ 4 allelinin varlığı olduğu belirtilmektedir (Arlt, 2013).

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

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

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

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

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

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

**Kalp Krizi:** Özellikle ileri yaşlardaki kadınlarda kalp krizinin Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür.

**Down Sendromu:** Down sendromuna yakalanan hastalarda kırklı yaşlara gelindiğinde, beyinde Alzheimer hastalığı benzer şekilde plaklar ve yumaklar oluşmaya başlar.

**Diğer Etmenler:** Bazı kaynaklarda fazla aliminyuma maruz kalma, virüslere maruz kalma, tiroid hastalıkları, sigara kullanma, sedanter yaşam şeklini benimseme, tedavi amaçlı maruz kalınan radyasyon olarak belirtilmektedir (Daroff ve ark., 2012).

### 2.2.3. Alzheimer Hastalığında Tanı

Alzheimer hastalığının kesin tanısı biyopsi ya da otopside patolojik bulguların saptanması ile konulmasına rağmen hastalığın klinik özellikleri, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri ile olası Alzheimer tanısı konulabildiği bildirilmektedir (Gauthier, 2007).

Alzheimer hastalığında tanısız yaklaşımlarda öykü, fizik ve nörolojik muayene, mini mental durum muayenesi, yardımcı muayene metodlarının önemli olduğu bildirilmektedir. Öykü tanıya gitmede çok önemlidir. Burada hastanın hastalık öncesi kişiliği hastalığa yön verir. Hastanın yakınlarından ev, meslek ve sosyal yaşantısı hakkında ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Alzheimer hastalarında fizik ve nörolojik muayene mental muayene dışında normaldir. Ekstrapiramidal bulgular, primitif refleksler, yürüme bozukluğu, myoklonus gibi bulgular hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıktığı bildirilmektedir (Gauthier, 2007; Evelyn ve Kelly, 2008; Akpınar, 2009).

Mental durum muayenesi, en önemli kısımdır. Değerlendirmede en sık kullanılan kısa mental durum muayene testidir. Testlerde oryantasyon, dikkat, aritmetik, yakın bellek, uzak bellek, lisan, yapılandırma, görsel-uzaysal işlevler gibi kognitif fonksiyonlar araştırılır. Bu testler belirgin hale gelmiş Alzheimer hastalığında yararlı olduğu bildirilmektedir (Gauthier, 2007; Akpınar, 2009; Dumlu, 2010).

Birçok kaynağa göre; Alzheimer hastalığı tanısında başlıca iki tanı seti kullanıldığı bildirilmektedir. Bunlardan bir tanesi The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRA) tarafından geliştirilen tanı kriterleridir. Tanıda kullanılan ikinci kriterler Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4) kriterleridir. Standardize klinik kriterler kullanıldığında doğru tanı oranı %85 veya daha fazladır (Altın, 2006; Gauthier, 2007; Evelyn ve Kelly, 2008; Dumlu, 2010; Kahraman, 2010; Durusu Emek, 2011). Türkiye'de kullanılan tanı setleri kurumlara göre farklılık göstermektedir.

#### **2.2.4. Alzheimer Hastalığında Klinik Belirtiler**

Alzheimer hastalığının başlangıç yaşındaki farklılıklar, ilerleme süreci, nöropsikolojik bozuklukların çeşitliliği, bilişsel olmayan nöropsikiyatrik belirtilerin varlığı gibi nedenlerle klinik durumu çeşitlilik göstermektedir.

Alzheimer hastalığı motor ve duyuşal işlevlerin geç döneme kadar korunarak, bilişsel işlevlerin yavaş ve ilerleyici bir şekilde azalması şeklinde ilerlemektedir.

Hastalığın başlangıç evreleri sinsidir ve erken dönemde belirtileri yakalamak güç olabilmektedir. Erken dönem belirtileri genellikle belirgin olmayıp, yakın aile bireyleri tarafından uzun süre fark edilemeyebilir. Sıklıkla rastlanan başlangıç bulguları olarak unutkanlık ve yeni bilgi alamama ile karakterize bellek bozukluğu, problem çözmede güçlük, günlük çevresel olaylara alışılmış hız ve şekilde cevap verememe, konsantrasyon, konuşma, algılama ve oryantasyon bozukluğu sayılabilir. Bunların yanı sıra dikkat eksikliği, apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına rağmen motor etkinlikleri yerine getirme yetisinde bozulma), aritmetik hesap yetisinde bozulma, ajitasyon ve depresyon gibi davranış ve ruhsal durum değişiklikleri belirtiler arasında sayılabilir. Hasta zaman içinde mental yıkımı fark ettikçe depresyon geliştirecek, depresyon ile mental yıkım daha da artacaktır. Mental yıkım zaman ilerledikçe belirginleşir ve fark edilir hale gelir. Bu nedenle zaman ve hastalık ilerledikçe hasta yakınları hastanın günlük yaşamına müdahale etmeye ve hastanın hatırlayamadığı durumları hatırlatmaya başladığı bildirilmektedir (Gauthier, 2007; Cogia ve Rastogi, 2008; Evelyn ve Kelly, 2008; Topdemir, 2008; Emek, 2011; Daroff ve ark., 2012).

İlk semptomlar sinsisi olarak başlamaktadır ve hastalığın ne zaman başladığı kesin olarak bilinmemektedir. Birçok kaynağa göre; Alzheimer hastalığı klinik olarak “hafif”, “orta” ve “şiddetli” dönem olarak üç evreye ayrılır.

**Erken evrede** hastalarda oluşan değişiklikleri fark etmek güç olabilir. Hasta kişi ve çevresi belli belirsiz olan belirtileri hastalık ile ilişkilendiremeyebilirler. Bu evrede çeşitli kaynaklara göre;

- Zamana oryantasyon bozukluğu,
- Yakın geçmişteki olayları anımsama güçlüğü,
- Spontan konuşma sırasında sözcük bulma güçlüğü,
- Üç boyutlu çizimlerde bozulma,
- Kişilikte değişiklik,
- Soru veya cümlelerin tekrarını isteme,
- Anksiyete, inkar, depresyon ve
- İş yaşamında işi yürütme güçlüğü görülmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Akyar, 2006; Gauthier, 2007).

**Orta evre** belirtilerin belirginleştığı, kişilerin sıklıkla Alzheimer tanısı aldığı evredir. Hastada bu evrede bazı kaynaklarda;

- Zamana ve yere oryantasyonda bozukluk,
- Bellekte, gündelik etkinlikleri bozan orta, ağır düzeyde bozukluk,
- Apraksi,
- Duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına rağmen nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama,

• Davranışsal bozukluklar (Sanrı, halüsinasyon, paranoid semptom, evden çıkıp gitmeler gibi),

- Hareketlerin ileri derecede azalması,
- Ekstrapiramidal bulgular,
- Öz bakıma ilginin azalması gibi belirtiler görülebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Akyar, 2006; Gauthier, 2007).

**İleri evre** belirtilerin hastanın yargı ve düşünme yetisini kaybetmesine, kişilik özelliklerinin değişmesine ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılamamasına neden olacak düzeyde olduğu evredir. Hastalarda bu evrede;

- Bilişsel yetilerde kayıp, bilinen yer ve kişileri tanıyamama,
- Afazi (Konuşma bozukluğu),
- Agresif davranışlar, amaçsız gezinme, halüsinasyonlar,
- Boşaltım, giyinme, beslenme ve temizlik gereksinimlerinin giderilmesinde tam bağımlılık,

• Fekal ve üriner inkontinans bu evrede görülebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Akyar, 2006; Gauthier, 2007)

Ancak başlangıç dönemleri de düşünülecek olursa bu evreler arttırılabilmektedir. Akpınar (2009) aktardığına göre bu evreler;

- Preseptomatik Dönem
- Preklinik Dönem
- Çok Erken Alzheimer Hastalığı

- Hafif Dönem
- Orta Dönem
- Şiddetli Dönem

• **Preseptomatik Dönem:** Semptomların genellikle sessiz olduğu dönemdir. Hastalığın etkili olduğu günlük yaşam aktivitelerinde, bilişsel ve davranışsal alanlarda gözlenen herhangi bir semptom yoktur. Nöropsikiyatrik testlerde herhangi bir bozukluk saptanamaz.

• **Preklinik Dönem:** Nöropsikiyatrik testlerde ortaya çıkan başta hafıza olmak üzere bilişsel fonksiyonlarda bozulma olduğu bildirilmektedir.

• **Çok Erken Dönem:** Hastalar bu dönemde bilişsel bozukluk belirtileri göstermeye başlarlar. Unutkanlıkta artış, yeni şeyler öğrenmede zorluk, iş performanslarında düşme, günlük ve sosyal yaşantılarında gerileme, karar vermede güçlük, konsantrasyon zorluğu belirginleşmeye başladığı bildirilmektedir.

• **Hafif Dönem:** Yakın geçmişe dair unutkanlık belirginleşir. Bu dönemde günlük yaşam aktivitelerinde bazı yetersizliklerin yanı sıra alet kullanma, hesaplama, para işlemleri, alış-veriş gibi işlevlerde bozukluk, lisan bozukluğu ve içe kapanma gibi davranış bozuklukları gözlemlendiği bildirilmektedir.

• **Orta Dönem:** Bu dönemde hastalar artık başka bir bireyin yardımı olmadan günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremezler. Uzak hafızada da defisitler oluşmaya başlar. Oryantasyon etkilenir, doğru yıl, ay, gün hatırlanamayabilir.

• **Şiddetli Dönem:** Bu dönemde hastalar “devamlı bakım hastası” halini almışlardır. Yardımsız beslenemez, yürüyemez, çevresindeki bireyleri tanımazlar. Konuşma kısıtlanır ve zamanla anlaşılmasız birkaç kelimedenden ibaret şekle döndüğü bildirilmektedir.

### 2.2.5. Alzheimer Hastalığının Tedavisi

Alzheimer hastalığının tam iyileşmesini sağlayacak kesin bir tedavisi yoktur, ancak belirtileri azaltacak, semptomatik bir tedavisi bulunmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Akpınar, 2009). Alzheimer hastalığı tedavisinde amaç: bilişsel semptomlarda iyilik sağlamak, bilişsel semptomlarda iyilik olmazsa hastalık seyrini durdurmak veya yavaşlatmaktır.

İstenen ve beklenen tedavi hastalığa neden olan altta yatan patolojinin tedavisi ile hastalığın progresyonunun durdurulması ve hastanın eski normal hayata döndürülmesidir. Maalesef bugün böyle bir tedaviye sahip değiliz. Bununla beraber son yıllarda daha etkin ilaçlar geliştirilmiştir. Bunlarla hastanın semptomlarını iyileştirmek, hastalığın progresyonunu bir nebze yavaşlatmak, hastanın günlük yaşamdaki aktivitelerini düzeltmek mümkündür. Alzheimer hastalığının tedavisi kognitif fonksiyonlara yönelik tedavi ve hastanın psikolojik semptomlarına yönelik tedavi olmak üzere iki başlıkta gözden geçirilebilir.

Alzheimer tedavisinde etkin ilk semptomatik tedavi, kolinerjik yerine koyma tedavisidir. Kolinerjik hipoteze göre Alzheimer'de kognitif fonksiyonların ve özellikle hafıza bozukluğunun azalmış kolinerjik transmisyondan kaynaklandığı ileri sürülmektedir.

### **Alzheimer Tedavisinde Kullanılan Antikolinerjik ilaçlar**

- Donepezil
- Rivastigmine
- Galantamine
- Glutamat antagonistleri
- Memantine
- Psikolojik Semptomların Tedavisi

### **2.2.6. Alzheimer Hastalığının Evde Bakımında Hemşirenin Rolü**

Alzheimer kronik ve ilerleyici bir hastalık olduğu için uzun süreli bakımı gerektirir. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması kurum bakımdan çok ailenin yanında evde bakımla sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan hemşireler aile üye / üyelerine; bakım konusunda eğitim vererek, aile ile hastane arasında iş birliğini sağlayacak, hastanın bakımını destekleyerek ve danışmanlık yaparak evde bakıma yardım edebilir. Böylece, hem hastanın bakım gereksinimlerinin daha rahat karşılanması hem de hastanın aile üye / üyelerinin fiziksel ve ruhsal olarak daha az zorlanması sağlanmış olur. Alzheimer belirtileri doğrultusunda en fazla görülebilecek hemşirelik tanıları Çetinkaya (2008)aktardığına göre şunlardır:

- 1- Kendine bakımda yetersizlik
- 2- Sözel iletişimde bozulma
- 3- Düşünce sürecinde değişiklik
- 4- Yaralanma riski
- 5- İdrar ve gaita inkontinansı
- 6- Beslenmede değişiklik.

### **2.3. Bakım Yüğü**

#### **2.3.1. Bakım Yüğü Kavramı**

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumuna göre yük, birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev anlamına gelmektedir ([www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr), 2014).

Uğur (2006)'nın aktardığına göre; Bakım yüğü genellikle objektif ve subjektif yük olarak değerlendirilir. Objektif ve subjektif yük arasındaki farkın belirlenmesi önemlidir. Özellikle evde bakımın sürdürülmesinde subjektif yük, önemli bir kriter olarak belirtilmektedir. Objektif yük somut olup, fiziksel işler ve bakımın ortaya çıkardığı güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım vericinin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Diğer bir deyişle objektif yük, bir bireyin diğer bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatıyla etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır.

Alpteker (2008) Subjektif yüğü, kişinin objektif yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlamaktadır. Bazı araştırmacılar subjektif yüğü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlamıştır. Subjektif yük, bireyin bakıma kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır. Genellikle hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu şeklinde olabilir. Subjektif yükün

göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler, bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleri olarak ifade edilebilir.

Taşdelen ve Ateş (2012) bakım vermenin, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zor ve sıkıntılı bir süreç olduğunu belirtmektedir. Dünyada ve ülkemizde giderek daha fazla sayıda kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek aileye dönüşüm olması, konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlik gibi nedenler bakıma muhtaç bireylerin aile içinde bakımını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak hizmetlerin oluşturulması çok önemlidir. Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaştığını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer vermeye başlamışlardır. Bugün Türk toplumunda da bireylerin evinde ve saygın bir ölüm hakkı arayışı, saygın ve güvenli bir bakım hakkı, sağlık ve yardım hizmetlerinden eşit yararlanma hakkı arayışlarının, kişisel ve özelleşmiş hizmet beklentilerinin yükselmekte olduğu görülmektedir.

Küçükgüçlü'nün (2003) yaptığı çalışmasında Alzheimer hastalığında bakım verenlerin büyük bir kısmının eşleri ve diğer aile üyeleri olduğunu belirtmektedir. Hastalık kronik ve sürekli kötüleşen bir seyir izlediği için bakım verenler yüklendikleri sorumluluklardan dolayı güçlükler yaşar. Hastaların bakımını sağlayan eşleri sadece bakımı üstlenmenin ortaya çıkardığı fiziksel yükle değil, psikolojik ve ekonomik yükleri ile de baş etmek zorunda kalır. Gelecekte korkma, gelirin azalması ya da ortadan kalkması, desteklerin ve arkadaşlıkların yok olması, bakım verenlerin yaşadıkları yorgunlukla birleşir ve baş etmesi zor bir hal alır. Bu yük ve sorunların altında bakım verenler duyarlı, kırılabilir, fiziksel ve duygusal olarak tükenmiş bir hale gelebilir.

Alzheimer gibi kronik bir hastalığı olan yaşlı bir yakının varlığı aile üyeleri ve aile için özellikle zorlayıcı olabilir. Alzheimerlı hasta ile yaşayan pek çok aile stres, tükenmişlik, depresyon, öfke, kontrol kaybı, korku, suçluluk duygusu ve yalıtılmışlık duygusu gibi çeşitli problemlerle yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Alzheimer hastalarına verilen bakım, hiçbir getirisi olmaksızın çok zorlayıcı bir süreç olarak algılanmakta olup; aileye çoğunlukla gündelik, duygusal, ekonomik ve sosyal yükler getirmektedir (Korkut ve Sertel Berk, 2009; Arslantaş ve Adana, 2011).

### **2.3.2. Bakım Vermede Yaşanan Sorunlar**



Karaaslan (2013) hasta bakımını üstlenen primer bakım vericilerin fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok sorunlar yaşadığını bildirmektedir. Bu sorunlar;

**Fiziksel sorunlar;** bakım verme nedeniyle bakım vericilerde görülen yorgunluk, iştahsızlık, sindirim güçlüğü, konstipasyon, bağışıklık sisteminde değişiklik, uyku problemleri, hipertansiyon, ağrı, kilo alma veya kaybetme gibi fiziksel semptomlardır.

**Emosyonel sorunlar;** huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşanmasıdır. Bakım verme süreciyle ilişkili yaşanan stres bakım vericilerde anksiyete, sıkıntı, korku, yalnızlık ve psikosomatik semptomlara neden olabilmektedir.

**Sosyal sorunlar;** kronik hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişilerarası ilişkilerde problemlere de yol açmaktadır. Bakım vericiler özgürlük, mahremiyetin ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlandığını/kaybedildiğini düşünebilmektedir. Bu nedenle sosyal destek algısında azalma, kendilerini bakım verici rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon duygusu yaşama olasılıkları artmaktadır.

**Ekonomik ve iş ile ilgili sorunlar;** hastalık nedeniyle bakım vericiler önceki döneme göre daha az süre çalışmakta, hatta bazen işten ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Aile üyelerinin bu dönemde çalışamamaları, hastaneye sık gidip gelme, uzun süre hastanede kalma, hastane masraflarının artması, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması ve kazançta azalma gibi durumlar nedeniyle ekonomik sıkıntılarda artma görülmektedir.

### **2.3.3. Bakım Verme Güçlüğünde Hemşirenin Rolü**

Hemşire hem sağlıklı hem hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içinde de ağırlığını korumaktadır (İnci, 2006; Ateş, 2011).

Yaşar (2009) yaptığı çalışmasında; bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında yaşlı, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde yaşlı ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları

bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır demektir. Hemşire ayrıca bakım verenin yaşlılıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlemeli, bakım verme rolü ve Alzheimerlı bireyin sağlık durumu ile ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Bakım verenlerin kendi sağlığını ve refahını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir.

Hemşirenin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek ona yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda yardım edebilir. Bakım verenin sevdiği birine sağlayacağı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, onların yeterlilik ve memnuniyet duygularını artırmaktadır.

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak özbakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenler, alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verenin destek gruplarına üye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi; bakım verme gücüyle baş etmesine yardım edebilir. Sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değer verildiğini hissettirerek bireyleri rahatlatmada çok önemlidir. Sosyal desteği fazla olan kişilerin daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, çok stresli olaylar karşısında bile psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu belirlenmiştir.

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında yaşlıya bakım verenleri belirleyebilir, bakım verenin güçlük yaşayıp yaşamadığını saptayarak, uygun hemşirelik girişimleri ile bireylerin bakım verme sürecinden zarar görmesini engelleyebilir. Bakım veren bireyle görüşme yaparken, alınan cevapların dürüst olması için bakım alanın olmadığı bir ortamda görüşme yapılması, bakım verenin en çok kayđı duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık bir şekilde sorulması, bakım veren bireyin ek masraflar ya da iş kaybı nedeniyle oluşan önemli ekonomik sorunlar hakkında konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunması, bakım verme aktivitesini etkileyeceği için bakım verenin fiziksel ve emosyonel sınırlılıklarını tanımlanması, düzenli olarak yürütülmesi gereken görüşmelerin bakım verenin gereksinim duyduğu zamanlarda da sürdürülmesi, mümkün olduğunca yaşlının diyet ya da tedavi yönetiminin basitleştirilmesi, sosyal izolasyon nedeniyle bakım verenin depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmesi; hemşirenin özellikle dikkat etmesi gereken konulardır (İnci, 2006; Ateş, 2011).

#### **2.4. Stres Kavramı**

zdemir'in (2013) aktardığına göre; Stres kelimesi Latince'den türemiş bir terimdir. Latince'de "Estrictia" eski Fransızca'da "Estrece" kelimelerinden gelmektedir. Stres kelimesi 17 yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder elem gibi anlamlarda kullanıldıysa da 18. ve 19. yüzyıllarda g, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik kullanılmıştır. Yani nesne ve kişilerin bu tür glerin etkisiyle biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı gösterilen direnç anlamına gelmeye başlamıştır.

Stresin insan üzerindeki etkilerine ilişkin ilk bilimsel çalışmaları 1956 yılında Kanada'lı bilim adamı Hans Selye yapmıştır. Selye stresi, memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın, her türlü isteme bedeninin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepki olarak tanımlamıştır.

zdemir (2013)'in aktardığına göre; Selye ayrıca "Genel Uyum Sendromu" adını verdiği bir süreç tanımlamıştır. Bu sendroma göre, beden stres karşısında 3 aşamada tepki göstermektedir. Bunlar; alarm, direnç ve tükenme aşamalarıdır. Alarm aşamasında, stres yaratıcı faktör fark edilir ve biyokimyasal tepkiler harekete geçirilerek, beden kendini korumaya hazırlanır. Strese uyum yapıldıkça, direnç ortaya çıkar. Stres yaratıcı faktörün ortadan kalkmadığı ve etkisini sürdürmeye devam ettiği durumda ise beden tükenme aşamasına girer ve her türlü hastalığa açık bir duruma gelir.

Selye'ye göre, stresin olağan dışı sürelerde devam etmesi, bedende sistematik yıpranmalara, hasarlara ve hatta ölüme yol açmaktadır. Bütün bunların yanında Selye, stresin yaşam içerisinde olumlu ve güdüleyici rolü olabileceğinden de bahsetmektedir.

#### **2.4.1. Stresle Başa Çıkma**

Özdemir (2013) çalışmasında; başa çıkma, stresli durumun yarattığı içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelebilmek, azaltmak ya da tolere edebilmek için verilen bilişsel ve davranışsal mücadele etme biçimidir şeklinde tanımlanmaktadır.

Stresle başa çıkma tarzlarına dair çok sayıda görüş vardır. Ancak bu çalışmada Lazarus ve Folkman'ın transaksiyonel başa çıkma kuramı ele alınacaktır. Lazarus ve Folkman stresi; kişinin iyilik halini tehlikeye sokan ve başa çıkmada kaynaklarını aştığı düşünülen, çevreyle arasındaki ilişki olarak tanımlamaktadır. Yazarlar, transaksiyonel başa çıkma kuramlarında başa çıkmayı; kişinin kaynaklarını aşan ya da yıpratıcı özgül bir içsel ya da dışsal talebi yönetmek için harcadığı bilişsel ya da davranışsal çaba olarak tanımlamaktadırlar. Başa çıkma, birey ile çevresi arasında süregelen bilişsel ve davranışsal bir süreç olarak anlatılmıştır (Folkman ve Lazarus, 1985).

Lazarus & Folkman (1985) stresle başa çıkma tarzlarını, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma olarak iki grupta incelemiştir. Problem odaklı başa çıkmada, kişi stres yaşatan durumu değiştirir ya da gelecekte ondan kaçınacak bir yol bulmaya çalışır. Örnek verilmek istenirse, kanserin ilk işaretini fark eden hastanın hemen muayene ve tedaviye yönelmesi, probleme odaklanmış bir başa çıkmadır. Duygu odaklı başa çıkmada, stres kaynağı değiştirilemeyecek bile olsa kişi onun etkilerini azaltmaya ve düzenlemeye çalışabilir. Kanser olan kişi duygu odaklı başa çıkmayı kullanacak olursa, hastalığını inkar eder ve belirtileri görmezlikten gelir, olumsuz duyguları en az düzeyde tutmaya çalışır. Her iki yöntemin de beraber kullanıldığına dair kanıtlarda vardır; örneğin, çocuğuyla tüm gün problem yaşamış bir anne akşam eşine durumu anlatır. Bu hem duygusal hem de problem odaklı başa çıkma stratejisidir çünkü anne anlattıktan sonra kendini daha iyi hisseder ve bu konuşmadan pratik bir çözüm gelebilir (Folkman ve Lazarus, 1985; Şener, 2009).

Demirtaş (2013)'in aktardığına göre: Başa çıkmayı Bandura; “belirsizlik, öngörülemezlik ve stresli durumlarla baş etmek için bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerin esnek bir şekilde bir arada uyumlu kullanılması”; Moos ve Billings, stresle bağlantılı, kişinin kendi kaynaklarını aştığını ya da tükettiğini düşündüğü kişi-çevre

ilişkilerinin iç ve dış gereksinimleriyle baş etmek (azaltmak, en aza indirmek, üstesinden gelmek ya da dengeleyebilmek) için gösterdiği davranışsal ve bilişsel çaba”; Garnezy, kişilik gelişimi tarafından şekillenen, uyumu ve zor durumlarda esnekliği etkileyen, önemli bir aracı deneyim olarak; Patterson ve Mc Cubbin ise bir kişinin “sahip olduğu” kaynaklara karşılık, “ne yaptığıdır” şeklinde tanımlamışlardır. Marcella’ya göre başa çıkma, organizmanın yaşadığı iç ve / veya dış gereksinim tarafından açığa çıkarılan sıkıntıyı kontrol etmeye, yenmeye ve önlemeye yarayan biyolojik, psikolojik ve sosyal kaynakların etkin kullanımı yoluyla insanın büyümesi ve gelişiminin ilerlemesidir.

Stresle baş etme, durumun gerektirdiklerini kişinin değerlendirmesine bağlıdır ve kişinin kaynaklarından etkilenmektedir. Bu kaynaklar üç kısma ayrılır;

**1. Maddi kaynaklar:** kişinin geliri, araba sahibi olması, ev sahibi olması, iş durumu, sosyo-ekonomik düzey,

**2. Fizyolojik sağlık:** kuvvet, güç, hareketlilik, formda olmak,

**3. Psikolojik olarak:** inanç, tutum, kişilik; sosyal çevre (daha geniş ailelerde duygusal ve sosyal destek) olarak sıralanabilir. Kişinin kaynakları yetersizse, stresle baş etmede başarılı olamayabilir.

Stresle baş etme tarzları, bazı stresli durumlarda çok kullanışlı olabilirken bazı durumlarda daha az olabilir. Kişi inkar yolunu kullanarak stresli durumdan kaçmayı tercih etmesi bazı durumlarda aileye yardımcı olabilir; örneğin, ilik nakli yaptıran bir çocuğu bekleyen ailenin başka hiçbir şey yapamayacakları için inkar yolunu seçmesi, o süreçle baş etmelerine yardımcı olacaktır. Bir eylemde bulunmanın çözüm olamayacağı durumlarda, inkar etmek üzüntüyü azaltıp diğer meselelerle ilgilenmede rahatlık kazandırabilir. Ama başka bir durumda, örneğin çocuk hastalandığında baş etme tarzı olarak inkar seçilirse, çocuk için kalıcı veya ölümcül sonuçlar doğurabilir.

Kullanılan başa çıkma stratejilerinin başarılı olması, stresin giderek ortadan kalkmasını sağlarken; başarısız olması ise kaygı ile başlayan çeşitli psikolojik ve fizyolojik tepkilerin gelişmesine yol açmaktadır.

#### **2.4.2. Stresle Başa Çıkma Hemşiresinin Rolü**

Alzheimer gibi kronik bir hastalığı olan birey ve ailesinin tıbbi yardım sırasında stresle daha kolay baş edebilmeleri, hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmeleri

ve psikolojik açıdan en az düzeyde etkilenmeleri için sağlık bakım çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarını hastalık konusunda gerçekçi olarak bilgilendirmeleri ve tüm aile bireylerine gerekli psikolojik desteği vermeleri gerekmektedir.

Multidisipliner bakım ekibinin bir parçası olarak hemşirenin sorumlulukları önem kazanmaktadır. Bakım verenlerin hastalığı kabullenebilmesi ve yeni düzene uyum göstermesinin sağlanması için, öncelikle duygularını ifade etmesinin desteklenmesi ve bu duyguların benzer durumlar karşısında yaşanmasının normal bir durum olduğunun anlaşılmasının sağlanması önemlidir.

Hemşire, bakım verenlerin psikososyal durumunu periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmelidir. Hasta ve ailesinin yaşadığı stresle baş etme yeteneğini arttırmalı, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeli ve hasta ve bakım verenle terapötik ilişki kurabilmelidir.

Hasta ve ailesini bakıma dahil etme, psikososyal problemlerin yönetiminin önemli bir parçasıdır. Bakım veren birey, hastalık sonrası günlük yaşamında sıklıkla kullandığı sorun çözme yöntemlerini kullanamayabilir ya da bu baş etme yöntemleri yetersiz kalabilir. Bu nedenle öncelikle kişinin kullandığı baş etme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili baş etme yollarını kullanması öğretilmelidir.

Hemşirelik girişimlerinin amacı, hastayı ve bakım veren bireyi elindeki olanaklarla en sağlıklı şekilde hayatını devam ettirmesi için eğitmek ve sağlık potansiyelini yükseltmektir. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyi oluş halinin devamından sorumlu olan; hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar roledirler.

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, Alzheimer'lı hastaya bakım verenin bakım yükünün stresle başetme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla ilişki arayan tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

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

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Servisi, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi, Nöroloji Polikliniğinde Ocak-Ağustos 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin özellikleriyle Bakım Yükü Ölçeği ve Stresle Başetme Tarzları arasında %30 korelasyon olacak şekilde %80 test gücü %95 güven sınırı için hedeflenen örneklem büyüklüğü en az 85 kişi olarak belirlendi.

Araştırmanın evrenini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Ocak-Ağustos 2014 tarihleri arasında Nöroloji Servisi, Nöroloji Yoğun Bakımda yatmakta olan ve belirtilen tarihler arasında Nöroloji Polikliniğine başvuran Alzheimer tanısı almış 180 hastadan 120'sinin bakım vericisi oluşturmuştur. Bu evrenden araştırmanın veri toplama sürecinde araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan araştırmaya katılmayı kabul eden, Alzheimerlı hastaya bakım veren 120 bakım verici araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Örneklem seçim ölçütleri:

- Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra bakım vericinin istekli olması,
- En az okur-yazar düzeyde olması,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel düzeye sahip olması gerekmektedir.

#### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olan "Veri Toplama Formu" kullanılarak toplanmıştır.

Veri Toplama Formu "Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgiler", " Bakım Verme Yükü Ölçeği" ve " Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

### **3.5.1. Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgiler:**

Bakım verenlerin özelliklerini belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen, bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyini nasıl değerlendirdiği, bakım verdiği hastaya yakınlık düzeyi, bakım verme süresi, bakım verme nedeni, bakım veriyor olmaktan memnuniyeti, sağlık sorunu olup olmadığı, uyku sorunu yaşayıp yaşamadığı, bakım alanları, hastaya bakıyor olmanın yaşamını etkileyip etkilemediğini sorgulayan sorular bulunmaktadır.

### **3.5.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği:**

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (Zarit ve Zarit, 1990). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirildi. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve Zarit, 1990).

Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği İnci (2006) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak bulunmuştur (Akt.İnci, 2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin maddelerine verilen cevaplar Likert tipi bir değerlendirmeyi içerdiği için ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İnci'nin (2006) çalışmasına göre Cronbach Alfa Değeri 0,95 bulunmuştur. Bu çalışmanın Cronbach Alfa Değeri 0,88 bulunmuştur.

### **3.5.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği:**

Araştırmada Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş ve stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan "Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri"nin (Ways of Coping Inventory), Şahin ve Durak tarafından uyarlanmış hali (1995) olan "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılmıştır.



Folkman ve Lazarus, ilk önce evet/hayır formatında 68 madde olarak hazırladığı listeyi, daha sonra “Likert tipi” 66 maddelik bir ölçeğe dönüştürmüştür. Esas ölçeğin sınırlılıklarının ortadan kaldırılacak şekilde Şahin ve arkadaşları tarafından 1992 yılında, faktör analizi sonucu 7 alt ölçek oluşturularak Türk gençlerine uyarlanmıştır. Şahin ve Durak (1995) önce hazırladıkları ölçeği 30 maddelik ve 5 alt ölçek (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı) olarak yeniden düzenlemişlerdir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin güvenilirliği, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0,68 olarak saptandığı bu kısa formdaki beş alt ölçeğin güvenilirlik katsayılarının da 0,45 ile 0,80 arasında değiştiği görülmektedir. Bu çalışmanın Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,65 bulunmuştur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt ölçekleri birbirinden bağımsız olarak ayrı ayrı puanlanmaktadır. 30 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bu ölçekte, sosyal destek arama alt boyutunun hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam soru sayısına bölünerek her faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir.

“Kendine güvenli” ve “iyimser” yaklaşımlar probleme yönelik (aktif) yaklaşımlar olarak; “çaresiz” ve “boyun eğici” yaklaşımlar ise duygulara yönelik (pasif) yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Stresle etkili başa çıkabilenlerin aktif yaklaşım tarzlarını daha çok tercih ettikleri izlenmiştir (Şahin ve Durak, 1995).

Kendine Güvenli Yaklaşım: 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddelerden oluşan bu alt testte alınabilecek puanlar 0-21 arasındadır. Problemi çözmeye çalışma, mücadele etme yönünde içeriğe sahip maddelerden oluşur.

İyimser Yaklaşım: 2, 4, 6, 12, 18. maddelerden oluşur, 0-15 puan alınabilir. Hoşgörülü, iyimser, sakin şekilde yaklaşımları içerir.

Çaresiz Yaklaşım: 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28 numaralı maddelerden alınabilecek puan 0-24'dür. Çaresizlik, sorumluluk gibi hisleri ifade eder.

Boyun Eğici Yaklaşım: 5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddelerden 0-18 aralığında alınan puan kabullenme hissini ifade eder.

Sosyal Destek Arama Yaklaşım: 1, 9, 29, 30 numaralı maddeler, sorunları başkalarıyla paylaşma, yardım isteme gibi yaklaşımları 0-12 puan aralığında belirtirler.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences 21 (SPSS) paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, aritmetik ortalama, Cronbach's Alpha, iç tutarlılık testleri kullanılmıştır. Alzheimer hastalarına bakım verenlere ait özellikler bağımsız değişken, ölçeklerden elde edilen puanlar bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Bakım verme yükü puanlarının bağımsız değişkenlere göre istatistiksel karşılaştırmalarında One-Way ANOVA testi, t testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Stresle Başetme Durumlarının bağımsız değişkenlere göre analizinde One-Way ANOVA testi, t testi, kullanılmıştır. Bakım yükü ile Stresle Başetme Durumları ilişkisinin değerlendirilmesinde Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır(2013/494). Ayrıca Araştırma kapsamındaki ailelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce aile üyelerine, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "aydınlatılmış onam" etik ilkesine uyulmuştur.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan Alzheimer'lı hastaya bakım verenlerin tanıtıcı bilgilerine, bakım yüklerine, stresle baş etme durumlarına, bakım yüklerinin stresle baş etme durumlarına etkisine ve bazı bağımsız değişkenlerin (yaş, cinsiyet, bakım süresi vb.) bakım yükü ve stresle baş etme durumlarına etkisine ilişkin bulgulara yer verilecektir.

**Tablo 1.** Alzheimer'lı hastaya bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri (n=120)

Sosyo-Demografik Özellikler				Sayı	%	
Yaş	Min	Max	ort± ss	29 ve altı	11	9,2
				30-39	29	24,2
	20	74	44,26±11,11	40-49	45	37,5
				50-59	19	15,8
				60 ve üstü	16	13,3
Cinsiyet				Kadın	90	75,0
				Erkek	30	25,0
Medeni Durum				Evli	93	77,5
				Dul	8	6,7
				Bekar	19	15,8
Eğitim Durumu				Okur-yazar, İlkokul	37	30,9
				Ortaokul	24	20,0
				Lise	28	23,3
				Üniversite	31	25,8
Çalışma Durumu				Çalışıyor	44	36,7
				Çalışmıyor	76	63,3
Sosyal Güvence				Var	85	70,8
				Yok	35	29,2
Gelir Durumu				Gelir Giderden Fazla	4	3,3
				Gelir Gidere Denk	66	55,0
				Gelir Giderden Az	50	41,7
Bakım Verilen Kişiye Yakınlık				Anne-Baba	97	80,8
				Eş ve Kardeş	23	18,3

Tablo 1’de Alzheimer’lı hastaya bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Tabloya göre; bakım verenlerin %37,5’i 40-49 yaş grubunda, %75’i kadın olup, %77,5’i evlidir. Bakım vericilerin %30,9’u okur-yazar, İlkokul mezunu, %25,8’i ise üniversite mezunu olup, %63,3’ü nün herhangi bir işte çalışmıyor olduğu ve %70,8’inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Bakım veren bireylerin %55,0’inin gelirinin giderine denk olduğu, %80,8’i bakım verdiği Alzheimer hastasının anne-babası olduğu bulunmuştur.

**Tablo 2.** Alzheimer’lı hastaya bakım veren kişilerin sağlık sorunu, uyku kalitesi algısı, sürekli ilaç kullanma durumları (n=120)

Sağlık Sorunu, Uyku Kalitesi, İlaç Kullanma		Sayı	%
<b>Sağlık Sorunu</b>	Var	45	37,5
	Yok	75	62,5
<b>Genel Olarak Uyku Kalitesi Algısı</b>	Çok İyi	10	8,3
	İyi	58	48,3
	Orta	37	30,8
	Kötü	12	10,0
	Çok Kötü	3	2,5
<b>Sürekli İlaç Kullanma Durumu</b>	Evet	18	15,0
	Hayır	102	85,0

Tablo 2’de Alzheimer’lı hastaya bakım veren kişilerin %62,5’i sağlık sorunu olmadığı, %48,3’ünün uyku kalitesini iyi olarak algıladıkları, %15’inin sürekli ilaç kullandıkları görülmektedir.

**Tablo 3.** Alzheimer'lı hastaya bakım veren bireylerin bakımla ilgili tanımlayıcı özellikleri (n=120)

Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Bakım Verilen Hastaya	0-1 yıl	39	32,5
Bakım Verme Süresi	1-3 yıl	43	35,8
	3-5 yıl	11	9,2
	5 yıl ve üzeri	27	22,5
	Ailevi Sorumluluk	46	38,3
Bakım Verilen Hastaya	Sevdiği/aile Bağı Olduğu İçin	49	40,8
Bakım Verme Nedeni	Bakacak Başka Kimse Olmadığı İçin	18	15,0
	Ekonomik Katkısı Olduğu İçin	5	4,2
	Diğer(Eşim istediği için)	2	1,7
Hastaya Bakmaktan	Memnun	94	78,3
Memnun Olma Durumu	Memnun Değil	26	21,7
Hastaya Bakmanın Sağlık	Engel	28	23,3
Kontrollerine Engel Olma	Engel Değil	92	76,7
Durumu			
Bakım Veren Dışında	Var	99	82,5
Hastaya Bakan Birinin	Yok	21	17,5
Varlığı			
Kendine Vakit Ayırma	Ayırıyor	81	67,5
Durumu	Ayrıramıyor	39	32,5
Hastaya Bakmanın	Etkiliyor	68	56,7
Yaşantısını Etkileme	Etkilemiyor	52	43,3
Durumu			

Tablo 3'de bakım verenlerin %35,8'inin 1-3 yıl arasında hastaya bakım vermekte olduğu, %40,8'inin sevdiği/aile bağı olduğu için bakım verdiği, bakım verenlerin %78,3'ünün bakım vermekten memnun olduğu, %76,7'sinin bakım veriyor olmanın sağlık kontrollerini yaptırmasına engel olmadığı, % 82,5'i kendisi olmadığında hastasına bakım veren başka biri olduğu, %67,5' i kendine vakit ayırabildiği, %56,7'si hastaya bakmanın yaşamını etkilediği görülmektedir.

**Tablo 4.** Bakım verenin Alzheimerlı hastaya bakım verirken kendini nasıl hissettiği, bakım alanları (n=120)

Bakımla İlgili Durumlar		Sayı	%
Hastaya Bakım Verirken Kendini Nasıl Hissettiği	Yeterli	56	46,7
	Kısmen Yeterli	44	36,7
	Yetersiz	16	13,3
	Kısmen Yetersiz	1	0,8
	Bilmiyorum	3	2,5
Bakım Alanları	Maddi Destek Sağlama	4	3,3
	Psikolojik Destek Sağlama	34	28,3
	Fiziksel Gereksinimlerini Karşılama	82	68,3

Tablo 4'te Alzheimer'lı hastaya bakım veren bireylerin %46,7'si bakım vermekte kendisini yeterli olarak değerlendirdiği, %68,3'ü bakım alanlarının hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılamak olduğunu ifade ettiği görülmektedir

**Tablo 5.** Alzheimer'lı hastaya bakım veren kişilerin bakımda zorlandığı alanlar (n=120)

Bakımda Zorlanılan Alanlar		Sayı	%
Bakımda Destek Alamama	Evet	26	21,7
	Hayır	94	78,3
Bakımla İlgili Sorun Yaşama	Evet	43	35,8
	Hayır	77	64,2
Maddi Destek Alamama	Evet	49	40,8
	Hayır	71	59,2
Hijyenik Gereksinimleri	Evet	48	40,0
	Hayır	72	60,0
Fiziksel Gereksinimlerini Karşılama	Evet	59	49,2
	Hayır	61	50,8

Tablo 5'te Alzheimer'lı hastaya bakım veren bireylerin bakım verirken %78,3'ü bakımda destek aldığı, %64,2'sinin bakımla ilgili sorun yaşamadığı, %60,0'ının hijyenik gereksinimleri ile ilgili sorun yaşamadığı, %50,8'i hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılamakta zorlanmadığı görülmektedir.

**Tablo 6.** Bakım verilen hastanın yaşı ve bakımda iletişim sıkıntısı yaşama durumu (n=120)

Hastanın Yaşı ve Bakımda İletişim Sıkıntısı		Sayı	%
Bakım Verilen Hastanın Yaşı	65 ve altı	5	4,2
	65 üzeri	115	95,8
Bakımda İletişim Sıkıntısı Yaşama Durumu	Yaşıyor	49	40,8
	Yaşamıyor	71	59,2

Tablo 6'da bakım verenlerin %95,8'i 65 yaş üzerinde olduğu ve %59,2'sinin bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşamadığı görülmektedir.

**Tablo 7.** Bakım Yüğü Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Durumları Ölçeği alt grupları puan ortalaması (n=120)

Ölçek	Minimum	Maksimum	Ortalama (X) Standart Sapma(ss)
<b>Bakım Yüğü Ölçeği</b>	3	88	41,64±20,26
<b>Stresle Başa Çıkma Durumları Ölçeği Alt Grupları</b>			
Kendine Güvenli Yaklaşım	1	23	12,99±3,81
İyimser Yaklaşım	0	15	8,88±2,46
Çaresiz Yaklaşım	1	24	12,13±4,19
Boyun Eğici Yaklaşım	1	18	9,16±3,52
Sosyal Destek Arayan Yaklaşım	0	14	6,92±2,44
<b>Toplam Stresle Başa Çıkma</b>	<b>14</b>	<b>84</b>	<b>49,88±10,17</b>

Tablo 7’de Bakım Yüğü Ölçeğinden alınan minimum puan 3, maksimum puan 88’dir. Bakım Yüğü Ölçeğinden alınan puanların ortalaması 41,64 ve standart sapması 20,26 olduğu görölmektedir.

Tablo 7’de bakım verenlerin stresle baş etme durumları ölçeğı alt grupları incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım alt boyutun ortalaması 12,99±3,81, iyimser yaklaşım alt boyut ortalaması 8,88±2,46, çaresiz yaklaşım alt boyut ortalaması 12,13±4,19, boyun eğici yaklaşım alt boyut ortalaması 9,16±3,52, sosyal destek arayan yaklaşım alt boyut ortalaması 6,92±2,44 bulundu.

**Tablo 8.** Alzheimer’lı hastaya bakım vericilerin yaş ve cinsiyet özelliklerine göre bakım veren yüğü ölçeğı (BVYÖ) puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Yaş</b>		
29 ve altı	32,27±12,71	X <sup>2</sup> = 1,147 p=0,338
30-39	39,55±18,95	
40-49	43,44±24,45	
50-59	47,26±19,67	
60 ve üzeri	40,12±11,75	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	46,23±20,49	t=4,657
Erkek	27,86±11,66	p=0,003

Tablo 8’de bakım vericilerin yaş ve cinsiyet özelliklerine göre Bakım Veren Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları görölmektedir. Kadın bakım vericilerin bakım veren yüğü ölçeğı puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek olduğu ve cinsiyet ile bakım veren yüğü arasında anlamlı yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (t=4,657; p<0,05).

Tablo 8’de yaş ile bakım veren yüğü arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).



**Tablo 9.** Bakım verenlerin medeni durum ve eğitim durumu özelliklerine göre BVYÖ puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	41,48±20,79	X <sup>2</sup> =0,651
Dul	49,00±24,29	p=0,523
Bekar	39,31±15,74	
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar, ilkokul	46,20±18,45	
Ortaokul	43,87±24,36	X <sup>2</sup> =1,519
Lise	41,53±20,63	p=0,201
Üniversite	34,54±18,19	

Tablo 9'a bakıldığında dul olan kadınların bakım veren yükü puan ortalaması (49,00±24,29) bekar ve evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Eğitim durumu ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 10.** Bakım veren kişilerin çalışma durumu, sosyal güvencesi ve gelir durumu ile BVYÖ puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	32,59±16,01	t= -3,943
Hayır	46,88±20,71	p=0,038
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	38,56±18,94	t= -2,657
Yok	49,11±21,68	p=0,252
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Fazla	27,5±7,85	
Gelir Gidere Denk	40,27±19,8	X <sup>2</sup> =1,668
Gelir Giderden Az	44,58±21,09	p=0,193

Tablo 10’da çalışma durumu ile bakım veren yükü ölçeği puan ortalamaları görülmektedir. Tabloya bakıldığında çalışmayan bakım vericilerin bakım veren yükü ölçeği puan ortalaması  $46,88 \pm 20,71$ ’dir. Çalışma durumu ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t = -3,94$ ;  $p < 0,05$ ).

Sosyal güvencesi olma ve gelir durumu ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 10).

**Tablo 11.** Bakım verilen kişiye yakınlık durumu, bakım veren bireyin sağlık sorunu olması durumu ile BVYÖ puan ortalaması

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Bakım Verilen Kişiye Yakınlık</b>		
Anne-Baba	41,90±21,40	U=0,133
Eş ve Kardeş	40,13±19,8	p=0,876
<b>Sağlık Sorunu</b>		
Var	46,75±19,63	t= 2,174
Yok	38,57±20,15	p=0,615

Tablo 11’de görüldüğü gibi bakım verilen kişiye yakınlık durumu ve bakım veren bireyin sağlık sorunu olma durumu ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

**Tablo12.** Alzheimer’lı hastaya bakım verenlerin uyku kalitesi algısı ve ilaç kullanma durumlarına göre bakım veren yükü ölçeği puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Genel Olarak Uyku Kalitesi Algısı</b>		
Çok İyi	23,90±10,00	
İyi	34,25±16,77	
Orta	50,21±18,64	<b>F=12,679</b>
Kötü	63,41±13,82	<b>p=0,000</b>
Çok Kötü	50,66±34,48	
<b>Sürekli İçin İlaç Kullanma Durumu</b>		
Evet	68,83±16,42	t=7,456
Hayır	36,84±16,84	p=0,407

Tablo 12’de Alzheimer’lı hastaya bakım veren kişilerin uyku kalitesi algısı ve sürekli ilaç kullanma durumlarına göre bakım veren yükü ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

Uyku durumlarını kötü olarak değerlendiren Alzheimer’lı hastaya bakım veren bireylerin bakım veren yükü ölçeği puan ortalamaları (63,41±13,82) diğer gruplara göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur (F=12,67; p<0,001) (Tablo 12).

Uyumak için ilaç kullanma durumu ile depresyon tedavisi için ilaç kullanma durumu ile bakım veren yükü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) ( Tablo12).

**Tablo 13.** Alzheimer’lı hastaya bakım verenlerin bakım verme süresi, hastaya bakım verme nedeni ile BVYÖ puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Bakım Verilen Hastaya Bakım Verme Süresi</b>		
0-1yıl	36,07±18,76	
1-3 yıl	44,83±22,81	X <sup>2</sup> =2,331
3-5 yıl	51,63±23,67	p=0,078
5 yıl ve üzeri	40,51±14,22	
<b>Bakım Verilen Hastaya Bakım Verme Nedeni</b>		
Ailevi sorumluluk	41,54±21,47	
Sevdiği/aile bağı olduğu için	37,44±15,33	
Bakacak başka kimse olmadığı için	50,88±26,10	X <sup>2</sup> =1,664
Ekonomik katkısı olduğu için	47,40±23,45	p=0,163
Diğer (Eşim istediği için)	49,00±19,79	

Tablo 13’e bakıldığında bakım verilen hastaya bakım verme süresi ve bakım verilen hastaya bakım verme nedeni ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

**Tablo 14.** Hastaya bakmaktan memnun olma kendine vakit ayırabilme durumu ile BVYÖ puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Hastaya Bakmaktan Memnun Olma Durumu</b>		
Memnun	34,91±15,93	U= -8,897
Memnun Değil	65,96±15,04	p=0,377
<b>Bakım Veren Dışında Hastaya Bakan Birinin Varlığı</b>		
Var	38,66±19,43	U= -3,669
Yok	55,66±18,55	p=0,958
<b>Kendine Vakit Ayırabilme Durumu</b>		
Ayırıyor	34,18±16,45	t= -6,831
Ayrıramıyor	57,12±18,76	p=0,321

Tablo 14'te görüldüğü gibi, bakım verilen hastaya bakmaktan memnuniyet durumu, hastaya bakım veren başka birinin varlığı ve kendine vakit ayırabilme durumu ile bakım veren yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15.** Bakım veren bireylerin bakım verirken kendini nasıl hissettiği, bakım alanları ile BVYÖ puan ortalamaları

	BVYÖ X ± ss	İstatistiksel Analiz
<b>Hastasına Bakım Verirken Kendini Nasıl Hissettiği</b>		
Yeterli	36,17±16,37	
Kısmen Yeterli	44,84±22,70	
Yetersiz	49,93±19,43	<b>X<sup>2</sup>=2,464</b>
Kısmen Yetersiz	33,00±00	<b>p=0,049</b>
Bilmiyor	55,33±35,01	
<b>Bakım Alanları</b>		
Maddi Destek Sağlama	26,25±15,56	
Psikolojik Destek Sağlama	30,08±12,37	<b>X<sup>2</sup>= 11,451</b>
Fiziksel İhtiyaçlarını Karşılama	47,18±20,81	<b>p=0,000</b>

Tablo 15'de görüldüğü gibi, hastaya bakım verirken kendini yetersiz hissettiğini belirten bireyler ile bilmediğini belirtenlerin bakım veren yükü puan

ortalaması daha yüksek bulunmuş olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2= 2,46$ ;  $p<0,05$ ).

Hastasının fiziksel gereksinimlerini karşıladığını bildiren bireylerin bakım yükü puan ortalaması daha yüksek olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=11,45$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16.** Bakım verilen hastanın yaşı ve hastaya bakmanın yaşamını etkileme durumu ile BVYÖ puan ortalamaları

	BVYÖ $X \pm ss$	İstatistiksel Analiz
<b>Bakım Verilen Hastanın Yaşı</b>		
65 ve altı	16,60±9,86	t= -2,909
65 üzeri	42,73±19,91	p=0,096
<b>Hastaya Bakmanın Yaşantısını Etkileme Durumu</b>		
Etkiliyor	50,94±19,40	t=6,733
Etkilemiyor	29,48±14,06	p=0,010

Tablo 16’da görüldüğü gibi, hastaya bakmanın yaşantısını etkilediğini ifade eden bireylerin bakım yükü puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur( $t=6,73$ ;  $p<0,01$ ).

Bakım verilen hastanın yaşı ile bakım yükü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) ( Tablo 16).

**Tablo 17.** Alzheimer'lı hastaya bakım verenlerin yaş ve cinsiyetine göre stresle başa çıkma durumları ve alt boyut puan ortalamaları

Tanımlayıcı Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Yaş</b>					
29 ve altı	14,27±3,60	10,09±2,70	11,90±5,12	8,81±4,26	5,36±2,76
30-39	13,96±3,90	9,34±2,12	11,72±4,43	8,34±3,59	6,06±2,34
40-49	12,28±3,53	8,44±2,13	11,91±4,34	9,00±3,27	7,37±2,13
50-59	12,21±4,54	8,26±3,31	12,05±3,02	9,05±3,39	7,73±2,80
60 ve üzeri	12,99±3,81	9,18±1,51	13,75±3,04	11,50±3,16	7,31±2,08
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=1,398 p=0,239	F=1,666 p=0,163	F=0,696 p=0,596	F=2,293 p=0,064	<b>F=3,254</b> <b>p=0,014</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	12,34±3,90	8,46±2,53	12,67±3,78	9,52±3,43	7,17±2,54
Erkek	14,93±2,77	10,13±1,77	10,50±4,96	8,10±3,66	6,16±1,94
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>t=3,352</b> <b>p=0,001</b>	<b>t=3,338</b> <b>p=0,001</b>	<b>t=2,516</b> <b>p=0,013</b>	t=1,933 p=0,056	<b>t=1,987</b> <b>p=0,049</b>

Tablo 17'de görüldüğü gibi sosyal destek arayan yaklaşım alt grubu puan ortalaması 50-59 yaş aralığında en yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (F= 3,25; p<0,05). 29 yaş ve altında olan bakım vericilerde kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları, 60 yaş ve üzeri grupta çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları en yüksektir.

Cinsiyet ile stresle başa çıkma durumları alt grupları puan ortalamalarına bakıldığında; kendine güvenli yaklaşım alt grubu puan ortalamasının erkeklerde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu (t=3,35; p<0,001), iyimser yaklaşım puan ortalamasının da erkeklerde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu (t=3,33; p<0,001) bulunmuştur. Çaresiz yaklaşım puan ortalamasının kadınlarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu (t=2,51; p<0,05), sosyal destek arayan yaklaşım puan ortalamalarının da kadınlarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu (t=1,98; p<0,05) bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım alt grubu puan ortalaması kadınlarda daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05) ( Tablo 17).

**Tablo 18.** Bakım veren bireylerin medeni durumu ve eğitim durumuna göre stresle başa çıkma durumları ve alt boyut puan ortalamaları

Tanımlayıcı Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	12,91±3,72	8,87±2,41	12,04±4,04	9,44±3,54	7,19±2,54
Dul	10,75±3,88	7,50±3,25	12,12±3,79	8,75±2,71	6,37±2,06
Bekar	14,31±3,94	9,52±2,26	12,57±5,18	8,00±3,65	5,84±1,70
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=2,604 p=0,078	F=1,934 p=0,149	F=0,127 p=0,881	F=1,383 p=0,255	F=2,706 p=0,071
<b>Eğitim Durumu</b>					
OkurYazar	12,26±4,19	8,32±2,64	13,17±3,58	10,32±3,21	7,79±2,31
Ortaokul	11,58±3,26	8,25±2,40	12,62±3,42	10,00±2,65	6,83±2,27
Lise	13,35±3,71	9,07±2,40	11,82±4,99	8,50±3,59	6,25±2,35
Üniversite	14,77±3,37	9,87±2,18	10,70±4,45	7,48±3,64	6,41±2,46
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>F=3,411</b> <b>p=0,011</b>	F=2,243 p=0,069	F=1,728 p=0,149	<b>F=4,652</b> <b>p=0,002</b>	<b>F=2,845</b> <b>p=0,027</b>

Tablo 18’de eğitim durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişki görülmektedir. Üniversite mezunlarında kendine güvenli yaklaşım alt grup puan ortalaması en yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur(F=3,41; p<0,05). Boyun eğici yaklaşım alt grup puan ortalaması okuryazar olan grupta daha yüksek bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,65; p<0,01). Sosyal destek arayan yaklaşım alt grup puan ortalaması okur yazar grupta yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır (F=2,84; p<0,05).

Medeni durum ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının bekârlarda daha yüksek olduğu, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arayan yaklaşım puan ortalamaları ise evlilerde daha yüksek olduğu bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05) ( Tablo 18).

**Tablo 19.** Çalışma durumu ve sosyal güvence ile stresle başa çıkma durumları ve alt boyut puan ortalamaları

Tanımlayıcı Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Çalışma Durumu</b>					
Evet	14,65±3,51	9,75±1,86	10,27±4,64	7,72±3,67	6,22±2,46
Hayır	12,02±3,66	8,38±2,63	13,21±3,51	10,00±3,17	7,32±2,35
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>t=3,845</b> <b>p=0,000</b>	<b>t=3,027</b> <b>p=0,003</b>	<b>t= -3,911</b> <b>p=0,000</b>	<b>t= -3,562</b> <b>p=0,001</b>	<b>t= -2,429</b> <b>p=0,017</b>
<b>Sosyal Güvence</b>					
Var	13,44±3,66	9,08±2,22	11,92±4,19	9,14±3,59	6,62±2,42
Yok	11,88±4,01	8,40±2,96	12,62±4,22	9,22±3,40	7,65±2,37
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>t=2,064</b> <b>p=0,041</b>	t=1,382 p=0,169	t= -0,828 p=0,409	t= -0,123 p=0,902	<b>t= -2,138</b> <b>p=0,035</b>

Tablo 19’da çalışma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ( $t=3,84$ ;  $p<0,001$ ), iyimser yaklaşım ( $t=3,02$ ;  $p<0,05$ ) alt grup puan ortalamalarının çalışan bireylerde yüksek olduğu, çaresiz yaklaşım ( $t= -3,91$ ;  $p<0,001$ ), boyun eğici yaklaşım ( $t= -3,56$ ;  $p<0,001$ ), sosyal destek arayan yaklaşım ( $t= -2,42$ ;  $p<0,05$ ) alt grup puan ortalamalarının çalışmayan bireylerde yüksek olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur.

Sosyal güvence ile stresle başa çıkma durumları alt gruplarından kendine güvenli yaklaşım alt grubunun sosyal güvencesi olan bireylerde yüksek olduğu ( $t=2,06$ ;  $p<0,05$ ), sosyal destek arayan yaklaşım alt grubunun sosyal güvencesi olmayan bireylerde yüksek olduğu ( $t= -2,13$ ;  $p<0,05$ ) ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 19).



**Tablo 20.** Gelir durumu ve bakım verilen hastaya yakınlık ile stresle başa çıkma durumları ve alt boyut puan ortalamaları

Tanımlayıcı Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Gelir Durumu</b>					
Gelir Giderden Fazla	16,75±2,06	9,00±0,81	5,00±2,58	3,25±0,95	7,75±3,20
Gelir Gidere Denk	13,04±3,77	9,03±2,63	11,84±4,29	9,50±3,64	6,81±2,56
Gelir Giderden Az	12,62±3,86	8,68±2,33	13,08±3,57	9,20±3,09	7,00±2,24
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=2,226 p=0,113	F=0,288 p=0,75	<b>F=8,057</b> <b>p=0,001</b>	<b>F=6,459</b> <b>p=0,002</b>	F=0,311 p=0,733
<b>Bakım Verilen Hastaya Yakınlık</b>					
Anne-Baba	13,03±3,87	8,81±2,64	11,74±4,33	8,72±3,48	6,73±2,41
Eş ve Kardeş	13,04±3,56	9,22±1,54	13,95±3,07	11,04±3,22	7,77±2,48
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=0,860 p=0,426	t=0,312 p=0,733	t=2,655 p=0,075	<b>t=4,241</b> <b>p=0,017</b>	t=1,645 p=0,197

Tablo 20’de gelir durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında çaresiz yaklaşım alt grubunun geliri giderden az olan bireylerde daha yüksek olduğu (F=8,05; p<0,001), boyun eğici yaklaşım alt grubunun geliri gidere denk olan bireylerde yüksek olduğu (F= 6,45; p<0,01) ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bakım verilen hastaya yakınlık ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında, boyun eğici yaklaşım alt grubunun eşi ve kardeşi bakım verenlerde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur (t= 4,24; p<0,05).

**Tablo 21.** Alzheimer'lı hastaya bakım verenlerin sağlık durumu, uyku kalitesi algısına göre stresle başa çıkma durumları ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

Durumlar	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Sağlık Sorunu</b>					
Var	12,84±3,97	8,60±2,70	13,24±3,57	10,53±3,36	7,37±2,48
Yok	13,08±3,74	9,05±2,31	11,46±4,41	8,34±3,38	6,65±2,39
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,326 p=0,798	t=-0,974 p=0,156	t=2,286 p=0,411	t=3,431 p=0,894	t=1,582 p=0,485
<b>Genel Olarak Uyku Kalitesi</b>					
Çok İyi	16,50±2,95	11,00±2,44	12,40±6,50	9,90±5,23	6,10±2,96
İyi	13,46±3,17	9,58±1,55	11,93±4,17	8,89±3,29	6,68±2,17
Orta	11,81±4,07	7,67±2,22	12,81±3,54	9,48±3,21	7,21±2,66
Kötü	11,25±4,80	7,16±3,92	11,33±4,29	9,00±4,11	7,58±2,53
Çok Kötü	13,66±1,52	10,0±3,00	10,0±3,60	8,66±4,72	8,00±2,64
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>F=4,294</b> <b>p=0,003</b>	<b>F=8,582</b> <b>p=0,000</b>	F=0,579 p=0,678	F=0,283 p=0,888	F=0,911 p=0,460
<b>Sürekli İlaç Kullanma Durumu</b>					
Evet	9,55±4,13	5,61±2,61	12,83±3,55	9,50±3,82	6,55±2,63
Hayır	13,59±3,43	9,46±1,34	12,00±4,30	9,10±3,49	6,99±2,41
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-4,457 p=0,503	t=-7,333 p=0,330	t=0,766 p=0,460	t=0,433 p=0,501	t=-0,694 p=0,723

Tablo 21’de Alzheimer’lı hastaya bakım verenlerin sağlık durumu, uyku kalitesi algısına göre stresle başa çıkma durumları ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları görülmektedir. Genel olarak uyku kalitesi algısı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşım alt grubu ( $F= 4,29$ ;  $p<0,05$ ) ve iyimser yaklaşım alt grubu ( $F=8,58$ ;  $p<0,001$ ) ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer alt gruplar ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Alzheimer’lı hastaya bakım veren bireyin sağlık sorunu olup olmaması ile stresle başa çıkma durumları alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) ( Tablo 21).

Sürekli ilaç kullanma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında, alt gruplar ile ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) ( Tablo 21).

**Tablo 22.** Alzheimer’lı hastaya bakım verenlerin bakım verme süresi ve bakım verme nedenine göre stresle başa çıkma durumları puan ortalamaları

Bakımla İlgili Durumlar	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Bakım Verilen Hastaya Bakım Verme Süresi</b>					
0-1 yıl	13,35±3,61	9,30±2,72	11,28±4,37	8,94±3,33	6,33±2,56
1-3 yıl	12,55±3,48	8,34±1,91	12,09±3,91	8,67±3,19	7,09±2,30
3-5 yıl	12,18±6,19	8,54±4,34	12,00±5,36	9,00±4,91	7,45±2,46
5 yıl üzeri	13,48±3,49	9,25±1,70	13,48±3,63	10,33±3,60	7,29±2,43
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=0,612 p=0,609	F=1,347 p=0,263	F=1,487 p=0,222	F=1,331 p=0,268	F=1,217 p=0,307
<b>Bakım Verilen Hastaya Bakım Verme Nedeni</b>					
Ailevi Sorumluluk	13,19±3,53	9,28±2,63	12,28±4,10	9,63±3,17	6,78±2,32
Sevdiği/Aile Bağı Olduğu İçin	14,00±3,27	9,28±1,79	12,24±4,70	8,85±4,00	7,36±2,53
Bakacak Başka Kimse Olmadığı İçin	10,38±4,82	7,05±2,89	11,44±3,68	8,66±3,58	6,27±2,67
Ekonomik Katkısı Olduğu İçin	11,40±3,84	8,80±1,92	13,20±1,92	10,20±1,64	6,80±0,83
Diğer	11,00±2,82	6,50±3,53	9,50±0,70	8,00±1,41	5,50±3,53
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>F=3,625</b> <b>p=0,008</b>	<b>F=3,914</b> <b>p=0,005</b>	F=0,414 p=0,798	F=0,536 p=0,709	F=0,928 p=0,451

Tablo 22’de bakım verilen hastaya bakım verme nedeni ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloya göre; kendine güvenli yaklaşım alt grubu puan ortalaması Sevdiği/Aile Bağı Olduğu İçin bakıyorum diyen grupta en yüksek olup (F= 3,62; p<0,01), iyimser yaklaşım alt grup puan ortalamaları Ailevi Sorumluluk, Sevdiği/Aile Bağı Olduğu İçin diyen gruplarda yüksek olup (F= 3,91; p<0,01) ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Hastaya bakım verme süresi ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) ( Tablo 22).

**Tablo 23.** Hastaya bakmaktan memnun olma ve kendine vakit ayırma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları puan ortalamaları

Bakımla İlgili Durumlar	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Hastaya Bakmaktan Memnun Olma Durumu</b>					
Memnun	13,44±3,30	9,47±1,99	11,97±4,33	9,08±3,42	7,01±2,41
Memnun Değil	11,34±5,01	6,73±2,83	12,69±3,69	9,46±3,93	6,61±2,56
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>t=2,539</b> <b>p=0,012</b>	<b>t=5,640</b> <b>p=0,000</b>	t= -0,766 p=0,445	t= -0,480 p=0,632	t=0,729 p=0,468
<b>Bakım Veren Dışında Hastaya Bakan Birinin Varlığı</b>					
Var	13,65±3,46	9,28±2,16	12,15±4,20	9,24±3,56	6,94±2,42
Yok	9,85±3,94	7,00±2,94	12,04±4,28	8,80±3,41	6,80±2,58
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>t=4,458</b> <b>p=0,000</b>	<b>t=4,099</b> <b>p=0,000</b>	t=0,103 p=0,918	t=0,509 p=0,612	t=0,238 p=0,813
<b>Kendine Vakit Ayırabilme Durumu</b>					
Ayırıyor	13,58±3,15	9,44±1,99	11,92±4,40	8,81±3,34	6,72±2,28
Ayırıyor	11,76±4,73	7,71±2,93	12,56±3,74	9,89±3,83	7,33±2,73
<b>İstatistiksel Analiz</b>	<b>t=2,486</b> <b>p=0,014</b>	<b>t=3,786</b> <b>p=0,000</b>	t= -0,779 p=0,438	t= -1,584 p=0,116	t= -1,274 p=0,205

Tablo 23’de hastaya bakmaktan memnun olma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişki görülmektedir. Kendine güvenli yaklaşım alt grubu ile hastaya bakmaktan memnun olma durumu arasında hastaya bakmaktan

memnun olan bireylerin puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı ( $t=2,53$ ;  $p<0,05$ ) ve iyimser yaklaşım alt grubu puanı hastaya bakmaktan memnun olan bireylerin puanı daha yüksek olup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=5,64$ ;  $p<0,001$ ).

Hastaya bakım veren başka birinin varlığı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşım alt grubu puanı bakım veren başka birinin var olduğu bireylerde daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı ( $t=4,45$ ;  $p<0,001$ ) ve iyimser yaklaşım alt grubu puanı bakım veren başka birinin var olduğu bireylerde daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=4,09$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo23).

Kendine vakit ayırabilme durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım alt grubu puanı kendine vakit ayırabildiğini belirten bireylerde daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı ( $t=2,48$ ;  $p<0,05$ ), iyimser yaklaşım alt grubu puanı kendine vakit ayırabildiğini belirten bireylerde daha yüksek olup arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=3,78$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24.** Hastaya bakım vermenin yaşantısını etkileme durumu ile bakım verirken kendini nasıl hissettiği ile stresle başa çıkma durumları alt grupları puan ortalamaları

Bakımla İlgili Durumlar	Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Hastaya Bakmanın Yaşantısını Etkileme Durumu</b>					
Etkiliyor	12,75±4,07	8,35±2,76	12,10±4,03	8,91±3,45	7,01±2,69
Etkilemiyor	13,30±3,46	9,57±1,81	12,17±4,43	9,50±3,51	6,80±2,08
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t= -0,792 p=0,430	t= -2,767 p=0,007	t= -0,090 p=0,928	t= -0,904 p=0,368	t=0,450 p=0,647
<b>Hastasına Bakım Verirken Kendini Nasıl Hissettiği</b>					
Yeterli	13,26±3,29	9,37±2,11	12,30±4,34	9,51±3,29	6,96±2,13
Kısmen Yeterli	13,09±4,37	8,65±2,85	11,88±4,10	8,81±3,79	6,84±2,81
Yetersiz	12,37±4,09	8,43±2,22	12,62±3,93	9,37±3,73	7,25±2,48
Kısmen Yetersiz	14,00±0,00	7,00±0,00	3,00±0,00	3,00±0,00	4,00±0,00
Bilmiyor	9,33±2,30	6,00±1,73	13,05±2,00	8,66±1,52	6,66±2,88
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=0,888 p=0,474	F=2,014 p=0,097	F=1,348 p=0,257	F=1,039 p=0,390	F=0,446 p=0,775

Tablo 24’te hastaya bakmanın yaşamını etkileme durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkide iyimser yaklaşım alt grubu puan ortalamasının yaşamını etkilemediğini belirten bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuş olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu görülmektedir ( $t= -2,76$ ;  $p<0,05$ ).

Hastaya bakım verirken kendini nasıl hissettiği ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) ( Tablo 24).

**Tablo 25.** Bakım alanları ve bakım verilen hastanın yaşı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları puan ortalamaları

		Kendine Güvenli Yaklaşım X±ss	İyimser Yaklaşım X±ss	Çaresiz Yaklaşım X±ss	Boyun Eğici Yaklaşım X±ss	Sosyal Destek Arayan Yaklaşım X±ss
<b>Bakım Alanları</b>						
Maddi	Destek	14,25±2,62	9,75±1,70	13,75±5,73	10,00±1,82	6,25±1,25
	Sağlama					
Psikolojik	Destek	13,79±2,83	9,76±1,63	11,79±3,47	9,11±2,81	6,14±2,24
	Sağlama					
Fiziksel		12,59±4,16	8,47±2,68	12,19±4,42	9,14±3,86	7,28±2,5
	Gereksinimlerini Karşılama					
<b>İstatistiksel Analiz</b>		F=1,415 p=0,247	<b>F=3,696</b> <b>p=0,028</b>	F=0,413 p=0,663	F=0,114 p=0,892	F=2,829 p=0,063
<b>Bakım Verilen Hastanın Yaşı</b>						
	65 ve altı	13,80±0,83	9,40±0,54	10,80±2,77	8,20±3,34	6,00±1,58
	65 üzeri	12,95±3,89	8,86±2,51	12,19±4,24	9,20±3,54	6,96±2,47
<b>İstatistiksel Analiz</b>		t=0,482 p=0,631	t=0,477 p=0,634	t= -0,724 p=0,470	t= -0,624 p=0,534	t= -0,864 p=0,389

Tablo 25’te bakım alanları ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında iyimser yaklaşım alt grubu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3,69$ ;  $p<0,05$ ).

Bakım verilen hastanın yaşı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) ( Tablo 25).

**Tablo 26.** Alzheimer'lı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ilişkisi

	<b>Kendine Güvenli Yaklaşım</b>	<b>İyimser Yaklaşım</b>	<b>Çaresiz Yaklaşım</b>	<b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>	<b>Sosyal Destek Arayan Yaklaşım</b>
<b>Bakım</b>	<b>r= -3,743</b>	<b>r= -6,801</b>	r=2,261	r=1,719	r=1,059
<b>Yükü</b>	<b>p= 0,001</b>	<b>p=0,000</b>	p=0,502	p=0,459	p=0,532

Tablo 26'da bakım yükü ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloya göre kendine güvenli yaklaşım alt grubu ile bakım yükü arasında anlamlı ( $r = -3,74$ ;  $p < 0,001$ ), iyimser yaklaşım alt grubu ile bakım yükü arasında anlamlı ( $r = -6,80$ ;  $p < 0,001$ ) ilişki bulunmuştur. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arayan yaklaşım alt grupları ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma Alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükü, stresle baş etme durumlarının belirlenmesi, bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi, hastaya ya da bakım verene ait sosyo-demografik ve bakımla ilgili özelliklerin bakım yüküne ve stresle baş etme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### 5.1. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik ve Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamında 120 bakım veren olup bakım verenlerin %37,5'i 40-49 yaş aralığında yer almaktadır. Çetinkaya'nın (2008) araştırmasında Demanslı hastaya bakım verenlerin %31,1'i 46-55 yaş grubunda olan bireylerdir. Akyar'ın (2006) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle ilgili çalışmasında bakım verenlerin %72'sini 30-54 yaş grubundadır. Küçükgüçlü'nün (2006) çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması 53,8±13,3 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada bakım verenlerin %75'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bu sonuç toplumumuzda da kadından beklenen eş-anne-bakım verici rollerin benimsendiği ve bakım verici durumunda primer düzeyde olduklarını göstermektedir. Tuna ve Olgun (2010), Dökmen (2012) çalışmasında bakım verenlerin %67,0'sini, kadınlar oluşturmaktadır. Literatürde kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeninin; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Bakım vericilik kadına özgü bir özellik olarak kabul edilmektedir; çocuk bakımı kadar bakıma ihtiyacı olan yaşlı, engelli ve hasta yakınlarına bakmak da geleneksel olarak kadınların görevi olarak görülmektedir (Tuna ve Olgun, 2010; Dökmen, 2012).

Alzheimer hastalarına bakım verilmesi, bakım verenler için zorluğun ve yükün giderek arttığı bir görevdir. Genel olarak Türkiye'de ve dünyada Alzheimer hastalarına bakım verenler daha çok aile bireyleridir. Aile bireyleri arasında da kız çocukları, eşler veya diğer kadın akrabaların bu yükü almalarının doğal olduğu düşünülmektedir (Tekin ve ark., 2011). Bu çalışmaya katılan kadın sayısının yüksekliği bu geleneksel durumun sürdürülmesi ile ilişkilendirilebilir.

Hastalara bakım verenlerin çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması, tedavi giderlerinin büyük bir bölümünün karşılanması açısından iyi bir sonuç olarak kabul



edilebilir. Ancak, bakım verenlerin eğitim düzeyinin düşük olması, stres yaşamasına ve hayat kalitesinin bozulmasına neden olabilir.

Yaşlıların bakım süreci düşünüldüğünde tüm dünyada ailenin en önde gelen kaynak olduğu görülmektedir (Korkut ve Sertel Berk Ö, 2009). Bu bulguyu doğrular biçimde yapılan bu araştırmada bakım verenlerin büyük çoğunluğu çocuklarıdır (%80,8). Yaşlılara kendi yakınları tarafından bakım verilmesi, fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır (Çatak ve ark., 2012).

Bakım vericilerin %35,8'i hastasına 1-3 yıl arası bakım verdiğini, %82,5'i kendisi olmadığında hastasına bakım veren kişi olduğunu belirtmiştir. Karaaşlan'ın (2013) çalışmasında primer bakım vericilerin bakım verme süreleri incelendiğinde, yarısından fazlasının (%58) 6 aydan daha uzun süredir hastasına bakım verdiği ve bu süreçte %54,7'sinin başkalarından yardım aldığı saptanmıştır. İki çalışma arasındaki farkın bakım verilen hastaların hastalıklarının farklı olmasından, Alzheimer hastalığının ilerleyişinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin yaklaşık yarısından fazlasının (%67,5) kendilerine zaman ayırabildiklerini ifade etmişlerdir. Buna göre yaşlı bakımının bakım verenin zamanının önemli bir bölümünü doldurduğu düşünülmektedir. Uğur (2006), kadın bakım verenlerin özellikle kendi öz-bakım aktivitelerindeki azalmaya duyarlı olduklarını belirtmektedir. Bakım verenlerin hem bakım sunma görevlerinde hem de ev işlerinde yardıma gereksinim duydukları bildirilmektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin bakım verdikleri bireyin %68,3'ü fiziksel gereksinimlerini karşıladıklarını belirtmiştir. Kekeç'in (2011) araştırmasında bakım verenlerin bakım verdikleri bireylere %83,4' ü psikolojik ve %69,4'ü fiziksel bakımında destek olduklarını ifade etmişlerdir. Yaşar'ın (2008) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlara bakım verenlerle yapılan araştırmasında, bireylerin %64,1' inin psikolojik ve %35,9' unun fiziksel bakım konusunda hastalarına destek verdikleri belirtilmektedir. Bu araştırmanın bulgularının, diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermeme nedeninin, değişik hastalıklara sahip bireylerin psikolojik ve fizyolojik olarak ihtiyaçlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım verilen hastanın yaşı %95,8'i 65 ve üzeri olduğu görülmektedir. Bu bulgu literatürdeki Alzheimer Hastalığı risk faktörlerinden olan ileri yaş risk faktörünü doğrulamaktadır.

## 5.2. Bakım Yüğü ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Yüğü Üzerine Etkisinin Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan bakım vericilerin bakım yüğü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $41,64 \pm 20,26$  olduğu saptanmıştır. Bakım verme yüğü ölçeğinden alınan maksimum puan 88, minimum puan 3' dür. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan ortalama puanının  $41,64 \pm 20,26$  olması bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve Zarit, 1990).

Kalav'ın (2011) inmeli hastalarla bakım veren bireylerle yaptığı çalışmasında bakım yüğü ortalama puanının  $51,35 \pm 12,33$  bulunmuştur. Durmaz'ın (2011) çalışmasında Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım yüğü toplam puan ortalamaları  $68,64 \pm 18,60$  bulunmuştur.

Bakım verme yüğü Alzheimerlı hastaya bakım veren bireye ait gelir durumu, yaş, medeni durum, cinsiyet, hastalığın süresi gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu amaçla yapılan çalışmada bakım yüğü ile bakım verenin sosyo-demografik özellikleri ve bakımla ilgili durumlar ile arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bu çalışmada cinsiyet ile bakım yüğü arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve kadın bakım vericilerin bakım veren yüğü ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Yaşar'ın (2008) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlara bakım verenlerle yapılan çalışmasında bakım yüğü ile cinsiyet arasında ilişki kadınlar yönünde anlamlı bulunmuştur. Kalav'ın (2011) çalışmasında inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında, Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin bakım yüğü ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların %75'ini kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin nedenleri arasında; bu işin toplum tarafından kadınların üstlenmesi gereken bir iş olarak görülmesi, iş hayatına erkekler kadar atılmış bulunmaması ve kadınların daha şefkatli ve sabırlı bir karaktere sahip olmaları gösterilebilir. Belirtilen nedenlerin kadınların bakım verme işine daha fazla

zaman ayırmasına, dolayısıyla bakım verme yükünü daha fazla hissetmelerine ve yaşam kalitelerinin daha düşük olmasına yol açtığı düşünülmektedir. Bakım verme işlevi, fiziksel ve ruhsal olarak da kadınların daha fazla etkilenme sebebi olabilmektedir. Ayrıca, kadınların eş/akraba gibi kendilerine yakın kişilerle olan ilişkilerinde baskı ve kontrollerle ilgili zorlukları daha fazla yaşadığı düşünülmektedir. Kadınların baskı ve kontrolle ilgili zorlukları erkeklere göre daha fazla yaşamalarının nedeni olarak, Türk toplumunun geleneksel yapısında kadınlar için oluşturulan kalıplar gösterilebilmektedir.

Araştırmada bakım yükü ile medeni durum ve eğitim durumu arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Literatürdeki çeşitli araştırmalarda eğitim düzeyi ile bakım sunmanın olumsuz etkilerinin derecesi arasındaki bağlantı bulunmuştur. Genel olarak eğitilmiş kişilerin iletişim becerileri, stres yönetim teknikleri ve sağlık tarama uygulamaları dahil olmak üzere bir çok yaşam becerilerine sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Eğitilmiş kişiler daha çok finansal kaynaklara sahip olabilirler, bu da onların stres semptomları meydana gelmeden başa çıkma yollarını bulmalarına yardımcı olabilir (tatil çıkma...). Daha düşük eğitim düzeyindeki bakıcılar ise stres semptomları geliştirme riski muhtemelen daha yüksek olabileceğinden sağlık bakım profesyonelleri bu grubun bakımına ve sorunlarına daha çok dikkat etmelidirler (Uğur Ö, 2006).

Bakım veren kişilerin gelir durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Bakım verilen kişiye yakınlık durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Yaşlı bireylerin çocuklarının bakım verme nedenleri duygusal yakınlık, bağlılık, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, “aile dayanışması” ve “evlat olma sorumluluğu” gibi toplumsal değerler nedeniyle yaşlı bakım sorumluluğunu üstlendiği bildirilmektedir. Bu sebeple de bakım yükü ile bakım verilen hastaya yakınlık ile ilişkinin anlamsız olduğu düşünülmektedir (Yaşar E, 2009). Bu araştırmaya katılan bireylerin %80,8’i anne-babasına bakım verdiğini ve %40,8’i sevdiği-aile bağı olduğu için bakım verdiğini belirtmiştir.

Araştırmada hastaya bakım verme süresi, hastaya bakmaktan memnuniyet ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde Bayramova’nın (2008) Amiyotrofik Lateral Sklerozlu hastalar bakım verenlerle yaptığı çalışmasında da bakım verme süresi ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Çetinkaya’nın (2008) Demanslı hastaya bakım verenlerle yaptığı

çalışmasında bakım süresi 6 ve üzeri yıl olan bireylerle bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada hastaya bakan başka birinin varlığı ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Yacı'nın (2011) çalışmasında bakım verenin bakım verirken yardım alması ya da almamasının ne bakım yükü ne de depresyon puanları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Gerçekte bakım sürecinde destek alabilmek, bilindiği üzere bakım veren üzerindeki stres-yük derecesini azaltmakta, hatta bir tür "koruyucu etki" yapmaktadır. Üstelik bakım sürecinin kadınlar için ödüllendirici bir süreç olduğunu iddia eden çalışmalar bile mevcuttur. Bu çalışmada da bakımda yardım almayan bireylerin bakım yükü yüksek bulunmuştur. Bakımda yardım almayan bireyin sürekli hasta bireyle birlikte olması, kendine ayırabileceği sosyal yaşantısının sınırlılığı nedeniyle fiziksel ve duygusal bakım yükünün fazla olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaya bakmanın yaşamını etkileme durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı olduğu ( $p<0,01$ ) ve hastaya bakmanın yaşamını etkilediğini belirten bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 16). Aşiret'in (2012) çalışmasında da bu çalışmaya benzer şekilde bakım verme nedeniyle günlük yaşamlarının etkilendiği belirlenmiştir. Bakım verenlerin sosyal izolasyon, diğer tüm işlerini aksatarak hayatını hastaya göre planlama, kendine zaman ayıramama ve öz bakım sorunları yaşadığı belirlenmiştir.

Bakım verenlerin bakım alanları ile bakım yükü arasındaki ilişki de; hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılayan bireylerin bakım yükünün fazla olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2011) inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükünün incelendiği araştırmasında bu çalışmaya benzer şekilde bakım verdiği hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılayan bireylerin hissettiği bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur.

Bakım verilen hastanın yaşı ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu çalışmaya benzer şekilde Yacı'nın (2011) çalışmasında hastaların yaşının ne bakım yükü ne de depresyon puanları ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Yaş grubunun küçük olması hastalık evresine göre bakıldığında erken (başlangıç) veya orta evrede olmasıyla açıklanabilir. Bu evrede olan hastalar fiziksel olarak daha aktif olduklarından kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılayabilmektedirler. Yaşar'ın (2009) çalışmasında, yaşlı bireyin yaş grubu ile bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

### 5.3. Stresle Başa Çıkma Durumları ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Bakımla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Stresle Başa Çıkma Durumları Üzerine Etkisinin Tartışılması

Stresli olayı ortaya çıkaran problemi tanımlamak, problemle başa çıkmak, birey için tehdit unsuru olan durumun etkisini yok etmek için kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım en sık kullanılan yöntemler olduğu vurgulanmaktadır ( Lazarus & Folkman, 1985).

Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, Alzheimerlı hastaya bakım veren bireylerin stresle başa çıkabilmek için en çok “Kendine Güvenli Yaklaşım” (12,99±3,81), “Çaresiz Yaklaşım” (12,13±4,19), “Boyun Eğici Yaklaşım” (9,16±3,52), alt gruplarını kullandıkları bulunmuştur. Stresle başa çıkabilmek için kullanılan yöntemlerden “Kendine Güvenli Yaklaşım”ın ilk sırada yer alması bakım veren bireylerin etkili bir başa çıkma yöntemi kullandığını göstermektedir.

Bu çalışmaya benzer şekilde Şener’in (2009) SP’li çocuğu olan anneler ile yaptığı çalışmasında stresle başa çıkma durumları arasında; en fazla kullandıkları yaklaşımın kendine güvenli yaklaşım (ort.=13,75), ikinci olarak çaresiz yaklaşım (ort.=11,16), daha sonra iyimser yaklaşımı kullandıkları bulunmuştur.

Aydın’ın (2004) Kanser hastalarında yaptığı çalışmasında hastaların stresle başa çıkma durumu olarak en çok “Sosyal Destek Arayan Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, en düşük düzeyde ise “Çaresiz Yaklaşım” kullandıkları belirlenmiştir. Kişinin kendisi hasta olduğunda algıladığı stres yoğun olabilmekte bu sebeple de çevresinden destek arayabilmektedir.

Kılıçkaya’nın (2013) KOAH’lı hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların stresle başetme de sık başvurdukları yaklaşım çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır. Hastaların en az başvurdukları yöntem ise sosyal destek aramadır.

Korkmaz ve arkadaşlarının (2003) alkol bağımlısı erkeklerin eşleriyle yaptıkları çalışmasında eşlerin stresle başetmede soruna yönelik başetme olarak adlandırılan kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşımı, duyguya yönelik olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdan fazla kullandığı saptanmıştır. Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Yaş ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında sosyal destek arayan yaklaşım yönünde anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışma bulgularına

bakıldığında “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” alt grupları puan ortalamaları yaş ilerledikçe azalmakta, “Çaresiz Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım”, “Sosyal Destek Arayan Yaklaşım” alt grupları puan ortalamaları yaş ilerledikçe artmaktadır. Bu sonuç yaş ilerledikçe kişilerin yaşadığı ve algıladığı stresin arttığını düşündürmektedir.

İnce'nin (2014) hemşirelerle yaptığı araştırmasında; hemşirelerin yaş, eğitim durumu, meslekteki çalışma süresi ve birimdeki çalışma süresi ile stresle başa çıkma durumları alt grupları puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Bal ve arkadaşlarının (2006) obez bireylerle yaptıkları çalışmada bireylerin yaş gruplarına göre stresle baş etme durumları alt grup puan ortalamaları incelenmiş, boyun eğici ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır.

Cinsiyet ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında erkek bakım verenlerin “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” alt gruplarını daha çok kullandıkları, kadın bakım verenlerin ise “Çaresiz Yaklaşım” alt grubunu daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Bu sonuca göre bakım veren erkeklerin stresle başa çıkabilmek için etkin yöntemleri kullandıkları, kadınların ise pasif yöntemleri tercih ettikleri söylenebilir.

Çitken'in (2008) Ürtiker hastalarında yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlara göre kendine güvenli yaklaşım puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınların daha çok duygusal başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri söylenebilir.

Sarıkaya'nın (2011) zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerle yaptığı çalışmada; engelli çocuğa sahip annelerin sosyal destek arama alt boyutu puan ortalamaları engelli çocuğa sahip olan babaların sosyal destek arama puanlarından anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Anneler, babalara göre sosyal destek arama yoluna daha çok başvurmuştur.

Araştırmada medeni durum ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ilişkisine bakıldığında tüm alt gruplar ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Demirtaş'ın (2013) Multipl Myelomlu bireylerle yaptığı çalışmada bu araştırmaya benzer şekilde medeni durum ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arayan yaklaşım alt grupları ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu araştırmada üniversite mezunlarının “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak okur-yazar seviyesinde olan bireylerin “aresiz Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım”, “Sosyal Destek Arayan Yaklaşım” alt grubu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görölmektedir. Çalışma sonuçları, eğitim seviyesi düştükçe çaresiz yaklaşım, yani duygusal odaklı baş etme yöntemlerinin daha sıklıkla kullanıldığını göstermektedir.

Demirtaş’ın (2013) alışmasında da bu araştırmaya benzer şekilde eğitim durumu ilkokul mezunu olan hastaların çaresiz yaklaşım puanlarının, lisans mezunu olan hastaların puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında tüm alt gruplar ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hem çalışıp hem de hasta bir bireye bakmak kişide stres yaratan zorlu bir süreçtir. Çalışmayan ve hasta birey ile daha çok zaman geçiren ailelerin daha az strese maruz kaldıkları bu yüzden genel stresle başa çıkabildikleri, çalışanların ise hem iş stresi hem de hastanın bakımı ile ilgi daha fazla iş gücü ve sorumluluk almaları nedeniyle stresle başa çıkmaları zor olabileceği düşünölmektedir. Ayrıca işsizlik ve çalışmama zamanla çaresizliği ve tükenmişliği getirecektir.

Bu araştırmanın aksine Demirtaş’ın (2013) araştırmasında çalışma durumu değişkenine göre stresle başa çıkma puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yılmaz ve Beji’nin (2010) gebelerle yaptıkları çalışmalarında çalışmayan gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım boyutu puan ortalamaları alışanlarınkinden daha yüksek iken, sosyal destek arama puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Sosyal güvence ile stresle başa çıkma durumları alt gruplarından kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arayan yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Araştırma sonucuna göre; sosyal güvencesi olan bireyler stresle başa çıkma da Kendine Güvenli Yaklaşımı daha çok kullanırken, sosyal güvencesi olmayan bireyler bu konuda sosyal destek aramaktadır.

Güneysucu'nun (2010) eğitilebilir zihinsel engelli çocuğa sahip bireylerle yaptığı çalışmasında, ailelerin genelde maddi imkanlara paralel gelişen sosyal çevre ile birlikte algılanan destek artmakta, diğer yandan ise engelli çocuklarının gereksinimlerini giderme noktasında maddi olanakların artışı stresi azaltıcı etki ettiği düşünülmektedir. Çocuklarının hizmet sistemlerinden yararlanmaları, sosyal etkinliklerine katılımı, eğitimleri, bakımları ve tedavileri için gelir düzeylerinin bunları karşılaması gerekmektedir. Aksi durumlarda yoğun kaygı ve stres yaşadıkları görülmüştür.

Gelir durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt grupları arasında istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri giderden az olan bireyler çaresiz yaklaşım alt boyutunu, geliri gidere denk olan bireyler boyun eğici yaklaşım alt boyutunu daha çok kullanmaktadır. Gelir durumu azaldıkça bireyler duygulara yönelik baş etme yöntemini kullanmaktadır.

Gelir sağlık sonuçlarını etkileyen önemli bir kavramdır. Gelir eşitsizliği ve yoksunluk kronik strese maruz kalmada ve sağlık sonuçlarını etkilemede önemli bir role sahiptir. Gelir düzeyi düşük insanların etkili düzeyde stresle başa çıkabilmek için yeterli donanıma sahip olmadıkları ve bunun sonucunda stresli olayların duygusal yaşamlarında daha yıpratıcı sonuçlara yol açtığı tespit edilmiştir. Bu nedenle gelir durumu kısaca sosyo- ekonomik faktörler sadece kişilerin karşılaştıkları stres miktarını değil aynı zamanda stresle başa çıkma yeteneklerini de belirlediği görülmektedir.

Çitken'in (2008) çalışmasında da bu araştırma sonucuna benzer şekilde; ürtiker grubunda ekonomik düzey ile çaresiz yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ekonomik düzey düştükçe insanların stresle başa çıkma sorundan çok duygulanım odaklı olmaktadır. Başka bir deyişle ekonomik düzey arttıkça kendine güvenli yaklaşımın arttığı görülmektedir.

Bakım verilen hastaya yakınlık ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında boyun eğici yaklaşım alt grubu ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eşine bakım veren bireyler stresle başa çıkmada duygulara yönelik pasif bir yaklaşım olan boyun eğici yaklaşım alt grubunu daha çok kullanmaktadır.

Bakım verme süresi ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu



araştırmanın aksine Ateş'in (2011) Spinal Kort Yaralanmalı bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmasında günde sekiz saatin üstünde bakım verenlerin, daha fazla kendine güvendikleri ve daha fazla sosyal destek aradıkları saptanmıştır. Sekiz saatin üzerinde bakım verenlerin bakım konusunda işlevselliği daha fazladır. Bu durum bakım verenlerde daha fazla kendine güven oluşturabilir. Bakım verme süresi arttıkça bakım verenler aile üyelerinden ve arkadaşlarından daha fazla destek alabilirler.

Bakım verilen hastaya bakım verme nedeni ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kişilerin bakım verme nedenine göre stresle başa çıkabilmek için probleme yönelik yaklaşımları kullandıkları bulunmuştur. Bakım verenlerin bakım verme nedenlerine bakıldığında çoğunlukla sevdiğim/aile bağı olduğu için (%40,8), ailevi sorumluluk (%38,3) şeklindedir. Aile bireylerinden birine bakım vermek ise kişilerin kendilerini mutlu hissetmesine bu sebeple de yaşayacağı stresin azalmasına sebep olacaktır.

Hastaya bakmaktan memnun olma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastaya bakım vermekten memnun olduğunu ifade eden bireyler probleme yönelik başa çıkma yöntemlerini kullandığı görülmektedir. Kişilerin istediği bir işi yapmaları, yaptıkları bu işten memnun olmaları bu konuda yaşayacakları stresi azaltacağını düşündürmektedir. Literatürde bakım vermekten memnuniyet durumu ile stresle başa çıkma tarzları ilişkisine bakılan bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Hastaya bakım veren başka birinin varlığı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastasına bakım verirken destek alan bireyler stresle başa çıkmada aktif yaklaşımları kullanmaktadır. Ailenin destek sistemlerinin olması problemlerle daha kolay baş edebilmesini sağlamakta, ailenin stresini azaltmakta ve uyumu kolaylaştırmaktadır.

Ateş'in (2011) Spinal Kort Yaralanmalı bireye bakım verenlerle yaptığı çalışmasında; Bakım verenlerin, algıladıkları sosyal desteğe bakıldığında, sosyal desteği yüksek olan bakım verenlerin, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçekleri puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aile desteğinin

yüksek olduğu bakım verenlerin stresleriyle etkili bir şekilde baş edebildikleri düşünülebilir.

Ateş ve Bilgili'nin (2013) omurilik yaralanmalı bireylerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin, algıladıkları sosyal desteğe bakıldığında, sosyal desteği yüksek olan bakım verenlerin, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçekleri puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir

Kendine vakit ayırabilme durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşım alt grupları ile anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kendine vakit ayırabilen bireyler aktif başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır.

Hastaya bakmanın yaşamını etkileme durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkide iyimser yaklaşım alt grubu istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastaya bakmanın yaşamını etkilemediğini belirten bireyler stresle başa çıkmada aktif yöntemlerden olan iyimser yaklaşımı kullanmaktadır. Bakım veren bireylerin kendilerine zaman ayırabilmeleri, sosyalleşebilmeleri yaşayacakları stresi azaltacağı düşünülmektedir.

Hastaya bakım vermede kendini nasıl hissettiği ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hasta birey ile aynı evde yaşamak ya da uzun süre vakit geçirmek bakımında kişinin pratikleşmesini ve bu konuda kendine güvenmesini sağlayacaktır. Bu sebeple de anlamlı bir fark olmadığı düşünülmektedir.

Bakım alanları ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında iyimser yaklaşım alt grubu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bakım alanlarından hastasına sadece psikolojik destek sağlayan bireylerin stresle başa çıkmada aktif bir yaklaşım olan iyimser yaklaşım alt grubunu tercih ettiği söylenebilir.

Bakım verilen hastanın yaşı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Alzheimer çoğunlukla 60 yaş üzerinde görülen bir hastalık olduğu ve yaşlandıkça unutkanlık, bunama normal kabul edildiği için bakım verenlerin stresle başa çıkma tutumlarını etkilemediği düşünülmektedir.

#### **5.4. Bakım Yüğü'nün Stresle Başetme Durumlarına Etkisinin Tartışılması**

Bu araştırmada Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nde ortalama puanının 41,64±20,26 olması bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre; kendine güvenli yaklaşım ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -3,743$ ,  $p < 0,05$ ). Bu sonuca göre kişilerin bakım yükü azaldıkça stresle baş etmede kendine güven düzeyleri artmaktadır. Aynı şekilde iyimser yaklaşım ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -6,801$ ,  $p < 0,05$ ). Bu sonuca göre kişilerin bakım yükü azaldıkça stresle baş etmede iyimser yaklaşım düzeyleri artmaktadır.

Kronik hastalığa sahip bağımlı bir bireye bakım verme işlevinin yol açtığı fiziksel, ruhsal ya da sosyal sorunlar, bakım verenlerin stres yaşamasına neden olmakta bu sebeple de bakım verme yüklerini arttırabilmekte ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.

Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arayan yaklaşım alt grupları ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım sosyal destek arayan yaklaşım kişilerin stresle başa çıkabilmede kullandıkları pasif yaklaşımlardır.

Literatürde bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır, ancak benzer çalışmalarla çalışma bulguları karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Ateş'in (2011) Spinal Kort Yaralanmalı bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmasında; stresle baş etme durumları ölçeğinin puan ortalamaları incelendiğinde, orta bağımlı bireylere bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt ölçek puanları, tam ve ileri bağımlı bireylere bakım verenlerin puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Orta bağımlı bireyler, tam ve ileri bağımlı bireylere göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte bakım verene daha az ihtiyaç duyarlar ve ileri bağımlı bireylere göre hareketlerinde daha özgürdürler. Orta bağımlı bireye bakım verenler, tam ve ileri bağımlı bireye bakım verenlere göre kendilerine daha fazla zaman ayırabilmektedirler. Böylece orta bağımlı bireye bakım verenlerin dinlenmek ve bazı sosyal aktivitelerini gerçekleştirebilmek için zamanları olabilmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren kişilerin bakım yükü, stresle baş etme durumlarının belirlenmesi, bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi, hastaya ya da bakım verene ait sosyo-demografik ve bakımla ilgili özelliklerin bakım yüküne ve stresle baş etme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar;

- Bakım verenlerin %37,5'i 40-49 yaş aralığında yer almaktadır. Çalışmada bakım verenlerin %75'ini kadınlar oluşturmaktadır ve %80,8'i çocuklarıdır (Tablo 1).

- Bakım vericilerin %35,8'i hastasına 1-3 yıl arası bakım verdiğini, %82,5'i kendisi olmadığında hastasına bakım veren kişi olduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Araştırmada bakım verenlerin %68,3'ü bakım verdikleri bireyin fiziksel gereksinimlerini karşıladıklarını belirtmiştir (Tablo 4).

- Çalışma kapsamına alınan bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $41,64 \pm 20,26$  olduğu saptanmıştır ve bu bulgu bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 7).

- Bakım yükü ile bakım verenin yaşı arasındaki anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 8).

- Araştırmada cinsiyet ile bakım yükü arasında kadınlar yönünde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $t=4,65$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 8).

- Araştırmada bakım yükü ile medeni durum ve eğitim durumu arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 9).

- Araştırmada çalışma durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki çalışmayanlar yönünde anlamlı ( $t= -3,94$ ;  $p < 0,05$ ), sosyal güvence ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 10).

- Bakım veren kişilerin gelir durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 10).

- Bakım verilen kişiye yakınlık durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 11).

- Araştırmada hastaya bakım verme süresi ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) ( Tablo 13).

- Araştırmada bakım veren başka bir kişinin varlığı ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Yine araştırmada Kendinize vakit ayırabilme durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) ( Tablo 14).

- Bakım verenlerin bakım alanları ile bakım yükü arasındaki ilişki de; hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılayan bireylerin bakım yükünün fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $X^2=11,45$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 15).

- Bakım verilen hastanın yaşı ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Araştırmada hastaya bakmanın yaşamını etkileme durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $t= 6,73$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 16).

- Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, Alzheimerlı hastaya bakım veren bireylerin stresle başa çıkabilmek için en çok “Kendine Güvenli Yaklaşım” ( $12,99\pm3,81$ ), “Çaresiz Yaklaşım” ( $12,13\pm4,19$ ), “Boyun Eğici Yaklaşım” ( $9,16\pm3,52$ ), alt gruplarını kullandıkları bulunmuştur (Tablo 7).

- Yaş ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında sosyal destek arayan yaklaşım yönünde istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir fark bulunmuştur ( $F= 3,25$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 17).

- Cinsiyet ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında erkek bakım verenlerin “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” alt gruplarını daha çok kullandıkları, kadın bakım verenlerin ise “Çaresiz Yaklaşım” alt grubunu kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 17).

- Araştırmada medeni durum ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ilişkisine bakıldığında tüm alt gruplar ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) ( Tablo 18).

- Eğitim durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arayan yaklaşım alt grupları ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) ( Tablo 18)).

- Çalışma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında tüm alt gruplar ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 19).

- Sosyal güvence ile stresle başa çıkma durumları alt gruplarından kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arayan yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) ( Tablo 19).

- Gelir durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt grupları arasında istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ) ( Tablo 20).

- Bakım verilen hastaya yakınlık ile stresle başa çıkma durumları alt grupları ile arasındaki farka bakıldığında boyun eğici yaklaşım alt grubu ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 20).

- Bakım verme süresi ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

- Bakım verilen hastaya bakım verme nedeni ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 22).

- Hastaya bakmaktan memnun olma durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 23).

- Hastaya bakım veren başka birinin varlığı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 23).

- Kendine vakit ayırabilme durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşım alt grupları ile anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 23).

- Hastaya bakmak yaşamını etkileme durumu ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki ilişkide iyimser yaklaşım alt grubu istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 24).

- Hastaya bakım vermede kendini nasıl hissettiği ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

- Bakım alanları ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki farka bakıldığında iyimser yaklaşım alt grubu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 25).

- Bakım verilen hastanın yaşı ile stresle başa çıkma durumları alt grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 25).

- Çalışma sonucuna göre; kendine güvenli yaklaşım ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-3,743$ ;  $p<0,05$ ). Aynı şekilde iyimser yaklaşım ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-6,801$ ;  $p<0,05$ ). Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arayan yaklaşım alt grupları ile bakım yükü arasında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 26).

## 6.2. Öneriler

- Bakım verenlere hastanın Alzheimer tanısının öğrenildiği ilk andan başlayarak bu durumla nasıl başa çıkacakları konusunda davranış geliştirmeleri için eğitim verilmesi, bu konuda eğitici broşür ve kitapçıklar hazırlanarak bakım verenlere verilmesi,

- Bakım verenlere yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması,

- Eğitim ve danışmanlık programlarında bakım verici olarak kadın ileri yaş grubunda, eğitim durumu düşük bireylere öncelik verilmesi,

- Hasta ve ailesine düzenli olarak halk sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretlerinin yapılması ve karşılaştıkları sorunların saptanması,

- Bakım verme yükü zaman içinde değişebileceğinden belirli aralıklarla ve düzenli olarak verilerin toplanması ve bakım yükünü artıran durumlara yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,

- Bakım yükünü artıran kişisel özellikler (örneğin yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu... gibi) incelenerek her bakım verene kişileştirilmiş destekleyici bakımın sunulması,

- Bakım veren aile üyelerinin kendi sağlıklarını ihmal etmemeleri konusunda desteklenmeleri ve sağlık merkezlerine yönlendirilmeleri,

- Sağlık ekibinin hastasına bakan hasta yakınlarına karşı duyarlı olması, bakım verenlerin farkına varması, saygı duyması, desteklemesi, bakım verme rollerini tanımlaması, değişen durumlara uyum sağlama becerilerini belirlenmesi, verilen bakımın etkisini ve kalitesini artırarak hem hastanın hem de aile bireylerinin yaşam kalitesini artıracak kanaatindeyiz.

- Alzheimer'lı hastaya primer bakım vericilerinin stresle baş etme tarzlarına yönelik olarak "Etkili Başetme" davranışlarının kazandırılmasını ya da pekiştirilmesini sağlayacak girişimlerin planlanması.





## KAYNAKLAR

- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 2004;50-70.
- Akpınar B. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009;10-29.
- Akyar İ. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006;6-14.
- Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009;32-49.
- Alpteker H. 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2008;5-14.
- Altın M. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2006;4-24.
- Arlt S. Non-Alzheimer's disease-related memory impairment and dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2013;15(4):465-473.
- Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2):251-277.
- Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012;2:73-80.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3):513-552.
- Ateş E. Spinal Kord yaralanmalı bireye bakım verenlerin bakım verme yükü, stresle başetme durumları ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011;5-34.
- Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle başetme ve sosyal destek. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013;15(3):1-12.
- Aydın D. Kanser hastalarında posttravmatik stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2004;10-31.
- Bal Ö, Özgür G, Gümüş AB. Obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(3):20-28.
- Bayramova N. Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) hastaların evde bakım gereksinimleri ve bakım verenlerin bakım yükünün belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2008;1-37.
- Bilgili N. Yaşlı bireye bakım verenlerin evde yaşadıkları sorunlar. 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya, Özet Kitabı, 2006;87-91.

- Cogia PP, Rastogi N. *Clinical Alzheimer Rehabilitation*. Springer Publishing Company, NewYork. 2008;15-240.
- Çatak B, Öner C, Kılınç AS, Sütü S, Şenbayram S. Yaşlılara evde bakım verenlerde ruhsal hastalık belirtisi sıklığı ve etkileyen faktörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012;2(3):105-108.
- Çetinkaya F. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2008;7-79.
- Çitken A. Kronik İdiopatik Ürtiker hastalarında stresle başa çıkma tarzları ve stresli yaşam olaylarının incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Uzmanlık Tezi*, 2008;2-16.
- Daroff RB, Fenichel GM, Jankoviç J, Mazziota JC. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*, Elsevier Saunders, Philadelphia. 2012;1539-1552.
- Demirtaş G. Multipl Myelomlu hastalarda yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma tutumları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2013;5-37.
- Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;3(1):3-38.
- Duffy H. The Alzheimer's association national policy agenda. *Nc Med*. 2005;66(1):26-29.
- Dumlu A. Alzheimer hastalığında vasküler risk faktörleri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi*, 2010;2-34.
- Durmaz H. Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi*, 2011;4-18.
- Emek DD. Alzheimer ve Lewy cisimli demans hastalarında uyku profili. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2011;5-18.
- Evelyn B, Kelly PhD. *Alzheimer's Disease*. Chelsea House Publishers, New York. 2008;7-91.
- Ferguson FM. The effect of music therapy songwriting on the identification and utilization of short-term coping strategies by caregivers of loved ones with alzheimer's disease. *The Florida State University, Collage of Music, A Thesis submitted to the College of Music in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Music*, 2006;5-14.
- Ferrara M, Langiano E, Di Brango T, De Vito E, Di Cioccio L, Bauco C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with alzheimer caregivers. *Health end Quality of Life Outcomes*. 2008;6:93.
- Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-170.

- Gago MF, Fernandes Y, Ferreira J, Silva H, Rocha L, Bicho E, Sousa N. Postural stability analysis with inertial measurement units in alzheimer's disease dement. *Geriatr Cogn Disord Extra*. 2014;4:22-30.
- Gauthier S. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. Informa UK Limited. 2007;205-265.
- Gönen S, Küçükgülü Ö, Yener G. Hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesi. *J Neurol sci-Turk*. 2010;27(4): 446-456.
- Gündüzoğlu NÇ. Demanslı Hastanın Evde Bakımı. *Evde Sağlık ve Bakım, Göktaş Yayıncılık*. 2013;72-83.
- Güneysucu J. Eğitilebilir zihinsel engelli çocuğa sahip olan babaların sosyo-demografik değişkenlere göre stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010;1-51.
- Heinrich S, Berwig M, Simon A, Janichen J, Nickel W, Hinz A, Brainler E, Gertz HJ. German adaptation of the resources for enhancing alzheimer's caregiver health II: study protocol of a single-centred, randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2014;14(21):2-5.
- [http://tdk.gov.tr/?option=com\\_karsilik&view=karsilik&kategori1=abecesel&kelime2=%C5%9E](http://tdk.gov.tr/?option=com_karsilik&view=karsilik&kategori1=abecesel&kelime2=%C5%9E), 2014.
- İnce S. Hekim davranışlarını hemşirelerin stresle başetme durumları üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2014;16 (2):41-53.
- İnci FH. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, Yüksek Lisans Tezi*, 2006;3-23.
- Jahn H, MD. Memory loss in alzheimer's disease. *Dialogues-cns*. 2013; 445-454.
- Kahraman H. Alzheimer hastalarının 50-65 yaş arası birinci derece akrabalarında nörobilişsel işlevlerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Uzmanlık Tezi*, 2010;1-6.
- Kalav S. İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi*, 2011;5-40.
- Karaaslan A. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2013;1-29.
- Karatay G, Akkuş Y. Bir model olarak prato alzheimer merkezi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2008;1:11-17.
- Kasai M, Meguro K. Estimated quality-adjusted life- year associated with the degree of activities of daily living in patients with alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2013;3:482-488.
- Kekeç M. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi*, 2011;4-20.

- Kılıçkaya C. KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başatme üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013;4-19.
- Korkut Y, Sertel Berk Ö. Alzheimer hastalarına ve sağlıklı yaşlılara bakım veren kadın yakınlarda bakım verme tarzı, problem çözme stratejileri, öfke tarzları ve sağlık durumunun incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2009;12(1):1-12.
- Küçükgüçlü Ö. Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Demans Dergisi. 2003;3: 86-92.
- Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2011;4(3):125-130.
- Moon Y, Kim H, Choi H, Han SH. Validity of the korean version of the fear of alzheimer's disease scale for the assessment of anticipatory dementia. J Korean Med Sci. 2014;29:411-415.
- Özdemir İ. Aile yanında yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzları, kaygı düzeyleri ve psikolojik belirtiler açısından karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013;1-15.
- Özer S. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. Türk Geriatri Dergisi. 2010;13(3):27-35.
- Özer S. Kalp yetersizliğinde aile /bakım verici yükü. Türk Kardiyoloji Derneği, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2010;1(1):3-7.
- Sarıkaya S. Zihinsel engelli çocuğı olan ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2011;5-19.
- Selekler K. Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. Türk Geriatri Dergisi. 2010;3:9-14.
- Şahin EM, Özer C, Ölüç F, Tunç Z. Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. Türk Geriatri Dergisi. 2005;8(1):22-24.
- Şahin N, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğı; üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1995;10(34):56-73.
- Şener F. 5-14 yaş Serebral Palsi'li çocuğına sahip annelerin stresle başa çıkma tarzları ve denetim odağı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009;1-25.
- Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012;9(3):22-29.
- Taşdemir G. İlk ve orta evre alzheimer hastalarının evde izlemi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara, Doktora Tezi, 2008;8-24.
- Tekin N, Dişçigil G, Altunbaş E. Demans hastalarının bakımı, toplumsal bakış açısı, davranış ve bilgi kaynakları. Türk Geriatri Dergisi. 2011;14(1):35-39.

- Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010;41-52.
- Uçar F. Depresyon ve alzheimer tanılı gruplar ile normal örnekleme de kişisel ve toplumsal olaylara ilişkin otobiyografik bellek özelliklerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2007;1-56.
- Uğur Ö. Onkoloji hastasına bakım verenlerin bakım yükünün belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006;1-93.
- Yacı Ö. Çeşitli evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Tıpta Uzmanlık Tezi, ,2011;7-51.
- Yaşar E K. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009;7-39.
- Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2008;5-36.
- Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başatma yolları. Türkiye Klinikleri J Ed Sci. 2007;27:445-454.
- Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi. 2010; 20(3):99-108.
- Zarit S H, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center, 1990;2(1):12-23.
- Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu G Ü, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15(1):48-54.

## EKLER

### EK 1- ANKET FORMU

Bu araştırma Alzheimer'lı hastaya bakım verenin bakım yükü ve stresle baş etme tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

#### BAKIM VERENİ TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. ( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz: 1.( ) Evli 2. ( ) Dul 3.( ) Bekar

4. Eğitim Durumunuz: 1. ( ) Okur-yazar değil 2.( ) Okur-yazar/ilkokul 3.( ) Ortaokul

4.( ) Lise 5.( ) Üniversite 6. ( ) Diğer

5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1.( ) Çalışıyorum 2. ( ) Çalışmıyorum

6. Sosyal Güvenceniz var mı? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

7. Herhangi bir geliriniz var mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. ( ) Gelirim giderden fazla 2. ( ) Gelirim gidere denk 3. ( ) Gelirim giderden az

9. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık düzeyiniz nedir? 1. ( ) Annem-babam 2. ( ) Eşim ve ya kardeşim

10. Bu kişiye ne kadar süredir bakıyorsunuz? 1. ( ) 0-1 yıl 2. ( ) 1-3 yıl 3. ( ) 3-5 yıl 4. ( ) 5 yıl üstü

11. Bu kişiye bakma nedeniniz nedir? 1. ( ) Ailevi sorumluk 2.( ) Sevdiğim için/aile bağı olduğu için 3.( ) Bakacak başka kimse olmadığı için 4. ( ) Evde Bakım hizmetleri olmadığı için 5.( ) Ekonomik katkısı olduğu için 6. ( ) Diğer .....

12. Bu kişiye bakmaktan memnun musunuz? 1. ( ) Evet 2.( ) Hayır

13. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? 1. ( ) Var 2. ( ) Yok

14. Hastanıza bakmak sizin sağlık kontrollerinizi yaptırmanıza engel oluyor mu?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

15. Genel olarak uyku kaliteniz nasıl? (cevap iyi veya çok iyi ise 17. soruya geçiniz) 1.( ) Çok iyi

2. ( ) İyi 3. ( ) Orta 4. ( ) Kötü 5.( ) Çok kötü

16. Sürekli ilaç kullanıyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

## **EK-1 (Devamı)**

**17.** Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (konuşma, anlatma, işitme..)

1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

**18.** Siz olmadığınız zaman hastanıza bakan var mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

**19.** Kendinize vakit ayırabiliyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

**20.** Hastanıza bakmak sizin yaşamınızı etkiledi mi? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

**21.** Hastanıza bakım vermede kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 1. ( ) Yeterli 2.( ) Kısmen yeterli  
3.( ) Yetersiz 4.( ) Kısmen yetersiz 5. ( ) Bilmiyorum

**22.** Bakım alanlarınız nelerdir? 1.( ) Maddi destek sağlama 2.( ) Psikolojik destek sağlama  
3.( ) Fiziksel gereksinimlerini karşılama

**23.** Hastanızın bakımında sizi en çok zorlayan işlem(ler) nedir?

- Bakımda destek alamama 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

-Bakımla ilgili sorun yaşama 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

-Maddi destek alamama 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

-Hijyenik gereksinimleri1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

-Fiziksel gereksinimlerini karşılıyor olmak 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

**24.** Bakım verilen hastanızın yaşı nedir?

1. ( ) ≤65 yaş 2. ( ) >65 yaş

## EK-1 Devamı

### BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve her zaman olmak üzere hangi sıklıkta yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

İFADELER	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayırdığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme esnasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınıza getireceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımı bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					



## EK-1 (Devamı)

### STRESLE BAŞ ETME TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir sıkıntım olduğunda;	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçimde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yenden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Hatun ERKURAN

**Doğum Yeri:** GİRESUN

**Doğum Tarihi:** 07.10.1981

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu:**

1987-1995 Giresun Cumhuriyet İlköğretim Okulu

1995-1998 Giresun Lisesi

1998-2003 Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Kimya Öğretmenliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı

2005-2009 Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Lisans Programı

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar:**

2003-2004 Giresun ili Piraziz İlçesi Çayır Köyü Birleştirilmiş Sınıflı İlköğretim Okulu

2004-2005 Giresun ili Keşap ilçesi Karabedir Mahallesi Birleştirilmiş Sınıflı İlköğretim Okulu

2009-2015 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

2015-.... Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Giresun A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi

E-posta: htn\_erkran@hotmail.com