

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEMANS BAKIM VERİCİLERİNE GÖRE HASTALARIN NÖROPSİKİYATRİK BELİRTİLERİ İLE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ATKAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEMANS BAKIM VERİCİLERİNE GÖRE HASTALARIN NÖROPSİKİYATRİK BELİRTİLERİ İLE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ATKAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Bu araştırma; Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 214S048 numaralı TÜBİTAK projesi ile desteklenmiştir.

Ankara, 2017

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Demans Bakım Vericilerine Göre Hastaların Nöropsikiyatrik Belirtileri İle Günlük Yaşam Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Fatma ATKAN

Yüksek Lisans Tezi

28.12.2017

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ebru Akgün ÇITAK

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalişmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

28-12-2017



Fatma ATKAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden itibaren desteğini her zaman hissettiğim, tez çalışmam süresince de bilgi, birikim ve tecrübeleriyle beni akademik hayata hazırlayan, bana yol gösteren, motive eden değerli hocam ve danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN' a sonsuz teşekkür ederim.

Proje çalışması ve tez sürecimde gerek bilgisi ve tecrübesiyle yol gösterici olan, gerek şahsi olarak da kendisiyle çalışmaktan keyif aldığım proje yürütücüsü sayın Doç. Dr. Yavuz AYHAN' a ve engin bilgisiyle bir çok konuda bana öğretici olan kıymetli bilim insanı sayın Prof. Dr. Esen Saka TOPÇUOĞLU' na destekleri için çok teşekkür ederim. Tez ve proje süresince bana güzel bir çalışma ortamı sunan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ekibine ve güzel kalbiyle desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım ablam Lütfiye TÜZÜN' e çok teşekkür ederim.

Hem tez sürecinde tez modelinin oluşturulması hem proje süresince de istatistiksel anlamda bana sunduğu destekleri için sayın Yrd. Doç. Dr. Sevilay KARAHAN' a çok teşekkür ederim.

Tez verilerimin istatistiksel analizinin uygulanması ve değerlendirilmesi aşamasında sabrını, hoşgörüsünü ve özverisini esirgemeyen sayın Ferhat ÜNAL' a desteği için sonsuz teşekkür ederim.

Lisans eğitimimden bu yana desteğini her zaman en yakından hissettiğim ve öğrencisi olmaktan büyük gurur ve mutluluk duyduğum, bilgisi ve iletişim tarzıyla kendime rol model olarak aldığım hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ' a sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

İyi ki hayatıma girmiş dediğim nadide insanlardan olan, her zaman ve her koşulda motivasyon kaynağım olan, en zor anlarımda mesafelere rağmen desteğini canı gönülden hissettiğim, varlığıyla hayatıma kattığı tüm güzellikler ve öğretiler için güzel insan sevgili Aliye DENİZ' e sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Hem tez sürecimde hem de çalışma ortamımda güzel yüreğiyle hayatıma kattığı tüm güzelliklerle bana her zaman destek olan, mutlulukları birlikte yaşadığımız, dostluğundan büyük mutluluk duyduğum canım arkadaşım Uzm. Psk. Duygu ÇAP' a çok teşekkür ederim. Nice güzellikleri birlikte yaşamamız dileğimle.

Ve son olarak tüm hayatım boyunca olmak üzere tez sürecimde de her an yanımda olan, ‘’ANNE’’ kavramını tüm anlamıyla hak eden ve taşıyan, hayatımdaki ilk öğretmenim olan ve öğrenmemin devam ettiği, bana her daim inanan güzel kadın ANNEM’ e, sevgili babama, yoncanın yapraklarını oluşturan kız kardeşlerime ve aileme tüm destekleri için çok çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız...

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 4

1.3. Araştırma Soruları 5

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Demans 6

2.1.1. Demans Tanımı 6

2.1.2. Demans Tipleri 7

2.1.3. Demans Etiyolojisi 11

2.1.4. Demansta Risk Faktörleri 12

2.1.5. Demansta Tanı 12

2.1.6. Demansta Tedavi 14

2.2. Demansta Günlük Yaşam Aktiviteleri 15

2.2.1. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri 15

2.2.2. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri 16

2.3. Demansta Nöropsikiyatrik Belirtiler 16

2.3.1. Algısal Alan İle İlgili Belirtiler 17

2.3.2. Düşünce Alanı İle İlgili Belirtiler 18

2.3.3. Duygulanım Alanı İle İlgili Belirtiler 18

2.3.4. Davranışsal Alan İle İlgili Belirtiler 19

2.3.5. Uyku Alanı İle İlgili Belirtiler 20

2.3.6. İştah Alanı İle İlgili Belirtiler 20
2.4. Demans Hasta Yakını Olma ve Bakım Verme …..... 21
2.5. Demansta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 22
3. MATERYAL VE YÖNTEM 24
3.1. Araştırmanın Tipi 24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 24
3.3. Araştırmanın Evreni 25
3.4. Araştırmanın Örneklemi 25
3.4.1. Örneklem seçim kriterleri 26
3.5. Araştırmanın Etik Yönü 26
3.6. Veri Toplama Araçları 27
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu 27
3.6.2. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (TGYA) 27
3.6.3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA) ... 28
3.6.4. Nöropsikiyatrik Envanter (NPE) 29
3.7. Araştırmanın Uygulanması 30
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulanması 30
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması 30
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi 30
3.9. Araştırmanın Değişkenleri 31
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği 32
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 90
5.1. Demans hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre GYA ve EGYA, NPE ölçek genel puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması …….. 90

5.2. Demans hasta yakınlarının ve bakım vericilerin (aktif bakım verme) tanımlayıcı özelliklerine göre NPE ölçeği sıkıntı puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması ……. 93

5.3. Demans hastalarının GYA, EGYA, NPE puan ortalamaları ve hasta yakınlarının NPE sıkıntı puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizinin tartışılması ……. 95

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 98

6.1. Araştırmanın Sonuçları 98

6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler 103

7. KAYNAKLAR 105

8. EKLER 115

EK- 1 Sosyodemografik Veri Formu 115

EK-2 Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (TGYA) 120

EK-3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi (EGYA) 122

EK-4. Nöropsikiyatrik Envanter (NPE) 125

EK-5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 138

EK-6. Etik Kurul İzin Belgesi ……..... 140

EK-7. İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi 143

EK-8. Özgeçmiş ……..... 144

ÖZET

Demans Hastalarının Bakım Vericilerine Göre Hastaların Nöropsikiyatrik Belirtileri İle Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma, demans hastalarının bakım vericilerine göre hastaların nöropsikiyatrik belirtileri ile günlük yaşam aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirildi.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 214S048 numaralı Tübitak projesi kapsamında, Temmuz 2016-Ağustos 2017 tarihlerinde yapıldı. Yapılan tetkikler sonucunda demans tanısı almış ve ayaktan takip edilen 142 hasta ve yakınları/bakım vericileri ile gerçekleştirildi. Veriler Sosyodemografik Veri Formu, Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA) Ölçeği, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Testi, Nöropsikiyatrik Envanter (NPE) ile toplandı.

Hastaların günlük yaşam aktivite ölçek puan ortalamaları bakım verme durumuna göre farklılık göstermekte ve günlük yaşam aktivite puan ortalamaları yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, demansa eşlik eden başka bir hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir. NPE ortalamaları hastaların yaş ve eğitimlerine göre farklılık göstermekte iken, sıkıntı puan ortalamaları hasta yakınlarının iş-meslek grupları ve çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılık göstermekte, bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesi, telefon ile görüşme sıklığı, bakmakla yükümlü olduğu çocuk varlığı, gelir durumu ve başka demans hastasına bakım verme durumuna göre farklılık göstermektedir. Hastaların TGYA ile EGYA, NPE ile NPE sıkıntı puanları arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki bulunduğu ($p<0.05$), ancak NPE ile TGYA arasında ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bakım almayan hastaların GYA düzeyleri bakım alanlardan daha yüksek bulunmuş, NPE ile GYA düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır.

Bu doğrultuda hemşirelerin araştırmalarında farklı demans tanılarını içeren daha büyük örneklemlerle ilişkinin değerlendirilmesi ve bakım vericilere yönelik psikoeğitim düzenlemeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Demans, Demans Bakım Vericileri, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Hemşire, Nöropsikiyatrik Belirtiler.

ABSTRACT

Research of The Relationship Between Neuropsychiatric Symptoms and Daily Life Activity Levels in Patients with Dementia According to Dementia Caregiver

This study was conducted to determine the relationship between neuropsychiatric symptoms and daily life activity levels in patients with dementia according to dementia caregiver.

This study was coducted at Hacettepe University Medical Faculty Psychiatry Department within the scope of Tübitak project number 214S048, between July 2016-August 2017, with 142 patients with dementia and their relatives/caregivers. Data of the study were collected with the Sociodemographic Data Form, ADL, IADL and NPI.

The average daily life activity scale scores of the patients differ according to the caregiving status and the average of the daily life activity scores differs according to age, sex, marital status, child ownership, and other diseases accompanying dementia. NPI averages differ according to age and education, the average of distress points differs according to occupational groups and child ownership status of the relatives of the patients, the caregivers' degree of closeness to the patient, the frequency of telephone conversations, the presence of children with care, income status and other dementia depending on the type of care given to the patient. There was a significant positive correlation between ADL and IADL, NPI and NPI distress scores ($p < 0.05$), but there was no relationship between NPI and ADL ($p > 0.05$). The ADL levels of non-caregivers were higher than those of the caregivers, and there was no relationship between NPI and ADL levels.

In this direction, nurses' researches can be suggested to evaluate the relation with larger samples including different dementia diagnosis and psychoeducation arrangements for caregivers.

Keywords: Activities of daily living, caregiver dementia, dementia, neuropsychiatric symptoms, nurse.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ICD 10 : International Classification of Disease
DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
AD : Alzheimer Demansı
FTD : Frontotemporal Demans
VaD : Vasküler Demans
PD : Parkinson Demansı
LCD : Lewy Cisimcikli Demans
HD : Huntington Demansı
GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri
TGYA : Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri
EGYA : Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
NPE : Nöropsikiyatrik Envanter
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
N : Evrendeki Birey Sayısı
n : Örneklemdeki Birey Sayısı
p : Anlamlılık Düzeyi
SS : Standart Sapma
X : Ortalama

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Demans hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 142) ……..…….... 31

Tablo 4.2. Demans hasta yakınlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 142) 33

Tablo 4.3. Demans hastalarının bakım vericilerinin aktif bakım verme durumlarına yönelik tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 72) 36

Tablo 4.4. Demans hastalarının sürekli bakım verilme durumuna göre hastaların GYA, EGYA ve NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı 37

Tablo 4.5. Demans hastalarının cinsiyetlerine göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 38

Tablo 4.6. Demans hastalarının yaşına göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 40

Tablo 4.7. Demans hastalarının medeni durum değişkenine göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 42

Tablo 4.8. Demans hastalarının eğitim düzeyine göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 44

Tablo 4.9. Demans hastalarının iş-meslek gruplarına göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142) 46

Tablo 4.10. Demans hastalarının birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 47

Tablo 4.11. Demans hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 49

Tablo 4.12. Demans hastalarının eşlik eden başka hastalık durumuna göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) ……... 51

Tablo 4.13. Demans hastalarının cinsiyetlerine göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 53

Tablo 4.14. Demans hastalarının yaşına göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 54

Tablo 4.15. Demans hastalarının medeni durumuna göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) …..... 56

Tablo 4.16. Demans hastalarının eğitim düzeyine göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 57
Tablo 4.17. Demans hastalarının iş-meslek gruplarına göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 59
Tablo 4.18. Demans hastalarının birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 60
Tablo 4.19. Demans hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 61
Tablo 4.20. Demans hastalarının demansa eşlik eden başka hastalık varlığına göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 62
Tablo 4.21. Hasta yakınlarının cinsiyetine göre hasta yakınının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 63
Tablo 4.22. Hasta yakınlarının yaşına göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 64
Tablo 4.23. Hasta yakınlarının medeni durumuna göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 65
Tablo 4.24. Hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 66
Tablo 4.25. Hasta yakınlarının iş-meslek gruplarına göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 67
Tablo 4.26. Hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumuna göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 142) 69
Tablo 4.27. Bakım vericilerin hastaya yakınlık durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 70
Tablo 4.28. Bakım vericilerin hastayla yaşama durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 72
Tablo 4.29. Bakım vericilerin hastayla yüz yüze görüşme sıklığına göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 73
Tablo 4.30. Bakım vericilerin hastayla telefon ile görüşme sıklığına göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 74
Tablo 4.31. Bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu çocuk durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) ……..…. 76

Tablo 4.32. Bakım vericilerin çalışma durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 77
Tablo 4.33. Bakım vericilerin gelir durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 78
Tablo 4.34. Bakım vericilerin bakım verdiği süreye göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 79
Tablo 4.35. Bakımın paylaşıldığı birinin varlığına göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 80
Tablo 4.36. Bakım vericilerin başka hastaya bakım verme durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 81
Tablo 4.37. Bakım vericilerin demanslı başka hastaya bakım verme durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 82
Tablo 4.38. Bakım vericilerin eşlik eden başka hastalık durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n= 72) 83
Tablo 4.39. Demans hastalarının GYA, EGYA, NPE puan ortalamaları ve hasta yakınlarının NPE sıkıntı puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları. 84

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde başta olmakla birlikte insan yaşının artması sonucu yaşlı birey sayısı artmakta, yaşlanmaya bağlı oluşan hastalıklardan olan demans ciddi bir sağlık durumu haline gelmektedir (1, 2). Demans, 65 yaş üzerindeki bireylerde yaklaşık % 5 civarında, 80 yaş üzerindeki bireylerde ise yaklaşık % 20 civarında görülmektedir (3). Demans görülme sıklığı yaşın artmasına bağlı olarak artmakta, özellikle altmış yaş üzerinde de prevalansı beş yılda bir ikiye katlanmaktadır (1, 2). 2013 yılındaki demans görülme sıklığı dünya çapında 44 milyon iken, bu sayının 2030 yılında 75 milyon, 2050'de ise 135 milyondan fazla kişiyi etkilemesinin beklendiği bildirilmektedir (4).

Demans bellek problemleri başta olmak üzere kişinin bilişsel yeteneklerinde, kişilik yapısında, işlevselliğinde değişiklikler meydana getiren, psikiyatrik ve davranışsal problemlere yol açan bir sendrom olarak bilinmektedir (5, 6). Bunlarla birlikte kişinin algılama, zeka, dikkat, yargı, gerçeği değerlendirme, oryantasyon benzeri kazanılmış bilişsel fonksiyonlarında geri dönüşü olmayan hasarlara yol açan, bunlara bağlı olarak kişinin sosyal ve mesleki yaşantısının da etkilendiği bir hastalık olarak kabul edilmektedir (7). Demans pek çok bilişsel hastalıkla karıştırılmasından dolayı tanı aşamasında zorluk yaşanmaktadır. Bu özelliği nedeniyle demansta bilinç bozukluğunun olmaması deliryumdan ayırt edilmesini sağlayan en önemli faktör olarak değerlendirilmektedir (3).

Demans hastalarının günlük yaşam aktivitelerinin engellenmesinin nedenleri hastalığın kronik ve ilerleyici olması, bellek ve entelektüel kapasitesinin azalması, mesleki ve sosyal rollerini yerine getirmede zorluklar yaşaması yer almaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri literatürde; temel günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri olarak iki grup halinde yer almaktadır. Temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin ne düzeyde olduğu bu hastalarda ele alınması gereken temel bir konudur. Bu bağlamda demanslı hastaların entelektüel ve enstrümental fonksiyonlarının ve bu fonksiyonları etkileyen faktörlerin incelenmesi

literatür açısından önem arz etmektedir. Demanslı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra bireylerin entelektüel fonksiyonlarında da sorunlar yaşanmaktadır. Entelektüel fonksiyonlar tek, basit bir fonksiyon olmayıp entegre mozaik tarzında bir biri içine geçmiş özellikleri içermektedir. Bu özellikler arasında; ezberleme, yeni materyal öğrenme, problem çözme, sözel kapasite, aritmetik beceri yer almaktadır (8, 9). Demanslı hastalarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini engelleyen etkenlerden biri de nöropsikiyatrik belirtilerin varlığıdır. Nöropsikiyatrik belirtiler entelektüel ve enstrümental fonksiyonların bağımsız bir şekilde yerine getirilmesini yordamaktadır. Demans hastasının günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirememesi ve hastada görülen bu belirtiler sonucunda hastalık hem hastayı hem aileyi etkileyen bir konuma getirmektedir (3, 10, 11, 12). Aynı zamanda artan hastane yatış oranları, bakım ücreti, bakım veren stresi ve yükü ile ilişkili olmaktadır (13).

Demans hastalarının % 80-90' nında en azından bir stres verici nöropsikiyatrik veya davranışsal belirti görülmekte olup, nöropsikiyatrik belirtiler hastalarda belirgin derecede yetersizliğe yol açabilir ve bakım veren stresini artırabilir. Nöropsikiyatrik belirtiler, Alzheimer demansının (AD) ve diğer demans hastalıklarının önemli bir göstergesi olup, hastalar ve bakım vericiler için önemli sonuçlar doğurmaktadır (14, 15).

Demans sadece hasta bireyi etkilemekle kalmayıp, aileyi ve diğer aile üyelerinin yaşamını da etkilemektedir. Demans hastasının bakımı hasta, ailesi, bakım veren ve sağlık profesyonellerini içeren ve birçok beceriyi gerektiren karmaşık bir uğraşı olmaktadır (5).

Hastanın özellikle tedaviye uyumunu bozan, günlük bakımında önemli güçlüklere yol açan davranışsal sorunların tespiti ve tedavisi konusunda dikkat gerekmektedir. Bu psikiyatrik sorunların tedavi edilmesi hem hastanın hem de bakımından sorumlu kişilerin yaşam kalitesine olumlu etkiler yapacaktır (16). Demans hastalığında bilişsel işlev bozukluğu nedeniyle hastaların iç görüleri ve kendini değerlendirme kapasiteleri kaybolur ve hastalar son deneyimlerini, duygularını unutabilir. Ayrıca demanslı hastalar bu hafıza kaybı durumunu fark edemediklerinden ötürü güvenilir bilgi kaynağı olarak görülememektedir (17). Bu

nedenlerden dolayı demans hastalarının bakım vericileri hasta ile ilgili güvenilir ve tam bilgiye ulaşmada esas kaynak olarak görülmektedirler.

Demans hastasında destekleyici bakımın amacı; hastanın yaşam kalitesini sürdürmek ve morbiditeyi önlemektir (5). Demans tedavi ve bakımında bütüncül yaklaşım sergilenmelidir (18). Hemşireler demans tanısı almış hastaya toplumda, hastanede ve uzun dönem bakım kurumlarında bakım verebilmektedir. Hemşireler ayrıca demanslı hastaların aileleri ve ekiple çalışmakta, en iyi bakımın sağlanması için eğitim, bilgi ve destek vermektedir (19). Temel sorumluluğu bakım vermek olan hemşirelerin görev tanımı içerisinde; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hastaya ve bakım vericiye yönelik hemşirelik girişimlerini planlama, hastaların sözlü ve sözsüz ifadelerini anlamaları, gereksinimlerini tanımlamaları, doğru araçları seçmeleri, uygun bakım verme, verdiği bakımı değerlendirme ve bu bakım doğrultusunda gerekli eğitimleri ve danışmanlık hizmeti verme bakım verenlere tanı, tedavi, bakım ve hastalığın tüm evrelerinde destek olmaları görev tanımı içerisinde yer almaktadır. Hemşire, bireyi, ailesi ve çevresi ile bir bütün olarak değerlendirmeli, yapmayı planladığı tüm aktiviteleri bu çerçeve doğrultusunda yapmalıdır. Bu nedenle hemşirelerin konu hakkında güncel ve pratik bilgilere sahip olması ve bu bilgilerle bakımı yönlendirmesi önemlidir (19, 20).

Hastaların %70'i evde, %75'i de aile bireylerince bakılmaktadır. Bakım verenler, sıklıkla üstlenmek zorunda kaldıkları bu role hazır değildirler. Hastaların bakımıyla uğraşan aile üyelerinin yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal ve mali sorunlar 'hasta yakını yükü' olarak tanımlanır. Hasta yakınının fiziksel sağlığı akranlarından daha kötüdür, depresyona yakalanma oranı daha yüksektir, kendine daha az zaman ayırabilir, toplumsal yalıtım ve rol değişikliği güçlükleri yaşam kalitesini düşürmektedir. Herhangi bir süreğen hastalıkta olduğu gibi, uzun bir ilişkinin sürdürülmesi, hasta ve aile yakınları ile empati kurulmasına bağlıdır. Demans hastalarında hasta yakınlarının bilişsel olmayan belirtilerle başa çıkabilmeleri için bir dizi yapılandırılmış yaklaşım izlenebilir. Birlik oluşturma, belirtilerin hasta ailesine açıklanması, kişisel güvenlik, ev içi güvenlik, çevrenin düzenlenmesi gibi hasta güvenliği için gerekli düzenlemelerin yapılması, bedensel ve tıbbi bakımın sağlanması, bakım verenlere destek sağlanması gibi güncel stratejik yaklaşımlar izlenebilir (21).

Demanslı hastalarda yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde günlük yaşam aktivitelerinde oluşan bağımlılığın nöropsikiyatrik belirtiler üzerinde etkisi olduğu incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır (22, 23, 24, 25). Bu sonuçlar doğrultusunda nöropsikiyatrik belirtiler ve günlük yaşam aktivitelerinin önemi ortaya konulmuştur. Oysaki demans hastalarında meydana gelen nöropsikiyatrik belirtilerin varlığı hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve bağımlılık düzeyleri üzerinde de etkili olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada ise demans hastalarında görülen nöropsikiyatrik belirtilerin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini ortaya koymak için planlanmıştır. Dünyada ve ülkemizde bu konuda sınırlı sayıda çalışmaya (26) rastlanılmış olup çalışmanın yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Bu çalışma ile hastaların nöropsikiyatrik belirtilerinin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkileri belirlenmesi ile bu hastaların tedavi ve bakımı için saptanan faktörlerin bakım planına dahil edilmesi sağlanacaktır. Bu sayede nöropsikiyatrik belirtilerin günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin belirlenmesi ile hemşirelik bakımının planlanması sağlanacak ve alan yazınına katkı sağlayacağı varsayılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Demans hastalarında bilişsel işlev bozukluğuyla ilişkili olarak günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi bozulmakta, işlevsel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ya da engellenmekte, bağımsız işlevleri giderek hastaları yarı bağımlı ya da tam bağımlı duruma getirmektedir (14, 27). Aynı zamanda davranış bozuklukları ve psikiyatrik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bütün bunlar bir yandan demans hasta yakınları ve bakım vericilerine yük oluştururken, bir yandan da bakım vericilerde tükenmişlik sendromuna neden olmaktadır. Demans hastasına maksimum bağımsızlığını kazandırmak, yaşam kalitesini artırmak ve hasta yakınlarına/bakım verenlere oluşturduğu yükü azaltmak bakım sürecinin her aşamasında hastayla iletişim halinde olan hemşireler için son derece önemli hale gelmektedir. Bu araştırmada, demans hasta yakınlarına/bakım vericilerine göre hastalarda görülen nöropsikiyatrik belirtilerin temel günlük yaşam

aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Demans hastalığına sahip bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile nöropsikiyatrik belirtileri ve günlük yaşam aktiviteleri/enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında bir ilişki var mıdır?
- Demans hastalığına sahip bireylerin nöropsikiyatrik belirtileri ve günlük yaşam aktiviteleri arasında bir ilişki var mıdır?
- Demans hastalığına sahip bireylerin nöropsikiyatrik belirtileri ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demans

2.1.1. Demans Tanımı

Demans sözcüğü Latince'de ''de mens'' ve ''zihin'' kelimelerinden türetilmiş olup, bu sözcükten İncil'de, eski Mısır, Yunan ve Roma yazılarında bahsedilmiş olması insanlık alemini ilk zamanlardan beri etkilediğini göstermektedir. 'Çılgınlık', 'mantıksızlık', 'umutsuzluk' anlamlarında kullanılmış olmasına rağmen, demans sözcüğü anlamını tam olarak karşılayamamaktadır (5).

Yaşlı kişilerde en sık görülen ve önem arz eden sağlık sorunlarından olan demansın yaşın ilerledikçe görülme sıklığı da artmaktadır (17, 21). 65 yaşın üzerindekilerin yaklaşık %5'inde, 80 yaşın üzerindekilerin de yaklaşık % 20'sinde görülebilmektedir. Kesin tedavisi olmayan, ancak belirtileri azaltacak semptomatik tedavisi olan bir sendrom olan hastalıkta bellek bozukluğu önde gelen belirti olarak görülmektedir. Yanı sıra dil becerileri, algılama, dikkat, gerçeği değerlendirme, zeka, yargılama, oryantasyon, entelektüel işlevsellik gibi kazanılmış bilişsel işlevlerde ve becerilerde ilerleyici çöküntü ve bunlara paralel olarak sosyal ve mesleki yaşantıda bozulmalarla devam eden bir sendrom olması bakım sürecinde önemle değerlendirilmesini gerektirmektedir (3, 7).

Demans, kronik ve genellikle ilerleyici olarak bellek ve entelektüel kapasitenin azalması, sosyal ve çalışma alanında bozukluklar, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ile belirgin bir biçimde bir tablodur (3, 10, 11, 12). Bilişsel değişiklikler (bellek, sözcük bulma güçlükleri, idari fonksiyonlar, özellikle günlük yaşamı etkileyen enstrümental aktivitelerdeki problemler), davranışsal değişiklikler (özellikle sosyal izolasyon, duyumsamazlık, disinhibisyon veya agresiflik) ve fonksiyonel otonomi araştırılması gereken alanlardır (8, 9). Chertkow çalışmasında demans hastalarında faturaları ödemede ve finansal işlerin düzenlenmesinde, yemeklerin planlamasında, alışverişin düzenlenmesinde, araba kullanma, standart görevleri yapma yeteneği, hobiler ve daha önce başarılmış diğer fonksiyonlarda görülen zorluklar gibi yürütücü görevleri idare edememeye dikkat edilmesi gerektiğini belirtmiştir (8, 28). Hastalıkta gelişen bilişsel işlev bozukluğuyla ilişkili

olarak günlük yaşam işlevleri ve yaşam kalitesi bozulmaktadır. Çünkü işlevsel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam etkinlikleri sınırlanmakta ya da engellenmekte, bağımsız işlevleri giderek hastaları yarı bağımlı ya da tam bağımlı duruma gelmektedir (16, 29).

Demans hastasında meydana gelen değişikliklere bakıldığında bilişsel (bellek, konuşma, dil, yürütücü işlevler, problem çözme), davranışsal (kişilik, duygu durum, algı ve düşünce değişimleri) ve işlevsel (yaşam aktiviteleri, öz bakım, sosyal ve iş yaşantısında değişimler) olarak üç ana gruba ayrılabilmektedir. Demans tanısı da bu alanların sorgulanması sonucu konulmaktadır. Tanı ile belirlenen belirtilerin zamanla ilerlemesi ile hasta fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına gereksinim duymaya başlamaktadır (17, 21).

2.1.2. Demans Tipleri

2.1.2.1. Alzheimer Demansı (AD)

Alzheimer demansı (AD) öncelikli olarak limbik, paralimbik ve neokortikal alanları etkileyen, ilerleyici nörodejeneratif bir hastalık olmakla birlikte, moleküler düzeyde anormal amiloid prekürsor proteini oluşumu, Tau hiperfosforilasyonu ve apoptotik hücre ölümü meydana geln hastalıktır (30). En sık görülen demans türü olup, hastaların işlevselliğinde de bozulmalara yol açmaktadır (3). Esas belirtisi yakın bellek bozuklukları bireylerin hayatına ilk olarak yeni bilgileri öğrenme güçlüğü olarak etki etmektedir. AD' de ilk bulgu yakın bellek bozukluğu, öğrenme bozukluğu ve bilgilerin depolanmasıyla ilgili bozukluklardır. Bu sorunları takiben semantik yetiler, sözel akıcılık bozulmakta ve adlandırma yetisinde de azalmalar yaşanmaktadır. Dil bozukluğu ilerleyerek afaziye dönüşebilmektedir. Nesne ve kişi adlarının hatırlanamadığı duruma gelen bozukluk, Wernicke afazisine dönüşebilmekte ve giderek mutizm yaşanabilmektedir (30).

Genetik kalıtımın olduğu AD' nin görülme sıklığı cinsiyete göre değişkenlik göstermemekte, genler arasında apolipoprotein E4 (apoE4) geninin AD geliştirme olasılığını artırdığı düşünüldüğü için bu gen AD gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. AD; kolinerjik nöronları etkilemekte, korteksi tutmakta, paryetal-temporal atrofi,

ventrikül büyümesi ve sulkuslarda düzleşmelere neden olmaktadır. Hastaların % 20-40' ında halüsinasyon ve hezeyan psikotik gibi belirtiler görülmekte, odaklanma güçlüğü, sorun çözme becerilerinde azalma gibi entelektüel işlevsellikte bozulma, öfkeli, ajite, saldırgan, apatik kişilik özellikleri gibi şikayetler görülebilmektedir. Aynı zamanda hastaların % 40-50' sinde depresyon ve anksiyete şeklinde duygu durum değişiklikleri yaşanabilmektedir. Demansın belirtilerinin akşamları şiddetlenmesi (güneş batması sendromu) ve uyuşukluk, konfüzyon, ataksi ve kaza sonucu düşmeler olabilmektedir. AD hastalar tanıyı aldıktan sonra ortalama sekiz yıl yaşamaktadırlar (3).

Yaşlanma, ailede Parkinson hastalığı olması, Down sendromu öyküsü, tiroid hastalığı ve kafa travması AD için risk faktörleri arasında yer almaktadır. Hastalarda şiddet davranışı, ağlama krizleri, yakın olayların ve isimlerin unutulmaya başlanması olabilmektedir. AD'de klinik gidiş ve belirti-bulgulara göre 3 evreye ayrılmaktadır:

1) Başlangıç evresi (2-4 yıl); dalgınlık ve unutkanlıkla başlayan bu evrede belirtiler çok yavaş olduğu için hasta ve ailesi hastalığı fark edemezler. Sonlara doğru halüsinasyonlar, kas seyirmeleri, epileptik krizler ve iş kaybına yol açan beceri azlığı görülebilmektedir.

2) İlerleyici evre (2-12 yıl); genellikle tanının konulduğu evredir. İlerlemiş bellek kaybı olur. Olumsuz kişilik değişimleri, paranoid belirtiler, sosyal ilişkilerin bozulması, disinhibisyon, aile ve arkadaşları zor durumda bırakma sonucunda sosyal izolasyon olabilmektedir.

3) Terminal evre (1 yıl ve fazla); aile üyelerini tanımaz, yazılı ve sözlü iletişim kuramaz hale gelir. Dehidratasyon, beslenme bozukluğu, pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle hastalar kaybedilmektedir (27).

AD ile ilgili çalışmalara bakıldığında hastalarda depresyon %25-50, disinhibisyon %20-35, sanrılar %15-50, halüsinasyon %10-25, ajitasyon %50-70, anksiyete %30-50, irritabilite %25, cinsel disinhibisyon %5-10 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Bunlar dışında dolaşıp durma, hiperoralite, yeme bozuklukları, Kluver Bucy semptomları olabilmekte, aynı zamanda bu belirtiler bilişsel düzeyde bozulma ile ilişki göstermektedir. Psikoz belirtileri arasında perseküsyon hezeyanları, yanlış tanıma ve halüsinasyonlar sık görülmektedir. Halüsinasyonlar geç

evrede sık görülmekte, bu belirti başlangıç belirtisi de olabilmekte, yaşla sanrı görülme olasılığı artmaktadır. Hezeyanlarla ajitasyonun birlikte görülme olasılığı artmakta, ajite hastalarda yönetici işlev bozuklukları ve fonksiyonel bozukluklar daha fazla görülmekte ve hastaya sorun yaratmaktadır. Demansın şiddetine göre davranışsal belirtiler değişkenlik gösterebilmektedir. Depresif duygu durum AD'de bellek bozukluğu ile birlikte ilk belirti olabilmektedir. Yüksel'in çalışmasında da AD grubunda, bilişsel işlev düzeyleri normal ve üstü olanlarda anksiyete düzeyi yüksek olarak bulunurken, depresyon sıklığı ise değişiklik göstermemektedir. Vasküler demans hastalarında ise psikiyatrik belirtilerin özellikle orta ve ağır evrelerde belirgin olarak yüksek olduğunu ileri belirtilmektedir (8, 30, 31).

2.1.2.2. Diğer Demans Türleri

2.1.2.2.1. Frontotemporal Demans (Ftd) (Pick Hastalığı)

Frontotemporal demans (FTD), diğer demanslardan hastanın klinik tablosunda kişilik ve davranış değişikliklerin ilk olarak görülmesi ile ayrılmakta, nöropsikolojik bozukluklarda belirgin değişkilikler göstermektedir. FTD' de bellek bozukluğu frontal tip amnezi ile uyumlu olmakta, bellek yetersizliği depolamadan çok dikkat, hatırlama, organizasyon ve düzenleyici faktörlerle ilişkili olmaktadır. Hasta bireyin performansında stabil özellik görülmemekte, spontan konuşmasında azalma yaşanmaktadır. Konuşmaları gramer olarak doğru olamkla birlikte ve parafazik özellik görülmemektedir. Karmaşık cümleler dışında kavrama bozulmamaktadır. Yüksek sesle okuma özelliği korunmakta ancak sözel akıcılık erken dönemde bozulmaktadır. Ancak bilişsel ve davranışsal belirtiler heterojen özellik göstermektedir (30). FTD hastalarında daha çok disinhibisyon, amaçsız ve tekrarlı hareketler sık görülebilmektedir (33).

2.1.2.2.2. Vasküler Demans (VaD)

Beyin korteksinde çok sayıda serebral infarkt olan vasküler demansın nedeni beyin damarlarının tıkanmasıdır. Arteriyosklerotik plaklar ya da tromboemboliler beyin damarlarını tıkayarak infarktlara yol açmakta ve parankimal dokuda lezyonlar oluşmaktadır. Erkeklerde daha fazla görülen VaD için risk faktörleri hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi, kalp hastalığı, diyabet ve sigara içmedir. Bellek, yönelim, dil,

algı bozuklukları ve entelektüel işlevsellikte bozulmalar olması yönünden AD ile benzerlik göstermektedir. Ancak VaD'ta apraksi, afazi, ve agnozi gibi nörolojik belirtiler daha sık görülebilmektedir. Belirtilerin birden ortaya çıkması belirgin özellik olmakla birlikte, her infarkt birden ortaya çıkan bir bozulmaya neden olmaktadır. Hastalık birden başlamakta ve işlevsellikte aşama aşama bozulma yaşanmaktadır. İnfarktlara neden olan faktörlerin (hipertansiyon gibi) ortadan kaldırılmasıyla hastalık tedavi edilmektedir (3).

Hastalarda ilk evrede yakın bellekte kayıplar olmakla birlikte, söylediklerini ve yaptıklarını tekrarlama, olaylara gereğinden fazla tepkiler verme, kolaylıkla ağlama, kızma, duygu durumunda bozukluklar (gülmesi gerekirken ağlama gibi) görülebilmektedir. Hastalığın evresi ilerledikçe seksüel belirtiler artmakta, düşünce ve davranışların kontrolünü kaybettiği için hastalara sosyal ve yasal açıdan sorunlar yaratabilmektedir. Hastalarda özellikle geceleri ara ara konfüzyon meydana gelmekte, zaman ve mekan yönelimi bozulmakta, önceden yaşadığı evde yerleri karıştırabilmekte, baş dönmesi, dengesizlik, düşmeler, disartri, disfazi gibi belirtiler meydana gelebilmektedir (7). Hastalarda görülen belirtilere bakıldığında depresyonun, VaD' ta AD' ye göre belirgin olarak daha yüksek görüldüğü belirtilmekte ve depresyon süresi bu hasta grubunda daha uzun bir dönemi içermektedir (30).

2.1.2.2.3. Parkinson Demansı (PD) ve Lewy Cisimcikli Demans (LCD)

Parkinson demansının beyin sapı patolojisinin karakteristik özelliği olan Lewy cisimciği, yakın geçmişte serebral kortekste yaygın olarak bulunmakta, özgün klinik özellikleri olan demansa neden olmaktadır. LCD, AD' den sonra üçüncü en sık görülen demans türü olmaktadır. Başlangıç yaşı 60-70 yaşlar olmakla birlikte, erkeklerde daha sık görülmektedir. Belirtileri dalgalanma gösteren bilişsel bozukluk, parkinsonizm ve görsel halüsinasyonlardır. Bilişsel dalgalanmaların gün içinde yaşanabilmesi, bazı hastalarda saatler içinde de değişebilmesi hastalığın deliryumdan ayrımını güçleştirmektedir. Bu hastalık türünde dikkat dağınıklığı sık görülmekle, görsel halüsinasyonlar karışık özellikte olmakta, insanların ve hayvanların normalde oldukları boyutlarından küçük oldukları şekilde algılanmakta ancak bu durum hastada strese neden olmayabilmektedir. Demans hastasında erken dönemde görülen

halüsinasyon ve hezeyanlar LCD' yi düşündürmekle birlikte hastalığın erken evresinde ekstrapramidal belirtiler de görülebilmekte, 1 yıl sonraki süreçte parkinsonizm görülmektedir. Rijidite ve yürüme anormallikleri tremordan daha ön planda olmakta, bradikinezi, rijidite, tremor ve öne eğik postür gibi parkinsonizm belirtileri görülmektedir (33, 34). LCD'de ''REM'' uykusu davranış bozukluğu (REM uykusu boyunca hızlı göz hareketleri, kas atonisi olmadan canlı ve korkutucu rüyalar) görülmesi bakım süreci hasta ve bakım vericileri için önem arz etmektedir (35).

Parkinson demansı farklı motor, bilişsel ve davranışsal belirtilerle birlikte ağırlıklı olarak bazal ganglion'u etkileyen ancak sık olarak apati oluşturan nörodejeneratif hareket bozukluktur (36). Düşünmede yavaşlama (bradifreni) ile belirli olmaktadır (3). PD' de apati görülmesi erkek cinsiyet, ileri yaş, depresyon, aşırı motor davranış bozukluğu, yürütücü işlev bozukluğu, demans gelişim riskinin artışıyla ilişkilidir. Dopaminerjik ilaçların kullanılmasıyla apati sıklığı azalırken 5-10 yıl olan Parkinson demansı hastalarında tekrar % 60'a kadar yükselebilmektedir (36).

2.1.2.2.4. Huntington Demansı (HD)

Huntington demansının etiyolojisi kalıtsal olabilmekte, otozomal dominant bir bozukluk olan hastalıkta, hasta bireyin çocuklarının cinsiyetleri arasında görülme olasılığı eşit olmakla birlikte çocukların yarısının da hasta olması beklenmektedir. Huntington proteinini kodlayan gendeki Sitozin-Adenin-Guanin (CAG) trinükleotidi'ndeki miktarında artış sonucu hastalık meydana gelmektedir. Başlangıç yaşı 40-50'li yaşlar olan hastalık ortalama kırklı yaşların ortalarında başlamaktadır. Hastalarda yürümede dengesizlik, düşme eğilimi, genel beceriksizlik, emosyonel bozukluklar ve paranoid düşünceler, kişilik değişimleri, huysuz ve öfkeli ya da yavaş ve ilgisizlik, ihmalkarlıklar yaşanabilmektedir. Depresyon ve anksiyete başlangıçtan itibaren yaşanabilmekte, günlük işleri yürütmede zorluk ve iş yerinde verimsizlik demansta erken dönemde bilişsel yetilerden önce gelişen belirti olarak geçmektedir. Aynı zamanda bu hastalarda apati görülmekte, azalmış dikkat, gecikmiş geri çağırma gibi anlık bellek bozuklukları görülmektedir (27, 33). PD' de apati daha çok emosyonel iken, HD' de bilişsel alanla etkilidir. Bu nedenle her iki hastalık için farklı terapötik yaklaşımların belirlenmesi gerekmektedir (36).

2.1.3. Demans Etiyolojisi

Alzheimer, parkinson, pick, multiinfarkt demans, hidrosefali, kronik ilaç intoksikasyonları, karaciğer yetmezliği, Jacob hastalığı, hipoparatiroidizm ve hiperparatiroidizm, B12 vitamin yetersizliği, pernisiyöz anemi, amyotrofik lateral skleroz gibi hem serebral hem de ekstraserebral pek çok farklı etken demans hastalarının işlevsellik düzeyinde görülen düşüşlerin nedenlerini oluşturabilmektedir (7, 33).

2.1.4. Demans Risk Faktörleri

Demansın risk faktörleri 4 ana grupta toplanabilmektedir:

1) Ailevi ve genetik faktörler (cinsiyet, aile hikâyesinde demans varlığı, yaş, cinsiyet (değiştirilemez risk faktörleri). Yaş en önemli risk faktörü olmaktadır. Yaşla beraber en önemli bir diğer risk faktörü ise kadın cinsiyete sahip olmaktır. Değiştirilemeyen diğer bir faktör olan aile öyküsü ile riskin arttığı gösterilmiş olsa da genetik ya da ortak çevresel etmenlerin bu ilişkideki rolü açık belirtilememektedir.),

2) Klinik ya da hastalıkla ilişkili faktörler (tiroid hastalıkları, Down Sendromu, kafa travması, vasküler risk faktörleridir. Vasküler etmenler arasında hipertansiyon, obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, hiperlipidemi, fazla alkol tüketimi, sigara, beslenme, sistemik inflamasyon, depresyon bulunmaktadır.),

3) Çevresel etmenlere maruz kalma durumu (östrojen replasman tedavisi, non-steroid antienflamatuar kullanımı, alüminyum, tütün, alkol kullanımı),

4) Sosyodemografik özellikler (eğitim, meslek, ekonomik durum, yaş, yaşadığı bölge) dir. Sosyoekonomik düzeyi düşük, düşük eğitimli ve belirli sağlık güvencesinden yoksun yaşlılarda demans sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Eğitimsiz bireylerin eğitimli bireylere göre bilişsel yetersizlik oranlarının yüksek olduğu ve risk faktörleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (7, 37, 38, 39).

2.1.5. Demans Tanı

ICD-10'a göre demans tanı kriterleri şu şekilde belirtilmektedir:

1. Hafızada bozulma: Günlük yaşamda yeni öğrenilen şeylerin hafızaya kayıt edilmesinde sorunların ortaya çıkması ile anlaşılmakta, hasta artık günlük hayatında gerçekleşen olaylarla nesneler ve özellikle yeni tanıştığı bireylerin isimlerini hatırlamada oldukça sıkıntı çekmeye başlamaktadır. Bu da günlük yaşamla başa çıkmada güçlük yaşamasına neden olmaktadır.

2. Bilişsel işlevlerde bozulma: Kazanılmış bilginin beyinde işlenmesi gibi sorunların varlığı organizasyon ya da bir şeylerin planlanmasında gerekli olan düşünce ve değerlendirme sürecinde bozulma olmaktadır.

3. Hafıza ve düşünce bozukluğu herhangi bir şekilde bilinç kaybına neden olan hastalık ya da algılama bozukluğundan kaynaklanmış olmalıdır.

4. Duygulanımı kontrolde bozulmalar/sosyal davranışlarda sorunlar olmaktadır.

5. Tanı kriterlerinden iyice emin olmak için 1. ve 2. maddede yer alan tanı kriterlerinin en az 6 ay var olması beklenmektedir (17, 18).

Klinikte demans hafif, orta ve ileri demans olarak üç evreye ayrılabilmektedir:

Hafif evrede; hastalarda ilerleyici özellikte günlük yaşamı etkileyen unutkanlıklar, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmada güçlük, eşyaların yerini hatırlamakta güçlük ve hatırlatıcı liste yapma gibi belirti ve davranışlar görüürken ev yaşamı sürdürülebilirdir, hesap yapmada, kompleks finansal aktivitelerde, uygun elbise seçiminde zorlanma olabilmektedir.

Orta evrede; bellek bozukluğu ilerlemiş, eski olayları da unutma başlamış olabilmekte, seyrek görülen yüzler unutulmakta, yer oryantasyonu bozulmaya başladığı için tanımadığı çevrede hasta kaybolabilmektedir. Anlama bozuklukları, kelime bulmada güçlük baş göstermekte, davranış bozuklukları ve psikiyatrik belirtiler ortaya çıkmakta ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık azalmaktadır.

İleri evrede; demans hastası tamamen geçmişte yaşamaktadır ve en yakınlarını bile tanımamaya başlar. Tanıdık çevrede kaybolan hasta konuşma içeriğini zaman ve yere uyduramaz ve afazik hale gelmektedir. Amaçsız gezinme, tekrarlayıcı hareket,

ajitasyon görülmektedir. Evrenin sonuna doğru tam bağımlı bir hal almaktadır. Demansta görülen davranışsal ve psikolojik belirtiler içinde delüzyon, halüsinasyon, yanlış tanımlamalar, ajitasyon, amaçsız gezinmeler, huzursuzluk, disinhibisyon, apati, negativitizm, duygusal dalgalanma, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve uygunsuz cinsel davranışlar yer almaktadır. Demanslı hastalara bakım verenlerle yapılan görüşmelerde belirtilerin %50-90 sıklığında ortaya çıktığı belirtilmiştir (17).

2.1.6. Demansta Tedavi

Demansta hastalığın tam olarak iyileşmesini sağlayacak tedavi bulunmamaktadır. Belirtileri azaltacak, hastanın yaşam kalitesini artıracak, başkalarına bağımlılığını azaltacak ilaç grupları kullanılmaktadır. AD'de kolinerjik eksiklik olmasının bilinmesi sonucunda tedavide kolin veya kolin yerine lesitin uygulanmaktadır. Dikkati toplamak, depresyon gibi duygulara yönelik antidepresan tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır. Ancak sedatiflerin demans belirtilerini artırdığı, antidepresanların antikolinerjik etkileri nedeniyle bilişsel bouklukları artırdığı bilinmektedir. Demans tanısı kesinleştikten sonraki süreçte doktor, psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, konuşma terapisti ve geriatristten oluşan ekip hizmeti bulunması gerekmektedir. Hasta ve ailesinin, bakım vericilerin de içinde olduğu bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde hasta ve ailesi değerlendirilmelidir (7).

Demansta psikofarmakolojik ilaçlar bir yandan hastaların duygudurum değişikliklerinde, bazı düşmelerde, şaşkınlık ve hastanın zaman kavramına tekrar uyumunu sağlaması gibi durumlar için sakinleştirici olarak kullanılırken, öte yandan hastaların yaşadıkları depresyon ve demans durumlarının iyileştirilmesinde yeterli olamamaktadırlar. Sertralin, Sitalopram gibi antidepresanlar, antipsikotikler, benzodiazepam türevleri, Donezepil (Aricept), Rivastigmin (Exelon), Memantin, Dement gibi antidemans ilaçları tedavi olarak verilmektedir. Aynı zamanda psikoterapi, konuşma terapisi, bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi, soysal terapi, müzik terapi, ışık ve dans terapisi gibi terapi yöntemleri uygulanabilmektedir (18).

Konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında huzurevinde aktivite programı ile yapılan bir çalışmada 6 aylık uygulama döneminin ardından kontrol grubunda % 51 oranında olan davranışsal sorunlar tedavi grubunda % 29 olarak tespit edilmiş ve

tedavi grubunda psikotrop ilaç kullanımı kontrol grubuna göre yarı düzeyde kaldığı tespit edilmiş olup egzersiz, aktivite grubu ve sosyal etkileşimin kullanıldığı çalışmalarda bilişsel uyaranın artırıldığı ve ajitasyon gibi problemli davranışların azaltıldığı saptanmıştır. Hermann tarafından müzik ve ışık ile yapılan çalışmada da ajitasyon ve uyku bozuklukları üzerinde olumlu yanıtlar alındığı belirtilmiştir (40).

2.2. Demansta Günlük Yaşam Aktiviteleri

2.2.1. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri

Bir kişinin işlevsel durumu, bağımsızlık düzeyi hakkında bir ölçüt olabilmektedir. Demans hastasında GYA'nde bozulma olması demans tanısını koyma için gerekli kriterlerden biridir. Hastalarda görülen bilişsel bozukluklar, yürütücü fonksiyonlarda bozukluk ve bellek bozukluğu; depresyon, apati, ajitasyon, hallusinasyonlar, vb. nöropsikiyatrik belirtiler GYA'de bozulmanın en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. Demans evresi ilerledikçe eklenen motor aktivitelerde birtakım bozukluklar görülmekte, bunlar da GYA'yı etkilemektedir. Öte yandan hastalarda demansa eşlik eden anemi, malnutrisyon, hipotiroidizm, metabolik hastalıklar, görme, işitme gibi duyusal bozukluklar, beden kitle indeksinin azalması ya da artması ve sigara kullanımı gibi komorbid durumlar GYA' nde bozulmaya etki ederek hastaların bağımlılık düzeyini artırır (41, 42).

Günlük yaşam aktiviteleri, temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) olmak üzere 2 ana grupta değerlendirilir. TGYA, giyinme, banyo, tuvalet, beslenme, bir yerden bir yere gitme, kontinans gibi kendine bakım becerilerini içerirken; EGYA ise para idaresi, telefon kullanma, araba kullanma, yemek hazırlama, alışveriş, telefon kullanma, yolculuk etme biçimi, ilaç kullanma yetisi gibi daha karmaşık becerileri içermektedir. TGYA bağımsız bir yaşam için ilk olarak gerekli olan faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (41, 42). Katz' in GYA ölçeği temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için oluşturulan bir ölçektir.

Sönmez ve arkadaşlarının yaşam kalitesine yönelik yaptıkları çalışmada yaşlıların %24,7' sinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu ve % 24'ünde depresyon varlığı bulunmuştur. Cinsiyet, baston kullanımı, bağımlılık puanı ve

kronik hastalık sayısı, bağımlılık ve depresyon puanı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (43).

2.2.2. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

EGYA bireyin bir toplum içinde bağımsız bir şekilde hayatını idame ettirmesini sağlamakta, EGYA' yi yerine getirmek GYA' ya göre daha karmaşık olması nedeniyle, daha yüksek derecede nöropsikolojik yapı ve bağımsızlık gerektirmektedir. EGYA puanları hasta bireyin daha fazla kapasite ile çevresiyle daha fazla iletişime geçmesini hakkında karar vermek için yeterli kapasite ve çevre ile daha fazla etkileşim kurmasını gerektirmektedir. EGYA' daki bozulmalar GYA' daki bozulmadan önce başlamaktadır. Aynı zamanda EGYA' nın bozulması erken dönem demansta önemli olmaktadır (41, 42, 44). Tanaka ve ark.' nın 37 Alzheimer demans ve 40 vasküler demans hastası ile yaptıkları çalışmada her iki grupta da yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyleri ile bilişsel durumları arasında ilişki olduğu bulunmuştur (45).

2.3. Demansta Nöropsikiyatrik Belirtiler

Demans hastalığında yaygın olarak görülen nöropsikiyatrik belirtiler bilişsel süreçlerde bozulma meydana gelmeden olabilmekte, bu durum aynı zamanda hastalığın ilerleyişi hakkında önemli ipucu da verebilmektedir (24). Demans hastasında görülen psikiyatrik ve davranışsal belirtiler hastanın kurum bakımı almasına neden olabilmekte, bu belirtilerin hastalarda görülme sıklığı % 72-92 arasında değişkenlik göstermektedir. Aynı zamanda belirtilerin görülme sıklığı demansın tipine, şiddetine, ağır düzeyde bilişsel azalmaya, psikolojik etkenlere ve çevre özelliklerine göre de değişmektedir (46).

Frontotemporal demans ya da ileri Alzheimer vakalarında belirli popülasyonlar arasında davranışsal patolojinin görülme sıklığı %95'e yükselmektedir. Apati, ajitasyon ve depresyon en sık bildirilen davranışsal belirtilerdir. Demans hastalığının şiddeti sıklıkla bilişsel yönü kullanılarak belirlenmesine rağmen, davranışsal bozukluklar farklı demans tiplerinde morbiditenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Demans hasta yakınları ve bakım verenleri davranışsal anormallikleri bilişsel yetersizliklerden daha fazla ıstırap verici bulmaktadırlar.

Farklı demans tiplerinin farklı nöropsikiyatrik profiller gösterip göstermediğini bilmek, farklılıkların tedavi yaklaşımlarına ve bakım veren stresine etki edebileceğini bilmemiz açısından önemlidir (47).

Demansta nöropsikiyatrik belirtilerin geniş aralığının değerlendirilmesi hastanın subjektif izlemi ve ekibin hastanın davranışlarına dayalı gözlemlerini birlikte değerlendirmeye bağlı olmasına rağmen, psikopatolojiyi ölçen daha güvenilir standardize ölçüm araçlarının çoğu öncelikle hasta yakını/bakım veren ile görüşmeye dayalıdır (13). İlgili çalışmalara bakıldığında; Khoo ve arkadaşlarının 667 hasta ve bakım vereni ile 60 ayda yaptıkları çalışmada demanslı hastaların %96 'sında en az bir nöropsikiyatrik belirti olduğunu, en sık görülen belirtiler olarak da ajitasyon, apati, depresyon, irritabilite olarak bulunmuştur. Nöropsikiyatrik belirtiler demans evresine göre değişiklik gösterebilmekteyken, bakım veren sıkıntı düzeyi de önemli bir düzeydedir. Nöropsikiyatrik belirtilerin erken müdahalesi demans hastalarının yaşam kalitesini geliştirmeyi, bakım verici tükenmişliğini önlemeyi ve hasta-bakım verici ilişkisini beslemeyi amaçlar (15). Şiddetli nöropsikiyatrik belirtiler hastaların ve diğerlerinin güvenliğini ve refahını tehdit edebilmektedir. Örneğin; depresif bir hasta yeterli gıda alımını sürdüremeyebilmekte, apatik biri şartlanabilmekte veya dekübit gelişebilmektedir, ya da fiziksel ajitasyonu olan bir hasta bakımevindeki personele ve kişilere zarar verebilmektedir (27).

2.3.1. Algısal Alan İle İlgili Belirtiler

Halüsinasyon: Bir uyaran olmadığı halde uyaran varmış gibi algılama olmasıdır. Örneğin; ortada konuşan biri olmadığı halde hastanın kulağına komut veren, suçlayan sesler gelebilmektedir (işitsel halüsinasyon). Hasta ortada bulunmayan nesneleri, kişileri görebilir (görsel halüsinasyon). İşitsel, görsel, dokunsal, tat ve koku halüsinasyonları arasında en sık işitsel ve görsel halüsinasyonlar görülmektedir (48, 49). Gerçek algıya benzer bir özellik gösterir. Halüsinasyon, rüya görüldüğü sırada, uykuya dalma sırasında ya da uyanırken ortaya çıkan yanlış algılar ile karıştırılmamalıdır. Uykuya dalma ya da uyanma sırasında kişi, kapı zilinin ya da telefonun çaldığını ya da adının çağrıldığını duyabilir. Bu durumda kişi genellikle birden uyanır ve yaşantısının niteliğini ayırt eder ve gerçek hayatı devam ettirmede zorluk çekebilmektedir (3, 50).

2.3.2. Düşünce Alanı İle İlgili Belirtiler

Hezeyan (Sanrı): Belli bir çağda ve toplumda gerçeğe uymayan, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen inançlardır. Büyüklük (grandiyöz) sanrıları, perseküsyon (kötülük görme) sanrıları, referans (alınma) sanrıları, etkilenme sanrıları, etküleme sanrıları, düşünce sokulması, düşünce okunması, düşünce yayılması, erotomanik sanrılar, nihilistik (küçüklük) sanrılar, somatik sanrılar gibi çeşitli türleri bulunmaktadır (48). Örneğin; yan evde kendisine kötülük yapmak isteyenlerin olduğu biçiminde bir hezeyanı olan kişiye o evin boş olduğuna ilişkin kanıtlar gösterilmesi o kişinin bu düşüncesini değiştirmeye yetmeyecektir. Bunun yerine, sorup soruşturmaya başlamadan önce yan evdekilerin evi boşalttıklarına inanarak kendi düşüncesini korumaktadır (3, 50).

2.3.3. Duygulanım Alanı İle İlgili Belirtiler

Depresyon: Keder, hüzün, üzüntü, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik duygularıdır (3). Alzheimer tipi demansta bilişsel belirtiler dışında en sık görülen nöropsikiyatrik belirti depresyon olduğu, majör depresyon % 20-32, minör depresyon % 25 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Aynı zamanda depresyonun eşlik ettiği demansta bilişsel bozulma daha hızlı, mortalite ve morbidite daha fazla olmaktadır (18). Başka bir çalışmada ise bellek problemi olan 1700 yaşlı bireyde; olası Alzheimer tipi demans hastalarında depresyon oranı % 25-30, karışık tip demansta ise % 40 olarak bulunmuştur (51). Benzer olarak demans hastalarının % 92' sinin GYA, % 83,2' sinin ise EGYA' da bağımsız oldukları bulunmuş, hastaların bilişsel düzeylerinin yüksek olduğu ve depresyon puanlarının da çok düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca GYA, EGYA ve bilişsel durum ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki gözlenirken, GYA, EGYA ve kognitif durum ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki oluğu belirtilmiştir (52). Konuyla ilgili Yacı'nın yaptığı çalışmada da nöropsikiyatrik belirti olarak en fazla depresyon (%76,7), apati/kayıtsızlık (% 57,8) ve ajitasyon/saldırganlık (% 57,8) olduğu görülmüştür (17).

Öfori: Yaşanan olaylarla ve gerçekle uyumlu olmayan, abartılı, ruhsal yönden kendini iyi hissetme duygusudur. Birey nesnel koşullara uymayan bir ölçüde kendini iyi ve neşeli hissetmektedir (3, 50).

Apati: Duygusal, bilişsel ve otomatik aktivite gibi 3 ana bölüme yönelik davranışların niceliğinde belirgin olarak azalma olması olarak tanımlanabilir. Her apati alanı beyinde bazal ganglion, talamus ve kortikal bağlantılar gibi farklı beyin kısımlarının etkilenmesi sonucu görülebilmektedir (36). Çevreden kopukluk ya da endiferansın eşlik ettiği donuk duygusal tonus (duygusuzluk durumu) dür (3, 50, 53).

Anksiyete: Disfori duygusu ve gerginliğin somatik semptomları eşliğinde, gelecekte olabilecek bir talihsizlik ya da tehlikeyle ilgili olarak endişeli beklentiler içinde olmadır (3, 50).

İrritabilite: Bir gereksinim veya sürmekte olan bir faaliyetin engellenmesiyle kişilerin sınırlandırılması veya yapmak istemedikleri bir şeyi yapmaları istendiğinde görülen aşırı sinirlilik halidir.

Mega ve arkadaşlarının çalışmasında AD hastalarının % 88' inde ölçülebilir düzeyde davranışsal değişiklik saptanmış olup, hastalarda apati % 72 en sık görülen belirti iken, sırayla ajitasyon, anksiyete, irritabilite, disinhibisyon ve anormal motor davranış, hezeyan, halüsinasyon olarak tespit edilmiştir. Ajitasyon, disinhibisyon, apati ve anormal motor davranış bilişsel bozulma ile ilişkili bulunmuştur (54).

2.3.4. Davranışsal Alan İle İlgili Belirtiler

Ajitasyon: Motor huzursuzlukla beraber yoğun anksiyete duymaktır (50). Genelde bir amaca yönelik değildir ve yineleyici olmaktadır. Adımlama, yerinde duramama, ellerini oğuşturup durma ve sakin bir biçimde oturamamama gibi davranışlardan oluşmaktadır (3). Kızıl ve arkadaşlarının çalışmasında demans hastalarında sözel ve fiziksel saldırı içermeyen ajitasyon belirtilerinin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Benzer şekilde Choy ve arkadaşlarının çalışmasında toplumda yaşayan demans hastalarında fiziksel ve sözel saldırı içermeyen saldırı davranışlarının daha fazla olduğunu, klinikte yatan hastalarda ise fiziksel saldırı içeren davranışların daha fazla olduğu bildirilmiştir (55).

Disinhibisyon: Kişinin içsel dürtülerini ve duygularını kontrolsüz bir şekilde aşırı serbestlikte sergilemesidir. Herkesin içinde uygun olmayan davranışlar sergilemek, cinsel içerikli davranışlarda bulunmak, özel konuları herkesin içinde

konuşmak gibi hastanın eski karakteri dışında uygunsuz davranışlarda bulunması örnek olarak gösterilebilir.

Anormal Motor Davranış: Huzursuzluk, adımlama, yerinde duramama, yineleyen oturup kalkmaların olması, ellerini oğuşturup durma, dil, boyun veya herhangi bir vücut parçasını istem dışı kasma şeklinde davranışlarda değişikliklerin olmasıdır (3).

Onofrio ve arkadaşlarının AD ve vasküler demans hastalarında fonksiyonel durum ve nöropsikiyatrik belirtileri inceledikleri çalışmalarında; her iki hasta grubunda da GYA' daki bozulma ile NPE' in alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, EGYA' nın bozulması AD hastalarında ajitasyon, anksiyete, anormal motor davranış ile ilişkili bulunurken, AD ve VaD hastalarında ise depresyon, apati, irritabilite, uyku bozuklukları ve iştah/yeme değişiklikleri ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada AD bakım vericilerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi VaD bakım vericilerin sıkıntı düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Belirtiler demans alt tipine göre değişkenlik göstermekte ve aynı zamanda AD hastalarında GYA ve EGYA'da belirgin derecede bozulmaya yol açarak bakım vericilerin sıkıntı düzeyini artırmaktadır (24).

2.3.5. Uyku Alanı İle İlgili Belirtiler

Uyku: Gece uykusunun uzun olması, gün içinde yeterince uyanık kalmakta zorluk çekme ya da istemeden gündüz uyumak zorunda kalma ile belirli aşırı uykululuk halinin olması (hipersomnia), uykuya dalmakta ya da uykuyu kesintisiz olarak sürdürmekte zorluk çekme ya da uyku kalitesinin bozuk olması (insomnia) şeklinde uyku örüntüsünde değişimler görülebilmektedir (3).

2.3.6. İştah Alanı İle İlgili Belirtiler

İştah: Gereğinden fazla veya az beslenme, belirli bir yiyeceğe olan aşırı istek, beden gereksiniminden az veya fazla beslenme, son 6 içinde anormal düzeyde kilo kaybı veya alımının olması, yemek yerken yeme tarzının farklılaşması şeklinde değişiklikler görülebilmektedir.

2.4. Demans Hasta Yakını Olma Ve Bakım Verme

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (56). Bakım veren, hasta bireye fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamaktan, bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumlu kişi olmaktadır. Birinci derece bakım veren kişi bakımı üstlenmek konusunda birinci derece sorumluluk alan kişi olmaktadır. Ülkemizde primer bakım vericiler olarak literatürde aile üyeleri yer almaktadır (39).

Demans hastasına hastalık ve bakım sürecinde verdikleri bakım sonucunda hasta yakınları ve bakım vericileri üstlendikleri rol nedeniyle aşırı yüklenme yaşamakta, bakım süreci bu kişiler için oldukça yıpratıcı olmaktadır. Hasta ile ilgilenen yakınları ve bakım vericileri hastayla ilgilenme nedeniyle kendilerine yeterli zaman ayıramamakta, bunun sonucunda da öfke yaşayabilmektedirler. Hastalık nedeniyle otoritesini kaybeden ebeveynlerin çocukları veya eşleri tarafından bakım verilmesi ile bireylerde rol performanslarında değişiklikler görülebilmektedir (18, 57).

Demans aynı zamanda psikopatolojik değerlendirmeyi güçleştirdiği için hastanın ifadesi, bakıcı görüşleri ile desteklenmelidir. Hasta bir dizi açık uçlu soruyla değerlendirilmelidir. Bilişsel bozukluk olan hastalar, psikopatoloji ve davranış bozuklukları yapılandırılmış ölçeklerle değerlendirilmeli ve hasta ve bakıcının ihtiyaçları ayrılmalıdır (21). Hastalığa eşlik eden psikososyal sorunların ve psikiyatrik bozuklukların erken dönemde ele alınması, açık iletişim ve düzenli iş birliği içinde hastalarla bağlantının sürdürülmesi, hastalığın getirmiş olduğu kısıtlama ve engellerin belirlenmesi, olumsuz duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma ve psikososyal destek psikososyal bakımın hedefleri arasında yer almaktadır. Yanlış yorum ve algılara neden olan bilgi eksikliğini giderme, belirsizlikleri azaltma, umudunu artırma, kendine güven duygusunu geliştirme, hastaya var oluşunu gerçekleştirme yolunda yeni amaçlar ve anlamlar bulmada yardımcı olma hastalığı kabullenme ve hastalıkla baş etmede yararlı olacak müdahaleler arasında bulunmaktadır (18).

Çınar' ın (2012) çalışmasında hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma olmasının nöropsikiyatrik semptomlarla iyi derecede korele olduğu gösterilmiş olup, hastalardaki davranışsal belirtilerin yüksek olması ve yaşam aktiviterlerinde bağımlılığın yüksek olması tanı süresi ve bakım veren stresini ve yükünü artırdığı bulunmuştur (58).

2.5. Demansta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Demans hastasında hemşirelik bakımının amacı; hastanın bilişsel fonksiyonlarını maksimum düzeyde sürdürmesini desteklemek, fiziksel güvenliği sağlamak, ajitasyon ve anksiyete gibi duyguların azaltılmasını sağlamak, iletişimi düzenlemek, yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilmesini sağlamak, sosyalleşme gereksinimini karşılamak, seksüel sorunların çözümüne yardımcı olmak, yeterli ve dengeli beslenmenin sürdürülmesi, aileye ve bakım vericilere eğitimlerin sürdürülmesidir (7, 32, 59).

Demans hastasında görülen nöropsikiyatrik belirtiler nedeniyle hasta yakınları sıkıntılarını paylaşmaktan utanç duyabilmektedir. Bu nedenle benzer bir durumla karşılaşan bir psikiyatri hemşiresinin gerekli önlemleri alabilecek ve uygun müdahaleleri yapabilecek yeterli düzeyde bilgiye sahip olması gerekmektedir (18).

Özellikli olarak davranışsal ve psikiyatrik değişikliklerin eşlik ettiği demans hastasına bakım vermek aynı zamanda bakım veren hemşireler için de güç ve yıpratıcı bir iş olmakta, bu değişikliklere bağlı yaşanan zorluklar hemşirelerin hasta olmasına, sağlık kalitelerinin düşmesine, iş yükünün artmasına, iş gücünün azalmasına, hemşirelerin tükenmişlik düzeyinde artışa ve personel değişikliğine neden olabilmektedir. Nöropsikiyatrik belirtilerden olan ajitasyon davranışları hemşirelerin sıkıntı duymalarına yol açan durumlardan en sık olanıdır. Hemşireler aynı zamanda ajitasyon davranışlarını ön görememekte ve kontrol edememe endişesi duyabilmekte, hastaların tehdit edici sözleri, sözlü taciz, aşırı talepte bulunmaları, hastalık kaynaklı inkar, tartışma ve bağrış içeren ajitasyon davranışları hemşirelerin sıkıntı yüklerinin artmasına neden olmaktadır. İrritabilite ve apati gibi diğer nöropsikiyatrik belirtiler daha az sıkıntı yaratmaktadırlar. Ijssel ve arkadaşları çalışmalarında ajitasyon, apati ve irritabilitenin demans hastalarında en yaygın görülen belirtiler olduğunu, en çok da uyku davranışlarındaki değişikliklerin,

ajitasyon ve hezeyanların hemşirelerde yüksek düzeyde sıkıntı yarattığını saptamışlardır. Aynı zamanda erken başlangıçlı demans hastalarında nöropsikiyatrik belirtilerin görülme sıklığı ve hemşirelerde yarattığı sıkıntı düzeyi geç başlangıçlı demans hastalarından daha fazla olmaktadır. Hastalarda görülen bu belirtilere yönelik yapılan psikososyal müdahaleler daha çok hemşireler tarafından yapıldığı için hemşirelerdeki sıkıntı düzeyi bakımın kalitesini ve hastalarda belirtilerin görülme sıklığını etkileyebilmektedir. Bu nedenle demans hastasına bakım veren hemşirelerin bu değişikliklerin farkında olmaları gerekmektedir (32).

Hastanın ihtiyaçları zaman içinde değişebilmekte, bu nedenle aynı zamanda ailenin ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta yaşamını evde daha fazla sürdüremez hale geldiğinde hasta için en iyi yerleştirme ayarlanmalıdır. Her hastanın ihtiyacı farklı olduğundan bu ihtiyaçlar farklı kaynaklarca karşılanmalıdır. Tedavi seçenekleri ile ilgili kanıtlar farklı olsa da demans hastasında onay terapisi, gerçekliğe yönlendirme terapisi, bilişsel uyarı terapisi ve aromaterapi gibi seçenekler hastalığın tedavisinde bulunmalıdır (33).

Psikiyatri hemşiresinin demans hastasına bakım verenlerin yaşadıkları sorunlara yönelik;

- Bakım vericiyi psikolojik olarak desteklemesi,
- Evde bakım kuruluşları gibi ek olarak yardım almasını sağlanması,
- Bakım vericiyi ara ara kısa tatiller ile desteklenmesi (hastanın bakımını diğer kişiler ile paylaşma veya hastayı günlük bakım kuruluşlarına yönlendirme),
- Bakım vericilerin kendilerine yönelik oluşturulan gruplara katılımlarının sağlanması ile deneyim paylaşımının sağlanması gibi uygulamalar yer almaktadır. Destek programları hasta yakınlarının ve bakım vericilerin yaşadığı psikolojik sıkıntıları azaltmaktadır (18).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma demans hasta yakınlarına ve bakım vericilerine göre hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri ile nöropsikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, ‘’1003-Öncelikli Alanlar Ar-Ge Projeleri Destekleme Programı’’ kapsamında 214S048 numaralı **‘’Demans İçin Yaygın Kullanılabilecek Bir Tarama Testinin Standardizasyonu, Bazı Çevresel Risk Etmenlerinin Tespiti ve Biyolojik Belirteçlerin Araştırılması’’** isimli Tübitak projesi kapsamında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nın poliklinik bölümünde Temmuz 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında, hafta içi günlerde 08.30-16.00 saatleri arasında araştırmacılar tarafından yürütülmüştür.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ankara’nın Altındağ ilçesinde yer almaktadır, 1964 yılında kurulmuştur. Poliklinik ve yatan hasta hizmetleri Hacettepe Hastanesi bünyesinde yürütülmektedir. Poliklinikte ruhsal bozukluklar ile başvuran tüm erişkin hastalara hizmet vermektedir. Bölümde ruhsal şikayetleri olan hastaların tanı değerlendirmesi, tedavi planlamasının yapılması ve yürütülmesi şeklinde hizmet verilmektedir. Depresyon ve diğer duygu durum bozuklukları, obsesif kompülsif bozukluk, panik bozukluk ve diğer bunaltı bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, alkol ve madde bağımlılığı, evlilik ve uyum sorunları, cinsel sorunlar, yeme bozuklukları, yaşlılığa bağlı ortaya çıkan ruhsal sorunların tedavisi yapılmaktadır. Öğretim üyeleri, öğretim görevlileri, uzman ve araştırma görevlileri, poliklinik hemşiresi ve klinik psikologlar ile bu hizmetler desteklenmektedir. Poliklinik erişkin hastanesi B katında hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini **''Demans İçin Yaygın Kullanılabilecek Bir Tarama Testinin Standardizasyonu, Bazı Çevresel Risk Etmenlerinin Tespiti ve Biyolojik Belirteçlerin Araştırılması''** isimli projenin örneklemi oluşturmaktadır. Projenin örneklem genişliği hesaplamalarında demans prevalansı kestirimi yapılması amaçlanarak işlemler yapılmıştır. Yaş gruplarına göre demans prevalansı değiştiğinden yaş gruplarına göre tabakalama yapılmıştır. Tabakalı rastgele örnekleme yönteminde Neyman dağıtımı yaklaşımı kullanılarak örneklem genişliği belirlenmiştir. Cevapsızlık oranı % 40 olarak alındığında; 55-64 yaş grubuna 280, 65-69 yaş grubuna 132, 70-74 yaş grubuna 194, 75-79 yaş grubuna 252 ve 80 üzeri yaş grubuna 797 olmak üzere toplam 1655 kişinin çalışmaya alınması planlanmıştır. Yaş gruplamaları yapılmasının nedeni demans hastalarında bilişsel ve entelektüel değişikliklerin yaş ilerledikçe artması, hastalığın özellikle 65 yaş ve sonrasında başlangıç göstermesi, 75 yaş ve üzeri bireylerde belirtilerin görülme sıklığının ve şiddetinin yüksek olmasıdır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde evreni belli örneklem hesaplama formülü kullanılarak araştırmanın n=105 kişi ile yürütülmesine karar verilmiştir. Bu formül aşağıda yer almaktadır.

x = Z(c/100)2r(100-r),

n = N x/((N-1)E2 + x),

E = Sqrt[(N - n)x/n(N-1)]

- Hata payı (Error Margin)= %5
- Yanılma payı= %5
- Evren Büyüklüğü= 150
- Tahmini oran= %20
- Örneklem= 105

Uygulama kısmında istatistik bölümüyle yapılan değerlendirme sonucunda evreni belli örneklem hesabıyla elde edilen sayının (n=105) çalışma türüne (kesitsel)

uygun ve yeterli olmadığı tespit edilmiş, örneklem hesaplaması için tekrar güç analizi yapılmıştır. Araştırmanın örneklem genişliği hesaplamasında % 80 güç (Tip II hata oranı: 0,20) ve % 20 duyarlılıkla (ortalamalar arasındaki fark), Tip I hata oranı: 0,05 olacak şekilde güç analizi yapılarak minimum hasta sayısının n=113 olarak tamamlanması planlanmıştır. Veri toplama sürecinde Temmuz 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında toplam 456 birey ve kendilerine eşlik eden yakınları ve bakım verenleri ile görüşülmüş, proje kapsamında yapılan muayene ve tetkikler sonucunda demans tanısı konulan 177 hasta birey arasından hasta seçim kriterlerine göre 35 hasta birey araştırmadan elenerek, 142 hasta birey ve yakını/bakım vericisi ile araştırma tamamlanmıştır.

3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya alınacak hasta birey seçim kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- 55 yaş ve üzeri olması,
- İletişim kurmayı engelleyecek işitme vb. duyusal sorunu olmaması.

Hasta yakını/bakım verici seçim kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- 18 yaş ve üzeri olması,
- İletişim kurmayı engelleyecek işitme vb. duyusal sorunu olmaması.
- Hasta bireyin 1. dereceden yakını (anne, baba, kardeş, eş, çocuk gibi) olması, hastayı iyi tanıması veya bakım vereni olması,

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma ile ilgili etik kurul onayı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Bkz. EK 6). Araştırmanın yapılacağı kurumdan da gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK 7). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Hasta birey ve yakınlarına çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır.

Araştırmayı kabul eden bireylere görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup, araştırmacı tarafından geliştirilen gönüllü olur formu onamları alınmıştır (Bkz. EK 5). "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi ve "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında ''Hasta Birey ve Yakınını Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)'', ''Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK 2)'', ''Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi (EK 3)'', ''Nöropsikiyatrik Envanter (EK 4)'' kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma kapsamında ayaktan değerlendirilecek hasta bireylerden oluşan grup ve bu kişilerin yakınları veya bakım veren kişilerin demografik özelliklerinin belirlenmesi için 'Sosyodemografik Veri Formu'' araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (8, 10, 55, 58, 60, 61, 62) hazırlanmış olup toplam 43 sorudan oluşmaktadır. 20 soru hasta bireyin demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, mesleği, evde kimlerle yaşadığı ve ekonomik düzeyi, eşlik eden başka hastalık olup olmadığı gibi), 23 soru hasta bireyin yakını veya bakım veren kişinin demografik özelliklerini ve hasta bireyin hastalık sürecini (yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleği, evde kimlerle yaşadığı ve ekonomik düzeyi, eşlik eden başka hastalık olup olmadığı, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, bakım sürecinde kendisine destek olan birilerinin olup olmadığı, hastaya yakınlık derecesi, aylık geliri, çalışma durumu, hastaya bir günde ortalama kaç saat bakım verdiği gibi) saptamak amacıyla kullanılmıştır. (EK1)

3.6.3. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (TGYA)

Temel günlük yaşam aktiviteleri ölçeği Katz ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım ve beslenme aktiviteleri ile ilgili

bilgileri içeren 6 soru yer almaktadır (52, 63). Toplam puan 0 ile 18 arası değişir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. TGYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. İşlevsellik azaldıkça puan azalır. Güvenilirlik aralığı 0.80 olarak belirlenmiştir (64). Ölçek için gerekli bilgi hastaların eşlerinden, bakım verenlerinden, hastanın kendisinden ve klinik gözlemden gelir. Hastaların bakım verenleri veya klinik görüşmede klinisyen tarafından doldurulabilir (65). Bizim çalışmamızda da Cronbach alfa değeri 0.803 olarak bulunmuştur. (EK 2)

3.6.4. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, temel yaşam aktivitelerinden önce kaybolduğu için enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi fiziksel ve bilişsel azalmayı belirleyebilir (65). EGYA ölçeği Lawton ve Brody tarafından, toplumda bağımsız bir şekilde yaşamak için gerekli olan daha karmaşık günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için 1969'da geliştirilmiştir. Telefon kullanabilme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev temizliği, çamaşır yıkama, toplu taşıma araçları veya taksi ile yolculuk etme, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme, para idaresini sorgulayan toplam 8 sorudan oluşur (22, 65). Bütün yetenekler fiziksel ve bilişsel fonksiyonların yeterliliğine dayanmasına rağmen ölçek tarafından her yetenek farklı bir alana spesifik olabilmektedir. EGYA' nın cevaplanması 10-15 dakika almaktadır. Cromwell ve arkadaşları tarafından yapılan retrospektif bir çalışma daha önce toplumda demans tanısı olmayan yaşlı kişilerin telefon kullanma, ilaç kullanabilme ve para işlerini idare etme gibi üç alandaki bağımlılık ile bilişsel fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi göstermiştir. Sorular hastanın kendisine, bilgi sahibi olan aile üyeleri veya bakım veren tarafından cevaplandırılabilir. Her bir alandaki aktivite ile ilgili bağımlılık tespit edilmesi durumunda eksikliğin neyle ilişkili olduğu ve süresi gibi ek bilgiler sorulabilir. EGYA farklı şekillerde puanlandırılabilmektedir. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. EGYA de 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Güvenilirlik aralığı 0.85 olarak belirlenmiştir (64, 65). Bu ölçekler hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, geçerlilik ve güvenirlikleri

yüksek ölçeklerdir (22, 66). Bizim çalışmamızda da Cronbach alfa değeri 0.844 olarak bulunmuştur. (EK 3)

3.6.5. Nöropsikiyatrik Envanter (NPE)

Nöropsikiyatrik Envanter (NPE), demanslı hastalardaki psikopatolojiyi değerlendirmek için geliştirilmiştir (14, 60). NPE 12 davranışsal alanla ilgili bulunan soruları içermektedir. Bu 12 davranışsal alan; hezeyan, halüsinasyon, ajitasyon, depresyon, anksiyete, öfori, apati, disinhibisyon, irritabilite, anormal motor davranış, gece/uyku davranışları ve iştah/yeme değişmelerini içermektedir. Hasta yakını/bakım veren tarafından cevaplandırılır. Envanter bu 12 nöropsikiyatrik özelliğin sıklığı, şiddeti ve bakım verende yarattığı sıkıntı olmak üzere toplam üç bölümden oluşmaktadır. NPE ölçeğinin uygulanmasında ilk adım olarak daha önce de belirtilen 12 alanın son 4 haftada hastada bulunup bulunmaması değerlendirilir. Semptomun yeni olmasındansa değerlendirildiği dönemde hastada bulunup bulunmadığı sorulur. Bulunmuyorsa diğer alana geçilir, bulunuyorsa eğer o alana ait alt başlıkta yer alan sorularla alan daha da özelleştirilir. Sonrasında bulunan semptomların sıklığı (1 nadiren, 2 bazen, 3 sık, 4 çok sık) ve şiddeti (1 hafif, 2 orta, 3 ağır) için verilen sayısal değerlerin çarpılması ile o alanın skoru oluşturulur. Net olmayan durumlar için tekrar hasta yakınına sorulur. Tüm ölçekten en fazla alınan puan 144 olabilmektedir ve 0-20 puan=hafif düzeyde davranış bozukluğu, 20-50 puan=orta düzeyde davranış bozukluğu, 50 puan ve üzeri ise ağır düzeyde davranış bozukluğu olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen puanın artması hastanın davranışsal bozukluğunun arttığı anlamına gelmektedir (47, 66, 67, 68, 69). Her alan için o semptomun hasta yakını için doğurduğu sıkıntı beş puan üzerinden (0 hiç, 1 çok az, 2 az, 3 orta, 4 ağır, 5 çok ağır) ayrıca hesaplanmaktadır (14, 60, 70). NPE envanterini geliştiren Cummings ve arkadaşları (1994) tarafından Cronbach alfa değeri 0.88, envanterde yer alan sıklık ve şiddetinin Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla 0.88 ve 0.87 olarak belirtilmiştir (39, 47). Akça Kalem ve arkadaşları (2005) tarafından NPE' nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmada envanterin Cronbach alpha değeri 0.79 bulunmuştur. Sıklık ve şiddet içinde belirtilen özel maddeler için ise Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0.76 ve 0.79 arasında değişmektedir (14, 39). Bizim çalışmamızda da Cronbach alfa değeri 0.77 olarak bulunmuştur. (EK 4)

3.7. Araştırmanın Uygulaması

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kiniğinde ayaktan değerlendirilen örneklem hacminin % 10 unu oluşturan 55 yaş ve üzeri 10 demans hastası ve hastaların yakınları/bakım verenleri ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama da hasta bireye ‘’Sosyodemografik Veri Formu (EK 1)’’, yakınlarına ise hastayla ilgili ‘’Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK 2)’’, ‘’Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi (EK 3)’’, ‘’Nöropsikiyatrik Envanter (EK 4)’’ uygulanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre ölçek formlarında anlaşılmakta güçlük çekilen bazı sorulardaki anlatım bozuklukları giderilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmaya katılan bireylerden, ‘’Sosyodemografik Veri Formu (EK 1)’’, yakınlarından ise hastayla ilgili ‘’Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK 2)’’, ‘’Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi (EK 3)’’, ‘’Nöropsikiyatrik Envanter (EK 4)’’ kullanılarak veriler yüz yüze ve soru cevap şeklinde toplanmıştır. Veri toplama sırasında mahremiyeti sağlamak için hasta birey ve yakını ile yapılan görüşmeler kliniğin görüşme odasında sürdürülmüştür. Bir görüşme yaklaşık 30-45 dk. sürmüştür.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 22.0 ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için sayı (n), yüzde (%), ortalama ve standart sapma (mean±SD) kullanılarak verilmiştir. Hasta bireylerin GYA, EGYA ve NPE puanlarının ortalama

puanları, standart sapmaları, t ve p değerleri tanımlayıcı istatistik tabloları olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenlerin sıklıkları yüzde (%) olarak belirtilmiştir. İki grup arasında normal dağılan sayısal değişkenlerin ortalaması Independent Samples t Test ile karşılaştırma yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı çıkanlar Tamhane ikili karşılaştırma testi yapılarak yorumlanmıştır. İkiden fazla grupta yapılan karşılaştırmalarda normal dağılan sayısal değişkenler için ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı çıkanlar kendi aralarında ikili olarak ANOVA ile değerlendirilmiş, sonuçlar Bonferoni düzeltmesi yapılarak yorumlanmıştır. Normal dağılan sayısal değişkenler için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Demanslı bireylerin NPE ortalama skorları, her bir alanın davranışsal değişiminin bir göstergesi olarak karşılaştırılmıştır. Hasta bireyler arasındaki farklar tek yönlü varyans analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

Hasta ve bakım vericilerine ait;

- Nöropsikiyatrik Envanter puanı
- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Çocuk sahibi olma durumu
- Meslek
- Gelir durumu
- Evde kimlerle yaşadığı
- Çocuk sayısı
- Hastalık süresi
- Eşlik eden herhangi bir fiziksel hastalığın olup olmadığı

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

Hastalara ait;

- Günlük yaşam aktivite puan ortalamaları
- Enstrümental günlük yaşam aktivite puan ortalamaları.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin Türk toplumu yapısına uygun olarak kadın ve erken formu şeklinde ayrılmamış olması ölçeğin genellenebilirliği açısından önem arz etmektedir. Nöropsikiyatrik Envanter'e göre nöropsikiyatrik semptomun hasta yakını ve bakım verende yarattığı sıkıntı (caregiver distress) puan ortalamalarının kesme noktasının olmaması değerlendirme açısından zorluk yaratmaktadır. Farklı demans türündeki hastaların sayısının çeşitlilik göstermesi ve bundan kaynaklı örneklem azlığı çalışma açısından kısıtlılık olarak alınabilmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu hasta ve hasta yakını grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde demans hastalarının (Tablo 4.1), hasta yakını ve bakım vericilerin (Tablo 4.2) tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Demans hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=142).

Tanımlayıcı Özellik	**N**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	81	57.0
Erkek	61	43.0
Yaş		
55-64 yaş	26	18.3
65-74 yaş	41	28.9
75 yaş ve üzeri	75	52.8
Medeni Durum		
Evli	93	65.5
Bekar/Boşanmış/Dul	49	34.5
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil (0-4 yıl)	41	28.9
İlkokul mezunu (5-7 yıl)	40	28.2
Ortaokul mezunu (8-10 yıl)	10	7.0
Lise mezunu (11- 14 yıl)	23	16.2
Üniversite mezunu ve üstü (15 yıl ve üstü)	28	19.7
İş-Meslek Durumu		
Ev Hanımı	60	42,3
Emekli	75	52.8
Diğer (memur/işçi/serbest meslek)	7	4.9
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	136	95.8
Hayır	6	4.2

Tablo 4.1 (Devam). Demans hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=142).

Tanımlayıcı Özellik	**N**	**%**
Tanı		
Alzheimer Demansı (AD)	102	71.8
Diğer Demans Türleri	40	28.2
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	14	9.9
Eş veya partner	70	49.3
Çocukları	36	25.4
Eşi ve çocukları	22	15.5
Eşlik Eden Başka Hastalık Durumu		
Evet	122	85.9
Hayır	20	14.1

Tablo 4.1' de görüldüğü üzere demans hastalarının % 57.0'si kadın, % 52.8'i 75 yaş ve üzeri yaş aralığında, % 28.9'u okuryazar değil, % 28.2'si ilkokul mezunu, % 65.5'i evli, % 52.8'i emekli, % 95.8'i çocuk sahibi olan, % 71.8'i Alzheimer demansı hastalığı olan, % 49.3'ü eşi/partneri veya bakım verici ile yaşayan, % 85.9'u demansa eşlik eden başka bir hastalığı olan bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4.2. Demans hasta yakınlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=142).

Tanımlayıcı Özellik	**N**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	99	69.7
Erkek	43	30.3
Yaş		
18-31 yaş	10	7.0
32-45 yaş	26	18.3
46-59 yaş	59	41.5
60 yaş ve üstü	47	33.1
Medeni Durum		
Evli	107	75.4
Bekar/Boşanmış/Dul	35	24.6
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil (0-4 yıl)	10	7.0
İlkokul mezunu (5-7 yıl)	21	14.8
Ortaokul mezunu (8-10 yıl)	12	8.5
Lise mezunu (11- 14 yıl)	44	32.4
Üniversite (4 yıllık) mezunu ve üstü (15 yıl ve üstü)	53	37.3
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eşi	55	38.7
Çocuğu	75	52.8
Diğer (Diğer akraba, bakım verici)	12	8.5
Hasta ile Beraber Yaşama Durumu		
Evet	94	66.2
Hayır	48	33.8
Hasta ile Yüz Yüze Görüşme Sıklığı		
Her gün	107	75.4
Diğer	35	24.6

Tablo 4.2 (Devam). Demans hasta yakınlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=142).

Tanımlayıcı Özellik	n	%
Hasta ile Telefonla Görüşme Sıklığı		
Her gün	61	43.0
En azından haftada üç kez	5	3.5
Haftada en az bir kez	5	3.5
Diğer	71	50.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	103	72.5
Hayır	39	27.5
Bakmakla Yükümlü Olduğu Çocuk Durumu		
Evet	40	28.2
Hayır	102	71.8
İş-Meslek Durumu		
Ev Hanımı	43	30.3
Emekli	47	33.1
Memur	36	25.4
Diğer	16	11.3
Şu Anda Çalışma Durumu		
Evet	45	31.7
Hayır	97	68.3
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	19	13.4
Gelir Gidere Eşit	80	56.3
Gelir Giderden Fazla	43	30.3
Hastalık Durumu		
Evet	53	41.4
Hayır	75	58.6

Tablo 4.2’ de görüldüğü üzere demans hasta yakınlarının % 69.7’si kadın, % 41.5’i 46-59 yaş aralığında, % 75.4’ü evli, % 37.3’ü 15 yıl ve üzeri eğitime sahip olan bireylerden oluşmaktadır. Aynı zamanda hasta yakınlarının % 52.8’ i hastanın çocuğu (oğlu/kızı) olan, % 66.2’si hasta ile birlikte yaşayan, % 75.4’ü hasta ile ayrı yaşadığı için hasta ile her gün ve % 31.4’ ü haftada en az bir kez yüz yüze görüşen, % 50’si ayda birden az telefonla görüşen ve hiç telefonla görüşmeyen, % 43’ü her gün telefon ile görüşen, % 72.5’i çocuk sahibi olan, % 71.8’i bakmakla yükümlü olduğu çocuk sahibi olmayan, % 33.1’i emekli olan, % 68.3’ü şu anda herhangi bir işte çalışmayan, % 56.3’ü geliri gidere eşit olan, % 56.3’ü herhangi bir hastalığı olmayan bireylerden oluşmaktadır.

Bu bölümde demans hasta yakınlarının aynı zamanda aktif bakım verici olmalarıyla ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.3. Demans hastalarının bakım vericilerinin aktif bakım verme durumlarına yönelik tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=72).

Tanımlayıcı Özellik	**N**	**%**
Hastaya Bakım Verilen Süre (yıl)		
1 yıldan az	33	45.8
1-5 yıl	28	38.9
6 yıl ve üzeri	11	15.3
Bakım Vermeye Başlamadan Önce Çalışma Durumu		
Evet	23	31.9
Hayır	49	68.1
Hastanın Bakımının Paylaşıldığı Başka Birinin Varlığı		
Evet	24	33.3
Hayır	48	66.7
Daha Önce Başka Hastaya Bakım Verme Durumu		
Evet	26	36.1
Hayır	46	63.9
Daha Önce Demanslı Bir Hastaya Bakım Verme Durumu		
Evet	2	2.8
Hayır	70	97.2

Tablo 4.3' de görüldüğü üzere demans hastasının bakım vericilerinin % 45.8'i 1 yıldan az süreyle bakım vermekte, % 68.1'i bakım vermeye başlamadan önce herhangi bir işte çalışmayan, % 66.7'si hastanın bakımını paylaştıkları başka biri olmayan, % 63.9' u daha önce başka bir hastaya bakım vermeyen, % 97.2' si daha önce demanslı başka bir hastaya bakım vermeyen bireylerden oluşmaktadır.

Bu bölümde araştırmaya katılan demans hastalarının bakım verilme durumlarına göre GYA, EGYA ve NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4. Demans hastalarının sürekli bakım verilme durumuna göre hastaların GYA, EGYA ve NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Sürekli Bakım Verilme Durumu**		**Test Sonucu**	
	Evet (n=72)	**Hayır (n=70)**		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
Toplam GYA Puanı	15.55±3.26	17.71±1.15	5.219	**.000**
Toplam EGYA Puanı	14.23±4.19	19.12±3.65	7.399	**.000**
Toplam NPE Puanı	15.93±18.76	17.63±18.83	.538	.591
Toplam NPE Sıkıntı Puanı	7.71±9.95	8.67±9.10	.601	.549

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans hastalarının toplam GYA ve toplam EGYA ölçek puan ortalamalarının bakım verme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verilmeyen hastaların toplam GYA puanları (17.71±1.15), toplam EGYA puanları (19.12±3.65); bakım verilen hastaların toplam GYA puanlarından (15.55±3.26) ve toplam EGYA puanlarından (14.23±4.19) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Toplam NPE ve toplam NPE sıkıntı puan ortalamalarının bakım verilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Bu bölümde demans hastalarının cinsiyetlerine göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.5. Demans hastalarının cinsiyetlerine göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Cinsiyet**		**Test Sonucu**	
	Kadın (n=81)	**Erkek** (n=61)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
GYA Toplam	16.39±3.05	16.91±2.07	-1.213	.227
Banyo	2.59±0.80	2.80±0.57	-1.825	.070
Giyinme	2.69±0.71	2.73±0.65	-.395	.693
Tuvalet yapma	2.82±0.56	2.86±0.49	-.457	.648
Bir yerden bir yere gitme	2.81±0.57	2.81±0.50	-.053	.958
Kontinans	2.60±0.80	2.63±0.77	-.257	.798
Beslenme	2.82±0.54	3.00±0.00	-2.865	**.005**
EGYA Toplam	16.67±4.80	16.60±4.42	.092	.927
Telefon kullanma yetisi	2.14±0.77	2.22±0.80	-.609	.544
Alış veriş	2.17±0.83	2.14±0.85	.177	.860
Yemek hazırlama	1.98±0.91	16.39±3.05	-.392	.695
Ev işleri	1.86±0.86	1.88±0.89	-.142	.888
Çamaşır yıkama	1.80±0.95	1.86±0.95	-.410	.683
Yolculuk etme biçimi	2.33±0.65	2.27±0.63	.500	.618
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.28±0.80	2.13±0.78	1.128	.261
Para ile ilgili işleri idare edebilme	2.08±0.86	2.01±0.80	.490	.625

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans hastalarının cinsiyete göre beslenme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Erkek hastaların beslenme aktivitelerini bağımsız yapabilme puan ortalamaları (3.00 ± 0.00); kadınların puan ortalamalarından (2.82 ± 0.54) daha yüksektir.

Demans hastalarının toplam GYA ve alt boyutları olan banyo, giyinme, tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, kontinans puan ortalamalarının ve toplam EGYA ve EGYA alt boyutları olan telefon kullanma yetisi, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, yolculuk etme biçimleri, kendi ilaçları için sorumluluk alabilme ve para ile ilgili işleri idare edebilme puan ortalamalarının hastanın cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.5).

Bu bölümde demans hastalarının yaşına göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.6. Demans hastalarının yaşına göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Hastanın Yaşı**			**Test Sonucu**	
	55-64 (n=26)	**65-74** (n=41)	**75 ve üstü** (n=75)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
GYA Toplam	17.03±1.98	16.26±3.08	16.66±2.66	.676	.510
Banyo	2.80±.56	2.51±.84	2.73±.68	1.754	.177
Giyinme	2.84±.54	2.65±.76	2.69±.69	.638	.530
Tuvalet yapma	2.92±.39	2.80±.60	2.84±.54	.390	.678
Bir yerden bir yere gitme	2.80±.49	2.85±.52	2.80±.56	.133	.875
Kontinans	2.46±.90	2.56±.83	2.70±.71	1.097	.337
Beslenme	3.00±.00	2.87±.45	2.88±.46	.885	.415
EGYA Toplam	17.53±4.04	15.68±4.82	16.86±4.67	1.465	.235
Telefon kullanma yetisi	2.26±.66	2.14±.82	2.17±.81	.204	.816
Alış veriş	2.30±.83	1.95±.83	2.22±.83	1.934	.149
Yemek hazırlama	2.19±.84	2.02±.96	1.94±.92	.685	.506
Ev işleri	1.96±.82	1.82±.86	1.86±.90	.185	.832
Çamaşır yıkama	2.03±.99	1.63±.88	1.86±.96	1.557	.214
Yolculuk etme biçimi	2.42±.57	2.07±.68	2.40±.61	4.084	**.019**
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.34±.68	2.17±.80	2.20±.83	.421	.657
Para ile ilgili işleri idare edebilme	2.00±.84	1.85±.82	2.18±.83	2.190	.116

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.6' da görüldüğü üzere demans hastalarının EGYA ölçeği alt boyutu olan yolculuk etme biçimi puan ortalamalarının hastanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Bonferroni ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; 75 yaş ve üzeri yaş grubunun EGYA ölçeği alt boyutu olan yolculuk etme biçimi puan ortalamaları (2.40±.61); 65-74 yaş grubu yolculuk etme biçimi puan ortalamalarından (2.07±.68) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Demans hastalarının toplam GYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları olan banyo, giyinme, tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, kontinans, beslenme puan ortalamalarının hastanın yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların toplam EGYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları olan telefon kullanma yetisi, alış veriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, kendi ilaçları için sorumluluk alma ve para ile ilgili işleri idare edebilme puan ortalamalarının da hastanın yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

Bu bölümde demans hastalarının medeni durumuna göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.7. Demans hastalarının medeni durum değişkenine göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Hastanın Medeni Durumu**		**Test Sonucu**	
	Evli (n=93)	**Bekar/Dul/ Boşanmış** (n=49)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
GYA Toplam	16.41±3.03	17.00±1.80	1.508	.222
Banyo	2.62±.76	2.79±.61	1.857	.175
Giyinme	2.67±.72	2.77±.62	.647	.423
Tuvalet yapma	2.80±.59	2.91±.39	1.400	.239
Bir yerden bir yere gitme	2.76±.59	2.91±.39	2.665	.105
Kontinans	2.63±.77	2.59±.81	.093	.761
Beslenme	2.84±.50	3.00±.00	4.261	**.041**
EGYA Toplam	16.58±4.55	16.77±4.80	.056	.813
Telefon kullanma yetisi	2.20±.78	2.14±.79	.195	.660
Alış veriş	2.20±.84	2.08±.83	.684	.410
Yemek hazırlama	1.98±.90	2.06±.96	.194	.660
Ev işleri	1.78±.85	2.04±.88	2.785	.097
Çamaşır yıkama	1.79±.95	1.89±.96	.368	.545
Yolculuk etme biçimi	2.32±.66	2.28±.61	.105	.747
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.19±.79	2.26±.81	.257	.613
Para ile ilgili işleri idare edebilme	2.08±.84	2.00±.84	.335	.564

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Çalışmada demans hastalarının GYA ölçeği alt boyutu olan beslenme durumu puan ortalamalarının hastaların medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; dul

grubunun GYA ölçeği alt boyutu olan beslenme durumu puan ortalamaları (3.00±.00); evli grubu beslenme durumu puan ortalamalarından (2.84±.50) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.7).

Demans hastalarının toplam GYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları olan banyo, giyinme, tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, kontinans puan ortalamalarının hastanın medeni durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların toplam EGYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları olan telefon kullanma yetisi, alış veriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, yolculuk etme biçimi, kendi ilaçları için sorumluluk alma ve para ile ilgili işleri idare edebilme puan ortalamalarının da hastanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Bu bölümde demans hastalarının eğitim düzeyine göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.8. Demans hastalarının eğitim düzeyine göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Okur yazar değil** (n=41)	**İlk okul mezunu** (n=40)	**Orta okul mezunu** (n=10)	**Lise mezunu** (n=23)	**Üniversite mezunu ve üstü** (n=28)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	F*	p
GYA Toplam	16.04±3.72	17.20±1.66	17.80±.63	16.43±2.17	16.35±2.73	1.532	.196
Banyo	2.56±.83	2.82±.54	3.00±.00	2.56±.78	2.64±.78	1.364	.250
Giyinme	2.58±.80	2.80±.60	3.00±.00	2.69±.70	2.67±.72	.962	.431
Tuvalet yapma	2.75±.66	2.95±.31	3.00±.00	2.91±.41	2.71±.71	1.396	.238
Bir yerden bir yere gitme	2.78±.61	2.87±.46	3.00±.00	2.60±.72	2.89±.41	1.457	.219
Kontinans	2.60±.80	2.80±.60	2.80±.63	2.47±.89	2.42±.92	1.264	.287
Beslenme	2.75±.62	2.95±.31	3.00±.00	2.91±.41	3.00±.00	1.960	.104
EGYA Toplam	16.68±4.67	17.05±4.86	18.30±5.27	15.78±3.95	16.14±4.60	.672	.612
Telefon kullanma yetisi	2.17±.80	2.22±.80	2.40±.84	2.13±.75	2.10±.78	.306	.874
Alış veriş	2.17±.83	2.17±.81	2.50±.84	1.95±.87	2.17±.86	.751	.559
Yemek hazırlama	2.02±.93	2.07±.94	2.00±.94	1.95±.87	1.96±.96	.086	.987
Ev işleri	1.85±.85	1.97±.91	2.10±.99	1.65±.77	1.85±.89	.673	.612
Çamaşır yıkama	1.78±.93	1.87±.99	1.90±.99	1.65±.93	1.96±.96	.396	.811
Yolculuk etme biçimi	2.26±.70	2.37±.54	2.80±.42	2.30±.55	2.10±.73	2.381	.055
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.29±.84	2.27±.71	2.40±.96	2.21±.79	1.96±.79	.973	.425
Para ile ilgili işleri idare edebilme	2.12±.84	2.07±.82	2.20±.91	1.91±.90	2.00±.81	.333	.856

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi demans hastalarının toplam GYA puan ortalamalarının ve ölçek alt boyutları puan ortalamalarının, toplam EGYA puan ortalamalarının ve ölçek alt boyutları puan ortalamalarının hastanın eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Bu bölümde demans hastalarının iş-meslek gruplarına göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.9. Demans hastalarının iş-meslek gruplarına göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Ev hanımı** (n=60)	**Emekli** (n=75)	**Diğer** (n=7)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
GYA Toplam	16.53±2.52	16.69±2.81	16.57±2.99	.060	.942
Banyo	2.63±.78	2.72±.66	2.71±.75	.247	.782
Giyinme	2.73±.66	2.69±.71	2.71±.75	.055	.946
Tuvalet yapma	2.83±.55	2.84±.54	3.00±.00	.306	.737
Bir yerden bir yere gitme	2.86±.43	2.76±.63	3.00±.00	1.071	.345
Kontinans	2.50±.87	2.73±.68	2.42±.97	1.696	.187
Beslenme	2.96±.25	2.86±.47	2.71±.75	1.710	.185
EGYA Toplam	16.55±4.51	16.48±4.72	19.28±4.42	1.202	.304
Telefon kullanma yetisi	2.08±.80	2.25±.75	2.28±.95	.839	.434
Alış veriş	2.08±.86	2.18±.83	2.57±.53	1.132	.326
Yemek hazırlama	2.11±.92	1.89±.90	2.42±.97	1.738	.180
Ev işleri	1.93±.84	1.77±.87	2.42±.97	2.076	.129
Çamaşır yıkama	1.96±.95	1.69±.92	2.14±1.06	1.787	.171
Yolculuk etme biçimi	2.28±.64	2.30±.65	2.57±.53	.627	.536
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.15±.81	2.26±.79	2.28±.75	.377	.686

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.9’ da görüldüğü gibi demans hastalarının toplam GYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamalarının hastanın iş-meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların toplam EGYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamalarının da hastanın iş-meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının birlikte yaşadığı kişilere göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.10. Demans hastalarının birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Yalnız** (n=14)	**Eş/ partner** (n=70)	**Eş+çocuk** (n=22)	**Çocukları** (n=36)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
GYA Toplam	17.14±3.20	16.50±2.33	15.95±3.76	17.05±2.31	.991	.399
Banyo	2.85±.53	2.67±.71	2.54±.85	2.72±.70	.580	.629
Giyinme	2.85±.53	2.72±.65	2.54±.85	2.72±.70	.645	.588
Tuvalet yapma	2.85±.53	2.88±.46	2.72±.70	2.83±.56	.490	.690
Bir yerden bir yere gitme	2.85±.53	2.74±.60	2.81±.58	2.94±.33	1.134	.338
Kontinans	2.85±.53	2.51±.86	2.45±.91	2.83±.56	2.095	.104
Beslenme	2.85±.53	2.90±.42	2.86±.46	2.94±.33	.236	.871
EGYA Toplam	17.57±5.54	15.81±4.11	16.86±5.44	17.77±4.55	1.68	.170
Telefon kullanma yetisi	2.21±.97	2.12±.74	2.04±.78	2.36±.79	.958	.415
Alış veriş	2.28±.82	2.02±.83	2.18±.85	2.36±.83	1.382	.251
Yemek hazırlama	1.78±.97	1.95±.92	2.00±.97	2.22±.86	.987	.401
Ev işleri	1.92±.91	1.72±.81	2.00±.92	2.05±.92	1.344	.263
Çamaşır yıkama	2.14±1.02	1.70±.92	1.95±.99	1.88±.94	1.112	.347
Yolculuk etme biçimi	2.64±.63	2.25±.58	2.22±.81	2.33±.63	1.562	.201
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.35±.74	2.08±.79	2.31±.83	2.36±.79	1.286	.282
Para ile ilgili işleri idare edebilme	2.21±.97	1.92±.83	2.13±.77	2.19±.82	1.097	.353

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.10' da görüldüğü gibi demans hastalarının toplam GYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamalarının hastanın birlikte yaşadığı kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların toplam EGYA ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları puan

ortalamalarının da hastanın birlikte yaşadığı kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.11. Demans hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Evet** (n=136)	**Hayır** (n=6)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
GYA Toplam	16.58±2.73	17.33±1.03	-.664	.508
Banyo	2.66±.73	3.00±.00	-5.280	**.000**
Giyinme	2.69±.70	3.00±.00	-5.004	**.000**
Tuvalet yapma	2.83±.54	3.00±.00	-.722	.472
Bir yerden bir yere gitme	2.80±.55	3.00±.00	-.847	.399
Kontinans	2.63±.77	2.33±1.03	.910	.365
Beslenme	2.89±.42	3.00±.00	-.589	.557
EGYA Toplam	16.75±4.57	14.33±5.68	1.254	.212
Telefon kullanma yetisi	2.18±.79	2.16±.75	.052	.959
Alış veriş	2.18±.83	1.66±.81	1.484	.140
Yemek hazırlama	2.04±.91	1.33±.81	1.863	.065
Ev işleri	1.87±.87	1.83±.98	.114	.909
Çamaşır yıkama	1.83±.95	1.66±1.03	.431	.667
Yolculuk etme biçimi	2.30±.64	2.33±.51	-.091	.928
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.22±.78	2.00±1.09	.504	.635
Para ile ilgili işleri idare edebilme	2.08±.82	1.33±.81	2.182	**.031**

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre banyo, giyinme ve para işlerini idare etme bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hastaların banyo alışkanlıklarını bağımsız yapabilme puan ortalamaları (3.00±0.00); çocuk sahibi olan hastaların puan ortalamalarından (2.66±.73) daha yüksek, benzer şekilde çocuk sahibi olmayan hastaların giyinme alışkanlıklarını bağımsız yapabilme puan ortalamaları (3.00±0.00); çocuk sahibi olan hastaların puan ortalamalarından (2.69±.70) daha yüksektir. Öte yandan çocuk sahibi olan hastaların para işlerini bağımsız idare edebilme puan ortalamaları (2.08±.82); çocuk sahibi olmayan hastaların puan ortalamalarından (1.33±.81) daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.11).

Demans hastalarının toplam GYA ve GYA alt boyutları olan tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, kontinans, beslenme puan ortalamalarının hastanın çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Benzer şekilde hastaların toplam EGYA ve EGYA alt boyutları olan telefon kullanma yetisi, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, yolculuk etme biçimleri ve kendi ilaçları için sorumluluk alabilme puan ortalamalarının hastanın çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.11).

Bu bölümde demans hastalarında demansa eşlik eden başka hastalık durumuna göre GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.12. Demans hastalarının eşlik eden başka hastalık durumuna göre hastaların GYA ve EGYA ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Evet** (n=122)	**Hayır** (n=20)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
GYA Toplam	16.60±2.74	16.70±2.36	-.144	.886
Banyo	2.69±.70	2.60±.82	.557	.579
Giyinme	2.69±.70	2.80±.61	-.619	.537
Tuvalet yapma	2.81±.57	3.00±.00	-3.463	.001
Bir yerden bir yere gitme	2.78±.57	3.00±.00	-4.071	.000
Kontinans	2.65±.75	2.40±.94	1.156	.259
Beslenme	2.90±.41	2.90±.44	.016	.987
EGYA Toplam	16.43±4.74	17.95±3.70	-1.624	.115
Telefon kullanma yetisi	2.12±.77	2.55±.75	-2.284	.024
Alış veriş	2.13±.83	2.30±.86	-.793	.429
Yemek hazırlama	1.99±.91	2.15±.98	-.710	.479
Ev işleri	1.90±.87	1.70±.86	.956	.341
Çamaşır yıkama	1.80±.95	2.00±.97	-.855	.394
Yolculuk etme biçimi	2.29±.62	2.40±.75	-.675	.501
Kendi ilaçları için sorumluluk alma	2.18±.82	2.40±.59	-1.380	.177
Para ile ilgili işleri idare edebilme	1.99±.84	2.45±.68	-2.294	.023

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans hastalarında demansa eşlik eden başka hastalık durumuna göre bakıldığında tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, telefon kullanma yetisi ve para işlerini idare etme bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Demansa eşlik eden başka hastalığı olmayan hastaların tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, telefon kullanma ve para işlerini idare etme

gibi aktiviteleri bağımsız yapabilme puan ortalamaları; demansa eşlik eden başka hastalığı olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.12).

Demans hastalarının toplam GYA ve GYA alt boyutları olan banyo, giyinme, kontinans ve beslenme puan ortalamalarının demansa eşlik eden başka bir hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Benzer şekilde bireylerin toplam EGYA ve EGYA alt boyutları olan alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, yolculuk etme biçimleri, kendi ilaçları için sorumluluk alabilme puan ortalamalarının demansa eşlik eden başka bir hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.12).

Bu bölümde demans hastalarının cinsiyetine göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.13. Demans hastalarının cinsiyetlerine göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Kadın** (n=81)	**Erkek** (n=61)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Toplam	16.95±18.65	16.52±19.02	.134	.894
Hezeyanlar	.52±1.79	1.07±2.93	-1.286	.202
Halüsinasyonlar	.35±1.55	.52±2.18	-.570	.569
Ajitasyon	1.65±2.97	1.61±3.08	.093	.926
Depresyon	3.01±4.03	1.87±3.26	1.864	.064
Anksiyete	1.19±2.61	1.23±2.94	-.095	.925
Öfori	.32±1.43	.31±1.25	.041	.967
Apati	3.07±4.19	2.61±3.70	.691	.491
Disinhibisyon	.64±2.13	.77±2.18	-.351	.726
İrritabilite	1.37±3.21	1.54±3.16	-.315	.753
Anormal motor davranış	.65±1.85	.57±2.14	.239	.811
Uyku	1.72±3.34	1.93±3.34	-.385	.701
İştah	2.48±3.56	2.39±3.89	.140	.889
NPE Sıkıntı Skoru Toplam	7.68±9.11	8.85±10.07	-.726	.469

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.13’ de görüldüğü üzere demans hastalarının toplam NPE ölçeği skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının yaşına göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.14. Demans hastalarının yaşına göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142)

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Hastanın Yaşı**			**Test Sonucu**	
	55-64 (n=26)	**65-74** (n=41)	**75 ve üstü** (n=75)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Toplam	13.85±12.94	16.17±19.38	18.11±20.12	.524	.593
Hezeyanlar	.46±2.35	.95±2.78	.75±2.11	.340	.712
Halüsinasyonlar	.00±.00	.66±2.14	.44±1.98	1.019	.363
Ajitasyon	.85±1.95	1.54±2.89	1.96±3.33	1.357	.261
Depresyon	2.58±3.82	2.59±3.59	2.47±3.86	.016	.984
Anksiyete	.73±1.71	1.37±3.07	1.28±2.86	.481	.619
Öfori	.19±.69	.46±1.64	.28±1.37	.371	.690
Apati	3.92±3.82	2.49±3.74	2.72±4.15	1.153	.319
Disinhibisyon	.50±1.79	.68±2.16	.77±2.27	.155	.856
İrritabilite	.85±2.46	1.22±2.89	1.77±3.52	.963	.384
Anormal motor davranış	.73±1.90	.88±2.23	.44±1.85	.697	.500
Uyku	.85±1.95	1.02±2.44	2.57±3.92	4.390	**.014**
İştah	2.27±3.41	2.17±3.50	2.65±3.92	.259	.773
NPE Sıkıntı Skoru Toplam	6.96±7.47	8.29±9.72	8.55±10.10	.268	.765

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.14' ta görüldüğü üzere demans hastalarının NPE ölçeği alt boyutu olan uyku puan ortalamalarının hastanın yaşına göre 55-64 yaş grubu ile 75 yaş ve üzeri grup; 65-74 yaş grubu ile 75 yaş ve üzeri grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; 75 yaş ve

üzeri yaş grubundaki hastaların uyku puan ortalamaları (2.57±3.92); diğer grupların uyku puan ortalamalarından (55-64 yaş grubu= .85±1.95, 65-74 yaş grubu=1.02±2.44) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.15$).

Demans hastalarının toplam NPE ölçek puan ortalamaları ve uyku dışındaki alt boyutlarının hastaların yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.14).

Bu bölümde demans hastalarının medeni durumuna göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.15. Demans hastalarının medeni durumuna göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142)

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Hastanın Medeni Durumu**		**Test Sonucu**	
	Evli (n=93)	**Bekar/Dul/ Boşanmış** (n=49)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Toplam	16.08±17.73	18.08±20.65	.366	.546
Hezeyanlar	.80±2.49	.67±2.10	.086	.770
Halüsinasyonlar	.58±2.24	.12±.48	1.990	.161
Ajitasyon	1.49±2.91	1.90±3.20	.574	.450
Depresyon	2.63±3.87	2.31±3.56	.244	.622
Anksiyete	1.13±2.43	1.35±3.28	.200	.655
Öfori	.37±1.50	.22±1.02	.344	.559
Apati	2.65±3.89	3.31±4.15	.883	.349
Disinhibisyon	.60±1.99	.88±2.43	.525	.470
İrritabilite	1.37±3.08	1.59±3.38	.161	.689
Anormal motor davranış	.68±1.97	.51±2.00	.228	.634
Uyku	1.80±3.23	1.84±3.55	.005	.945
İştah	2.01±3.37	3.27±4.15	3.768	.054
NPE Sıkıntı Skoru Toplam	7.61±9.03	9.27±10.39	.966	.327

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.15' te görüldüğü üzere demans hastalarının toplam NPE ölçeği skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının hastaların medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının eğitim düzeyine göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.16. Demans hastalarının eğitim düzeyine göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Okur yazar değil** (n=41)	**İlkokul mezunu** (n=40)	**Ortaokul mezunu** (n=10)	**Lise mezunu** (n=23)	**Üniversite mezunu ve üstü** (n=28)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	**F***	**p**
NPE Toplam	15.68±19.97	14.50±18.97	29.00±23.34	11.04±9.63	21.93±18.62	2.403	.053
Hezeyan	.27±1.07	.58±2.14	3.00±5.09	.70±2.03	.96±2.51	2.976	.021
Halüsinasyon	.32±1.08	.80±2.69	1.30±3.77	.00±.00	.07±.26	1.597	.179
Ajitasyon	1.41±2.95	1.35±3.03	4.20±3.70	.96±1.91	2.00±3.22	2.449	.049
Depresyon	2.68±4.00	2.85±4.05	2.80±4.13	1.52±3.11	2.54±3.40	.509	.729
Anksiyete	1.32±2.79	.80±2.19	.20±.63	1.00±2.29	2.14±3.86	1.430	.227
Öfori	.20±1.24	.43±1.58	.90±2.51	.00±.00	.39±1.16	.937	.444
Apati	2.39±4.15	2.13±3.58	5.20±5.00	3.43±3.94	3.36±3.73	1.601	.178
Disinhibisyon	.63±2.17	.95±2.69	1.50±3.24	.43±1.19	.36±1.19	.751	.559
İrritabilite	1.88±3.76	.80±2.71	3.20±4.21	.83±2.05	1.61±3.08	1.626	.171
Anormal motor davranış	.46±1.55	.18±.78	2.00±3.26	.61±2.03	1.00±2.80	2.111	.083
Uyku	1.88±3.73	1.80±3.63	1.10±1.79	.74±1.48	2.86±3.62	1.418	.231
İştah	2.24±3.47	1.65±3.06	4.00±5.33	.83±2.01	4.64±4.25	5.027	.001
NPE Sıkıntı Skoru Toplam	7.39±9.69	7.13±9.05	13.50±10.43	5.30±5.44	11.32±11.17	2.346	.058

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.16'de görüldüğü gibi demans hastalarının NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan, ajitasyon ve iştah puan ortalamalarının hastanın eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; üniversite mezunu olan hastaların iştah puan ortalamaları (4.64±4.25); ilkokul mezunu olan hastaların iştah puan ortalamalarından (1.65±3.06) ve lise mezunu olan hastaların iştah puan ortalamalarından (.83±2.01) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Benzer şekilde orta okul mezunu olan hastaların ajitasyon puan ortalamaları (4.20±3.70); lise mezunu olan hastaların

ajitasyon puan ortalamalarından (.96±1.91) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Ancak Tamhane testi sonucunda hastaların hezeyan puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)).

Demans hastalarının toplam NPE ölçek puan ortalamaları ve alt boyutları olan halüsinasyonlar, depresyon, anksiyete, öfori, apati, disinhibisyon, irritabilite, anormal motor davranış, uyku ve NPE sıkıntı puan ortalamalarının hastanın eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.16).

Bu bölümde demans hastalarının iş-meslek gruplarına göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.17. Demans hastalarının iş-meslek gruplarına göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Ev hanımı** (n=60)	**Emekli** (n=75)	**Diğer** (n=7)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Toplam	15.33±17.22	17.84±19.02	17.57±29.05	.302	.740
Hezeyanlar	.65±2.31	.83±2.42	.86±2.26	.099	.906
Halüsinasyonlar	.30±1.72	.52±2.01	.43±.78	.234	.792
Ajitasyon	1.68±2.78	1.56±3.07	2.00±4.47	.081	.922
Depresyon	2.13±3.66	2.80±3.79	2.86±4.45	.550	.578
Anksiyete	1.17±2.55	1.31±3.00	.43±1.13	.333	.718
Öfori	.03±.18	.57±1.83	.00±.00	2.904	.058
Apati	2.65±4.00	3.05±3.97	2.86±4.45	.169	.845
Disinhibisyon	.60±1.64	.73±2.49	1.14±2.26	.220	.803
İrritabilite	1.38±2.85	1.44±3.33	2.00±4.47	.116	.890
Anormal motor davranış	.28±1.10	.84±2.36	1.14±3.02	1.591	.207
Uyku	1.52±3.01	2.01±3.49	2.14±4.48	.403	.669
İştah	2.97±4.07	2.09±3.27	1.71±4.53	1.075	.344

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.17' de görüldüğü üzere demans hastalarının toplam NPE ölçeği skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının hastaların iş-meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının birlikte yaşadığı kişilere göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.18. Demans hastalarının birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Yalnız** (n=14)	**Eş/ partner** (n=70)	**Eş+çocuk** (n=22)	**Çocukları** (n=36)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Toplam	20.50±18.87	13.13±15.63	21.86±23.67	19.28±20.26	1.854	.140
Hezeyan	.00±.00	.40±1.42	1.09±3.00	1.53±3.43	2.523	.060
Halüsinasyon	.86±3.20	.11±.46	.27±.70	.94±2.93	1.955	.124
Ajitasyon	2.21±3.51	1.61±2.97	1.45±3.17	1.56±2.88	.205	.893
Depresyon	2.29±3.97	2.34±3.86	3.14±3.78	2.58±3.55	.266	.850
Anksiyete	1.29±2.67	.80±2.12	2.14±3.82	1.39±3.04	1.416	.241
Öfori	.64±2.13	.16±1.01	.18±.85	.58±1.76	1.126	.341
Apati	2.71±4.12	2.37±3.62	3.91±5.10	3.28±3.83	.997	.396
Disinhibisyon	1.43±3.43	.50±1.76	.95±2.36	.64±2.10	.847	.470
İrritabilite	2.29±4.06	1.04±2.58	1.64±3.78	1.78±3.48	.854	.467
Anormal motor davranış	.43±1.60	.44±1.57	.91±2.74	.86±2.28	.561	.642
Uyku	2.79±4.26	1.33±2.66	2.55±4.37	1.92±3.37	1.262	.290
İştah	3.57±4.71	2.01±3.29	3.36±4.42	2.28±3.48	1.233	.300

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.18' de görüldüğü üzere demans hastalarının toplam NPE ölçeği skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının çocuk sahibi olma durumlarına göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.19. Demans hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Evet** (n=136)	**Hayır** (n=6)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	**t***	**p**
NPE Toplam	17.01±18.97	11.33±12.48	.724	.470
Hezeyanlar	.79±2.40	.00±.00	.799	.426
Halüsinasyonlar	.44±1.88	.00±.00	.571	.569
Ajitasyon	1.63±3.01	1.67±3.20	-.027	.978
Depresyon	2.60±3.81	.83±1.32	1.125	.262
Anksiyete	1.23±2.79	.67±1.63	.488	.626
Öfori	.33±1.38	.00±.00	.582	.562
Apati	2.93±4.01	1.50±3.20	.862	.390
Disinhibisyon	.73±2.19	.00±.00	.811	.419
İrritabilite	1.48±3.23	.67±1.63	.610	.543
Anormal motor davranış	.65±2.01	.00±.00	.783	.435
Uyku	1.83±3.38	1.33±2.06	.357	.722
İştah	2.35±3.57	4.67±5.88	-.958	.381
NPE Sıkıntı Skoru Toplam	8.29±9.66	5.67±5.24	.660	.510

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.19’ da görüldüğü üzere demans hastalarının toplam NPE ölçeği skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının demansa eşlik eden başka hastalık varlığına göre NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.20. Demans hastalarının demansa eşlik eden başka hastalık varlığına göre hastaların NPE ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Evet** (n=122)	**Hayır** (n=20)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Toplam	16.32±18.46	19.50±20.67	-.702	.484
Hezeyanlar	.66±2.21	1.30±3.13	-.874	.392
Halüsinasyonlar	.46±1.98	.20±.52	.580	.563
Ajitasyon	1.65±3.00	1.55±3.15	.134	.894
Depresyon	2.39±3.61	3.35±4.55	-1.065	.289
Anksiyete	1.07±2.57	2.05±3.63	-1.165	.257
Öfori	.34±1.42	.20±.89	.414	.680
Apati	2.84±3.95	3.10±4.22	-.274	.785
Disinhibisyon	.70±2.23	.70±1.59	-.006	.995
İrritabilite	1.29±3.10	2.40±3.54	-1.456	.148
Anormal motor davranış	.66±2.01	.40±1.78	.535	.594
Uyku	1.83±3.33	1.70±3.38	.158	.874
İştah	2.43±3.70	2.55±3.72	-.138	.890
NPE Sıkıntı Skoru Toplam	7.70±9.18	11.10±11.22	-1.484	.140

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.20’ de görüldüğü üzere demans hastalarının toplam NPE ölçeği skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının hastalarda demansa eşlik eden başka hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.21. Hasta yakınlarının cinsiyetine göre hasta yakınının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Kadın** (n=99)	**Erkek** (n=43)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	8.37±9.25	7.74±10.21	.361	.719
Hezeyanlar	.46±1.23	.16±.75	1.787	.076
Halüsinasyonlar	.31±1.02	.12±.62	1.401	.164
Ajitasyon	1.09±1.69	.77±1.49	1.081	.282
Depresyon	1.58±1.87	1.56±1.90	.051	.959
Anksiyete	.74±1.38	.93±1.58	-.729	.467
Öfori	.16±.72	.23±.86	-.504	.615
Apati	1.22±1.68	1.00±1.61	.730	.467
Disinhibisyon	.55±1.29	.51±1.35	.141	.888
İrritabilite	.91±1.72	.74±1.64	.531	.596
Anormal motor davranış	.17±.68	.21±.96	-.264	.792
Uyku	.55±1.25	.58±1.29	-.155	.877
İştah	.58±1.22	.93±1.62	-1.282	.204

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.21' de görüldüğü üzere demans hasta yakınlarının toplam NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının hasta yakınının cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hasta yakınlarının yaşına göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.22. Hasta yakınlarının yaşına göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Hasta Yakınının Yaşı**				**Test Sonucu**	
	18-31 (n=10)	**32-45** (n=26)	**46-59** (n=59)	**60 ve üstü** (n=47)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	12.60±10.00	7.77±8.87	7.97±8.86	7.74±10.58	.773	.511
Hezeyan	.40±.96	.50±1.27	.39±1.20	.28±.94	.232	.874
Halüsinasyon	.40±1.26	.46±1.33	.12±.59	.28±.92	.947	.420
Ajitasyon	1.70±1.76	1.15±1.75	1.03±1.62	.70±1.54	1.214	.307
Depresyon	2.60±1.95	1.35±1.87	1.51±1.74	1.55±2.02	1.148	.332
Anksiyete	.80±1.47	.69±1.35	.85±1.43	.79±1.54	.069	.977
Öfori	.00±.00	.35±1.01	.19±.81	.13±.61	.657	.580
Apati	2.10±1.91	.58±1.23	1.27±1.71	1.13±1.68	2.281	.082
Disinhibisyon	1.30±1.76	.54±1.27	.58±1.35	.32±1.12	1.606	.191
İrritabilite	1.20±1.98	.58±1.44	.69±1.54	1.15±1.92	1.018	.387
Anormal motor davranış	.00±.00	.35±.97	.12±.69	.21±.83	.720	.542
Uyku	.50±1.58	.81±1.47	.49±1.13	.51±1.24	.417	.741
İştah	1.60±2.01	.42±1.10	.73±1.35	.57±1.29	1.996	.117

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.22' de görüldüğü üzere demans hasta yakınlarının toplam NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının hasta yakınının yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hasta yakınlarının medeni durumuna göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.23. Hasta yakınlarının medeni durumuna göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hasta Yakınının Medeni Durumu**		**Test Sonucu**	
	Evli (n=107)	**Bekar/Dul/ Boşanmış** (n=35)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	7.74±8.75	9.54±11.60	-.973	.332
Hezeyanlar	.36±1.09	.43±1.19	-.337	.736
Halüsinasyonlar	.26±.92	.23±.94	.183	.855
Ajitasyon	.93±1.59	1.17±1.79	-.741	.460
Depresyon	1.55±1.88	1.63±1.91	-.210	.834
Anksiyete	.79±1.42	.80±1.53	-.020	.984
Öfori	.21±.83	.09±.50	.863	.390
Apati	1.12±1.61	1.26±1.83	-.417	.677
Disinhibisyon	.48±1.22	.71±1.54	-.932	.353
İrritabilite	.73±1.60	1.26±1.91	-1.471	.147
Anormal motor davranış	.18±.76	.20±.83	-.148	.883
Uyku	.50±1.17	.74±1.50	-1.006	.316
İştah	.57±1.28	1.03±1.54	-1.744	.083

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.23' te görüldüğü üzere demans hasta yakınlarının toplam NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının hasta yakınının medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.24. Hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Okur yazar değil** (n=10)	**İlkokul mezunu** (n=21)	**Orta okul mezunu** (n=12)	**Lise mezunu** (n=46)	**Üniversite mezunu ve üstü** (n=53)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	2.60±4.62	8.33±7.47	8.17±8.52	6.72±6.77	10.45±12.34	1.936	.108
Hezeyan	.00±.00	.05±.21	.75±1.35	.35±1.03	.51±1.38	1.285	.279
Halüsinasyon	.00±.00	.10±.43	.00±.00	.13±.61	.53±1.33	1.990	.099
Ajitasyon	.10±.31	1.05±1.56	1.25±1.91	.63±1.32	1.40±1.89	2.263	.065
Depresyon	1.00±1.76	1.48±1.83	1.25±1.60	1.57±1.90	1.79±1.98	.508	.730
Anksiyete	.00±.00	1.10±1.48	.83±1.33	.59±1.24	1.00±1.69	1.509	.203
Öfori	.00±.00	.24±.76	.00±.00	.09±.59	.32±1.01	.943	.441
Apati	.80±1.31	1.29±1.70	1.25±1.54	1.22±1.78	1.09±1.66	.185	.946
Disinhibisyon	.20±.63	.57±1.24	.42±.99	.30±1.03	.81±1.64	1.146	.338
İrritabilite	.00±.00	1.14±1.76	.75±1.76	.67±1.57	1.09±1.87	1.201	.313
Anormal motor davranış	.00±.00	.52±1.12	.00±.00	.07±.44	.23±.95	1.648	.166
Uyku	.10±.31	.19±.60	.83±1.52	.39±.97	.87±1.61	1.965	.103
İştah	.40±1.26	.62±1.32	.83±1.52	.59±1.20	.81±1.50	.326	.860

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.24' de görüldüğü üzere demans hasta yakınlarının toplam NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının hasta yakınının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hasta yakınlarının iş-meslek gruplarına göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.25. Hasta yakınlarının iş-meslek gruplarına göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Ev hanımı** (n=43)	**Emekli** (n=47)	**Memur** (n=36)	**Diğer** (n=16)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	7.21±7.57	5.89±7.51	12.33±13.21	8.19±7.12	3.513	**.017**
Hezeyan	.30±.88	.32±.98	.58±1.51	.25±1.00	.581	.628
Halüsinasyon	.05±.30	.13±.61	.69±1.52	.19±.75	3.994	**.009**
Ajitasyon	1.07±1.68	.43±1.09	1.58±2.00	1.13±1.54	3.700	**.013**
Depresyon	1.28±1.77	1.53±1.79	1.92±2.26	1.69±1.44	.774	.510
Anksiyete	.72±1.22	.47±1.15	1.31±1.91	.81±1.37	2.403	.070
Öfori	.16±.75	.11±.52	.31±1.03	.19±.75	.466	.707
Apati	1.37±1.69	.94±1.49	1.08±1.84	1.38±1.70	.625	.600
Disinhibisyon	.33±.99	.36±1.09	1.06±1.77	.44±1.20	2.663	**.050**
İrritabilite	.67±1.59	.43±1.29	1.42±2.07	1.38±1.70	3.122	**.028**
Anormal motor davranış	.12±.54	.26±.84	.25±1.05	.00±.00	.621	.603
Uyku	.40±1.07	.51±1.14	.92±1.71	.31±.70	1.441	.233
İştah	.74±1.46	.43±1.05	1.06±1.58	.44±1.20	1.690	.172

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.25'te görüldüğü gibi demans hasta yakınlarının NPE ölçeği alt boyutu olan NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları ve halüsinasyon, ajitasyon, disinhibisyon, irritabilite puan ortalamalarının hasta yakınlarının iş-meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre memur grubundaki hasta yakınlarının NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları (12.33±13.21) ev hanımı grubundaki hasta yakınlarının NPE sıkıntı toplam puan ortalamalarından (7.21±7.57) ve emekli grubundaki hasta yakınlarının NPE sıkıntı toplam puan ortalamalarından (5.89±7.51); halüsinasyon için memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları (.69±1.52) ev hanımı grubundaki hasta yakınlarının sıkıntı puan ortalamalarından (.05±.30); ajitasyon için memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları (1.58±2.00) emekli grubundaki hasta yakınlarının sıkıntı puan ortalamalarından (.43±1.09); irritabilite için ise memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları (1.42±2.07) emekli grubundaki hasta yakınlarının sıkıntı puan ortalamalarından (.43±1.29) yüksektir ($p<0.3$). Ancak aynı test sonucunda hasta yakınlarının iş-meslek durumlarına göre disinhibisyon sıkıntı puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.3$).

Çalışmada demans hasta yakınlarının NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan, depresyon, anksiyete, öfori, apati, anormal motor davranış, uyku ve iştah puan ortalamalarının hasta yakınlarının iş-meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.25).

Bu bölümde demans hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumuna göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.26. Hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumuna göre hasta yakınlarının NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=142).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Evet** (n=103)	**Hayır** (n=39)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	7.23±8.57	10.69±11.41	1.718	.091
Hezeyanlar	.28±.96	.62±1.42	1.350	.183
Halüsinasyonlar	.23±.86	.31±1.08	.428	.669
Ajitasyon	.81±1.47	1.49±1.94	1.982	.052
Depresyon	1.48±1.84	1.82±1.97	.975	.331
Anksiyete	.76±1.39	.90±1.58	.514	.608
Öfori	.22±.85	.08±.48	-1.286	.201
Apati	1.14±1.62	1.21±1.79	.220	.826
Disinhibisyon	.47±1.21	.72±1.52	1.024	.307
İrritabilite	.64±1.49	1.44±2.04	2.211	**.031**
Anormal motor davranış	.17±.75	.23±.84	.448	.655
Uyku	.43±1.08	.90±1.61	1.678	.099
İştah	.56±1.26	1.00±1.55	1.568	.122

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans hasta yakınlarının NPE ölçeği alt boyutu olan irritabilite puan ortalamalarının hasta yakınının çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hasta yakınının irritabilite puan ortalamaları (1.44±2.04); çocuk sahibi olan hasta yakınının puan ortalamalarından (.64±1.49) daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.26).

Çalışmanın buradan sonraki kısmında NPE sıkıntı puan ortalaması hesaplamaları için bakım vericiler seçilmiştir:

Bu bölümde demans bakım vericilerinin hastaya yakınlık derecesine göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.27. Bakım vericilerin hastaya yakınlık durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Eşi** (n=27)	**Çocuğu** (n=42)	**Diğer akraba** (n=3)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	5.74±7.49	9.38±11.29	2.00±3.46	1.642	.201
Hezeyan	.33±1.00	.57±1.39	.00±.00	.516	.599
Halüsinasyon	.22±.80	.24±.98	.00±.00	.097	.907
Ajitasyon	.33±1.10	1.40±1.84	.00±.00	4.341	**.017**
Depresyon	1.44±1.82	1.45±1.86	.00±.00	.910	.407
Anksiyete	.63±1.24	.98±1.61	.00±.00	.938	.396
Öfori	.15±.77	.17±.76	.00±.00	.069	.933
Apati	1.04±1.53	1.21±1.70	1.00±1.73	.107	.899
Disinhibisyon	.37±1.14	.52±1.33	1.00±1.73	.371	.691
İrritabilite	.37±1.33	.83±1.76	.00±.00	.940	.395
Anormal motor davranış	.11±.57	.33±1.09	.00±.00	.587	.559
Uyku	.30±.91	.74±1.51	.00±.00	1.230	.299
İştah	.44±1.31	.93±1.58	.00±.00	1.269	.288

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan ajitasyon sıkıntı puan ortalamalarının hastaya yakınlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; eş ile çocukları ve çocukları ile diğer akraba grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamlı farklılık bulunmakta ve hastanın çocuğu olan bakım vericiler grubunun ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları (1.40±1.84); eşi grubunun puan ortalamalarından (.33±1.10) ve diğer akraba grubu puan ortalamalarından (.00±.00) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.27).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin hastayla yaşama durumuna göre NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.28. Bakım vericilerin hastayla yaşama durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hayır** (n=17)	**Evet** (n=55)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	10.76±11.80	6.76±9.22	1.460	.149
Hezeyanlar	.71±1.49	.38±1.14	.947	.347
Halüsinasyonlar	.35±1.22	.18±.77	.689	.493
Ajitasyon	1.76±2.016	.69±1.45	2.038	.054
Depresyon	1.88±2.14	1.24±1.69	1.135	.268
Anksiyete	1.24±1.75	.67±1.34	1.218	.236
Öfori	.24±.97	.13±.66	.520	.604
Apati	1.29±1.72	1.09±1.60	.449	.655
Disinhibisyon	.29±.98	.55±1.34	-.712	.479
İrritabilite	.59±1.66	.64±1.58	-.109	.914
Anormal motor davranış	.47±1.37	.16±.71	.885	.388
Uyku	1.12±1.79	.36±1.06	1.642	.116
İştah	.82±1.46	.67±1.47	.368	.714

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.28’ de görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin toplam NPE sıkıntı skoru ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarının bakım vericilerinin hastayla yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin hastayla yüz yüze görüşme sıklığına göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.29. Bakım vericilerin hastayla yüz yüze görüşme sıklığına göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Her gün** (n=61)	**Diğer** (n=11)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	7.39±9.73	9.45±11.45	-.629	.531
Hezeyanlar	.44±1.19	.55±1.50	-.253	.801
Halüsinasyon	.18±.74	.45±1.50	-.938	.351
Ajitasyon	.82±1.57	1.64±1.96	-1.523	.132
Depresyon	1.36±1.76	1.55±2.20	-.308	.759
Anksiyete	.72±1.39	1.27±1.79	-1.156	.252
Öfori	.18±.80	.00±.00	.737	.463
Apati	1.13±1.59	1.18±1.83	-.095	.925
Disinhibisyon	.49±1.28	.45±1.21	.089	.929
İrritabilite	.66±1.61	.45±1.50	.385	.702
Anormal motor davranış	.23±.92	.27±.90	-.144	.886
Uyku	.46±1.20	1.00±1.73	-.993	.340
İştah	.72±1.50	.64±1.28	.176	.861

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.29' de görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin toplam NPE sıkıntı skoru ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarının bakım vericilerinin hastayla yüz yüze görüşme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin hastayla telefon ile görüşme sıklığına göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.30. Bakım vericilerin hastayla telefon ile görüşme sıklığına göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Her gün** (n=33)	**Haftada en az 3 kez** (n=2)	**Diğer** (n=37)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	8.55±11.72	14.00±19.79	6.62±7.63	.731	.485
Hezeyanlar	.55±1.30	2.50±3.53	.27±.93	3.484	**.036**
Halüsinasyon	.15±.71	2.50±3.53	.16±.68	8.047	.001
Ajitasyon	1.21±1.86	2.00±2.82	.65±1.35	1.453	.241
Depresyon	1.30±1.84	2.50±3.53	1.41±1.75	.404	.669
Anksiyete	.91±1.66	.00±.00	.76±1.30	.401	.671
Öfori	.21±.85	.00±.00	.11±.65	.209	.812
Apati	1.12±1.65	.00±.00	1.22±1.63	.530	.591
Disinhibisyon	.58±1.45	.50±.70	.41±1.11	.154	.858
İrritabilite	.82±1.79	.00±.00	.49±1.42	.533	.589
Anormal motor davranış	.36±1.19	.00±.00	.14±.58	.610	.546
Uyku	.64±1.47	2.00±2.82	.38±1.01	1.670	.196
İştah	.70±1.42	2.00±2.82	.65±1.45	.802	.453

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan ve halüsinasyon sıkıntı puan ortalamalarının bakım vericilerin hastayla telefon ile görüşme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; hasta ile her gün telefon ile görüşen bakım

vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamaları haftada en az üç kez telefonla görüşen bakım vericilerin hezeyan puan ortalamalarından ve diğer grubundaki bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamalarından yüksektir ($p<0.15$). Ancak aynı test sonucunda bakım vericilerin hasta yakınlarının hastayla telefon ile görüşme sıklığına göre halüsinasyon sıkıntı puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.15$), (Tablo 4.30).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin bakmakla yükümlü olduğu çocuk durumuna göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.31. Bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu çocuk durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hayır** (n=57)	**Evet** (n=15)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	7.72±9.85	7.67±10.70	.018	.986
Hezeyanlar	.44±1.18	.53±1.45	-.263	.793
Halüsinasyonlar	.18±.75	.40±1.29	-.866	.389
Ajitasyon	1.00±1.72	.73±1.38	.554	.582
Depresyon	1.35±1.78	1.53±1.99	-.343	.732
Anksiyete	.88±1.52	.53±1.18	.810	.421
Öfori	.12±.65	.27±1.03	-.664	.509
Apati	1.09±1.66	1.33±1.49	-.519	.605
Disinhibisyon	.56±1.38	.20±.56	1.544	.128
İrritabilite	.79±1.75	.00±.00	3.406	**.001**
Anormal motor davranış	.21±.79	.33±1.29	-.462	.646
Uyku	.49±1.24	.73±1.53	-.639	.525
İştah	.61±1.34	1.07±1.87	-.880	.391

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan irritabilite puan ortalamalarının bakım vericinin bakmakla yükümlü olduğu çocuk varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bakmakla yükümlü olduğu çocuğu olmayan bakım vericilerin irritabilite sıkıntı puan ortalamaları (.79±1.75); bakmakla yükümlü olduğu çocuğu olan bakım vericinin irritabilite puan ortalamalarından (.00±.00) daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.31).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin çalışma durumuna göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.32. Bakım vericilerin çalışma durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hayır** (n=53)	**Evet** (n=19)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	6.23±7.33	11.84±14.52	-1.613	.121
Hezeyanlar	.34±1.01	.79±1.68	-1.094	.285
Halüsinasyonlar	.11±.57	.53±1.42	-1.225	.235
Ajitasyon	.72±1.44	1.58±2.03	-1.698	.102
Depresyon	1.36±1.69	1.47±2.17	-.235	.815
Anksiyete	.66±1.27	1.21±1.87	-1.186	.247
Öfori	.08±.54	.37±1.11	-1.097	.285
Apati	1.15±1.59	1.11±1.72	.105	.917
Disinhibisyon	.34±1.01	.89±1.76	-1.299	.207
İrritabilite	.51±1.44	.95±1.92	-1.032	.305
Anormal motor davranış	.09±.49	.63±1.53	-1.498	.150
Uyku	.36±1.00	1.05±1.84	-1.563	.132
İştah	.51±1.32	1.26±1.72	-1.729	.096

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.32’ de görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin toplam NPE sıkıntı skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının bakım vericilerin şimdi çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin gelir durumuna göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.33. Bakım vericilerin gelir durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Gelir Durumu**			**Test Sonucu**	
	Gelir Giderden az (n=13)	**Gelir Gidere Eşit** (n=39)	**Gelir Giderden Fazla** (n=20)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	5.08±7.92	7.95±9.60	8.95±11.82	.614	.544
Hezeyanlar	.23±.83	.21±.80	1.10±1.83	4.080	**.021**
Halüsinasyon	.00±.00	.18±.79	.45±1.27	1.104	.337
Ajitasyon	.77±1.48	.85±1.61	1.25±1.86	.477	.623
Depresyon	1.54±1.56	1.36±1.81	1.35±2.05	.052	.949
Anksiyete	.62±1.19	.90±1.51	.75±1.55	.198	.821
Öfori	.00±.00	.18±.79	.20±.89	.333	.718
Apati	.85±1.67	1.31±1.57	1.00±1.71	.490	.615
Disinhibisyon	.15±.55	.46±1.29	.75±1.51	.885	.417
İrritabilite	.31±1.10	.72±1.71	.65±1.63	.323	.725
Anormal motor davranış	.15±.55	.26±.91	.25±1.11	.063	.939
Uyku	.23±.83	.62±1.40	.60±1.35	.448	.641
İştah	.23±.83	.92±1.66	.60±1.35	1.166	.318

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan sıkıntı puan ortalamalarının bakım vericilerinin gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında

olduğuna ilişkin yapılan Tamhane ikili karşılaştırma testi sonuçlarına göre; geliri giderden fazla olan bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamaları (1.10±1.83) geliri giderden az olan bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamalarından (.23±.83) yüksektir ($p<0.15$), (Tablo 4.33).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin hastaya bakım verdiği süreye göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.34. Bakım vericilerin bakım verdiği süreye göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Bakım Verilen Süre**			**Test Sonucu**	
	< 1 yıl (n=33)	**1-5 yıl** (n=28)	**=>6 yıl** (n=11)		
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**$\bar{X}$±SS**	**F***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	6.58±8.41	9.43±11.92	6.73±8.91	.679	.511
Hezeyanlar	.45±1.17	.54±1.42	.27±.90	.176	.839
Halüsinasyonlar	.12±.54	.43±1.28	.00±.00	1.315	.275
Ajitasyon	.58±1.20	1.14±1.93	1.55±1.91	1.791	.175
Depresyon	1.55±1.83	1.36±1.87	1.00±1.73	.371	.691
Anksiyete	.64±1.27	.96±1.64	.91±1.57	.408	.667
Öfori	.12±.69	.25±.92	.00±.00	.493	.613
Apati	1.12±1.61	1.32±1.72	.73±1.42	.527	.593
Disinhibisyon	.39±.96	.64±1.59	.36±1.20	.346	.708
İrritabilite	.24±.96	1.04±2.02	.73±1.67	1.971	.147
Anormal motor davranış	.30±1.04	.14±.75	.27±.90	.239	.788
Uyku	.30±.91	.75±1.53	.73±1.61	1.029	.363
İştah	.76±1.48	.86±1.67	.18±.60	.867	.425

*Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 4.34' de görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin hastaya bakım verdiği süreye göre toplam NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının bakım verilen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin bakım paylaşıldığı birinin varlığına göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.35. Bakımın paylaşıldığı birinin varlığına göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hayır** (n=48)	**Evet** (n=24)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	5.83±7.45	11.46±13.04	-1.958	.059
Hezeyanlar	.42±1.08	.54±1.50	-.403	.688
Halüsinasyonlar	.13±.60	.42±1.28	-1.057	.300
Ajitasyon	.73±1.46	1.38±1.92	-1.444	.157
Depresyon	1.08±1.63	2.00±2.04	-1.913	.063
Anksiyete	.63±1.26	1.17±1.76	-1.343	.188
Öfori	.08±.57	.29±.99	-.946	.352
Apati	1.00±1.48	1.42±1.86	-.954	.346
Disinhibisyon	.35±1.02	.75±1.64	-1.078	.289
İrritabilite	.46±1.36	.96±1.94	-1.128	.267
Anormal motor davranış	.10±.51	.50±1.38	-1.356	.187
Uyku	.35±1.02	.92±1.69	-1.498	.144
İştah	.50±1.28	1.13±1.72	-1.568	.126

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.35' te görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin toplam NPE sıkıntı skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının bakım vericilerin bakımın paylaşıldığı birinin varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin başka hastaya bakım verme durumuna göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.36. Bakım vericilerin başka hastaya bakım verme durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hayır** (n=46)	**Evet** (n=26)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	8.26±10.33	6.73±9.36	.624	.535
Hezeyanlar	.43±1.18	.50±1.33	-.214	.831
Halüsinasyonlar	.15±.72	.35±1.12	-.885	.379
Ajitasyon	1.11±1.85	.65±1.19	1.262	.211
Depresyon	1.43±1.74	1.31±1.97	.283	.778
Anksiyete	.93±1.55	.58±1.27	1.057	.295
Öfori	.15±.72	.15±.78	-.009	.993
Apati	1.15±1.69	1.12±1.50	.092	.927
Disinhibisyon	.63±1.48	.23±.71	1.543	.127
İrritabilite	.74±1.76	.42±1.20	.810	.421
Anormal motor davranış	.20±.77	.31±1.12	-.498	.620
Uyku	.61±1.35	.42±1.20	.579	.564
İştah	.72±1.51	.69±1.40	.069	.945

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.36’ da görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin toplam NPE sıkıntı skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının bakım vericilerin başka hastaya bakım verme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin demanslı başka hastaya bakım verme durumuna göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.37. Bakım vericilerin demanslı başka hastaya bakım verme durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Hayır** (n=70)	**Evet** (n=2)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	7.87±10.04	2.00±2.82	.821	.415
Hezeyanlar	.47±1.24	.00±.00	.531	.597
Halüsinasyonlar	.23±.90	.00±.00	.355	.723
Ajitasyon	.97±1.66	.00±.00	4.873	**.000**
Depresyon	1.40±1.83	1.00±1.41	.305	.762
Anksiyete	.80±1.47	1.00±1.41	-.190	.850
Öfori	.16±.75	.00±.00	.293	.771
Apati	1.17±1.63	.00±.00	6.003	**.000**
Disinhibisyon	.50±1.28	.00±.00	.548	.586
İrritabilite	.64±1.60	.00±.00	.562	.576
Anormal motor davranış	.24±.92	.00±.00	.369	.713
Uyku	.56±1.31	.00±.00	.595	.554
İştah	.73±1.48	.00±.00	.690	.493

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan ajitasyon ve apati puan ortalamalarının bakım vericinin demanslı hastaya bakım verme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Demanslı hastaya bakım vermeyen bakım vericilerin ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları (.97±1.66) ve apati sıkıntı puan ortalamaları (1.17±1.63); demanslı başka hastaya bakım veren bakım vericilerin ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları

(.00±.00) ve apati sıkıntı puan ortalamalarından (.00±.00) daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.37).

Bu bölümde demans bakım vericilerinin bakım vericide herhangi bir hastalık varlığına göre bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.38. Bakım vericilerin eşlik eden başka hastalık durumuna göre bakım vericilerin NPE Sıkıntı puan ortalamalarının dağılımı (n=72).

Ölçek ve Alt Boyutları	**Evet** (n=35)	**Hayır** (n=37)	**Test Sonucu**	
	$\bar{X}$±SS	**$\bar{X}$±SS**	**t***	**p**
NPE Sıkıntı Puan Toplamı	8.83±11.38	6.65±8.40	.928	.357
Hezeyanlar	.71±1.52	.22±.82	1.711	.093
Halüsinasyonlar	.43±1.24	.03±.16	1.895	.066
Ajitasyon	1.20±1.89	.70±1.37	1.271	.208
Depresyon	1.60±1.88	1.19±1.76	.957	.342
Anksiyete	.74±1.44	.86±1.49	-.352	.726
Öfori	.20±.83	.11±.65	.521	.604
Apati	1.06±1.64	1.22±1.61	-.414	.680
Disinhibisyon	.57±1.46	.41±1.06	.553	.582
İrritabilite	.77±1.75	.49±1.42	.759	.450
Anormal motor davranış	.20±.83	.27±.99	-.325	.746
Uyku	.57±1.44	.51±1.17	.188	.852
İştah	.77±1.57	.65±1.37	.353	.725

*Independent Samples t Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.38’ de görüldüğü üzere demans bakım vericilerinin toplam NPE sıkıntı skoru ve alt boyutlarının puan ortalamalarının bakım vericide herhangi bir hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu bölümde demans hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve nöropsikiyatrik belirtileri düzeyleri ve hasta yakınlarının NPE sıkıntı puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.39. Demans hastalarının TGYA, EGYA, NPE puan ortalamaları ve hasta yakınlarının NPE sıkıntı puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.

TANI		**NPE Puanı**		**NPE Sıkıntı Puanı**		**TGYA**		**EGYA**	
		r	**p***	**r**	**p***	**r**	**p***	**r**	**p***
AD	**NPE puanı**	1	-	**0.874**	**.000**	-0.033	.745	0.037	.715
	NPE Sıkıntı Puanı	**0.874**	**.000**	1	-	-0.050	.620	-0.014	.890
	TGYA	-0.033	.745	-0.050	.620	1	-	**0.566**	**.000**
	EGYA	0.037	.715	-0.014	.890	**0.566**	**.000**	1	
DİĞER	**NPE puanı**	1	-	**0.938**	**.000**	0.127	.433	0.185	.253
	NPE Sıkıntı Puanı	**0.938**	**.000**	1	-	0.082	.614	0.133	.412
	TGYA	0.127	.433	0.082	.614	1	-	**0.617**	**.000**
	EGYA	0.185	.253	0.133	.412	**0.617**	**.000**	1	-

*Pearson r korelasyon testi sonucudur.

Çalışmada AD hastalarının TGYA ile EGYA ölçek puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($0.40<|r=0.566|<0.60$, $p<0.05$), demans hastalarının TGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça EGYA ölçeği toplam puan ortalamaları da artmaktadır ($p<0.05$).

AD hastalarının bakım vericilerinin NPE ölçek puan ortalamaları ile NPE sıkıntı puan ortalamaları arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($|r=0.874|>0.80$), $p<0.05$), bakım vericilerin NPE ölçek puan ortalamaları arttıkça NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları da artmaktadır ($p<0.05$).

Çalışmada AD dışındaki diğer demans hastalarının TGYA ile EGYA ölçek puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($0.60<|r=0.617|<0.80$, $p<0.05$), demans hastalarının TGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça EGYA ölçeği toplam puan ortalamaları da artmaktadır ($p<0.05$).

AD dışındaki diğer demans hastalarının bakım vericilerinin NPE ölçek puan ortalamaları ile NPE sıkıntı puan ortalamaları arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($|r=0.938|>0.80$), $p<0.05$), bakım vericilerin NPE ölçek puan ortalamaları arttıkça NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları da artmaktadır ($p<0.05$).

Çalışmada AD ve diğer demans hastalarının TGYA ile NPE ölçek puanları ve EGYA ile NPE ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 4.39).

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Demans hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre TGYA ve EGYA, NPE ölçek genel puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması,
- Demans hasta yakınlarının ve bakım vericilerin (aktif bakım verme) tanımlayıcı özelliklerine göre NPE ölçeği sıkıntı puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması,
- Demans hastalarının TGYA, EGYA, NPE puan ortalamaları ve hasta yakınlarının NPE sıkıntı puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizinin tartışılması.

5.1. Demans hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre TGYA ve EGYA, NPE ölçek genel puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre demans hastalığına sahip olan erkek bireylerin TGYA alt boyutu olan beslenme puan ortalamalarının (3.00±0.00) kadın bireylerin puan ortalamalarından (2.82±0.54) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.5). Bulgular kadınların temel günlük yaşam aktivitesi olan beslenmeyi bağımsız olarak yerine getirmekte erkeklere göre daha fazla zorlandıklarını göstermektedir. Kadın ve erkek hastaların demans evrelerinin, hastalık sürelerinin göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bireylerin beslenme aktivitelerini kendilerinin bağımsız olarak yapamamasına bağlı olarak bakım vericilerin yükünün artacağını düşündürmektedir. Orak ve Sezgin'in kanser hastalarının bakım verme yükü ile ilgili çalışmalarında ise hastaların % 61'inin beslenme aktivitesini yardımsız yapabildiği gösterilmiştir (71).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre 75 yaş ve üzerindeki demans hastalarının EGYA ölçeği alt boyutu olan yolculuk etme biçimi puan ortalamaları, diğer yaş grubu hastalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.6). Bulgular 75 yaş üzeri hastaların yolculuk aktivitesini diğer yaş gruplarındaki (55-64, 65-74 yaş) hastalara göre daha çok bağımsız yerine getirebildiklerini göstermektedir.

Bir diğer çalışma bulgusuna göre ise demans hastaları arasında bekar bireylerin TGYA alt boyutu olan beslenme puan ortalamaları evli bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.7). Bekar grubundaki hastalar (bekar/boşanmış/dul) evli hastalara yemeklerini kendileri daha rahat yiyebilmektedir, bunun sonucu olarak da bakım verici yükünün azalacağı düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre çocuk sahibi olmayan demans hastalarının TGYA ölçek alt boyutları olan banyo ve giyinme alışkanlıklarını bağımsız yapabilme puan ortalamaları çocuk sahibi olan demans hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı zamanda çocuk sahibi olan demans hastalarının EGYA ölçek alt boyutu olan para işlerini bağımsız idare edebilme puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.11). Çocuk sahibi olan demans hastaları banyo ve giyinmeyi çocuk sahibi olanlara göre bağımsız yapabilirken, para işlerini tam bağımsız olarak yerine getirememektedirler.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre demansa eşlik eden başka bir hastalığı olmayan demans hastalarının TGYA ölçek alt boyutları olan tuvalet yapma ve bir yerden bir yere gitme, EGYA ölçek alt boyutları olan telefon kullanma ve para işlerini idare edebilme alışkanlıklarını bağımsız yapabilme puan ortalamaları başka hastalığı olan demans hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.12). Demansa bağlı görülen değişikliklerin yaşam aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkileri beklenen bir durum olmakta, demansa başka bir hastalığın eşlik etmesiyle hastalardaki değişikliklerin artacağı öngörülmekte ancak çalışmamızda bunun tersi bir sonuç elde edilmesi, gruplar arasındaki nicelliğin farklı olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmada demans hastalarının TGYA ve EGYA ölçek puan ortalamaları arasında eğitim düzeyine, iş-meslek durumuna ve hastaların birlikte yaşadığı kişilere, TGYA ölçek puan ortalamalarında yaşa, EGYA ölçek puan ortalamalarında ise medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Bkz.Tablo 4.6, 7, 8, 9, 10). Elde edilen bulgular hastaların yaşının, eğitim düzeyinin, mesleklerinin, medeni durumlarının, birlikte yaşanılan kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri üzerinde etkili olmadığı sonucunu vermektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre 75 yaş ve üzerindeki demans hastalarının NPE ölçeği alt boyutu olan uyku sıklık*şiddet puan ortalamaları, diğer yaş grubu hastalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.14). Bulgular sonucunda yaşın ilerlemesi sonucu görülebilen fizyolojik değişikliklerin yaş faktörünün hastaların uyku düzeni özelliklerini de etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ancak önemli nokta hastalarda uyku düzeni değişikliklerinin fizyolojik veya bilişsel değişiklikler sonucunda gerçekleştiğini belirlemektir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre üniversite mezunu demans hastalarının NPE ölçeği alt boyutu olan iştah sıklık*şiddet puan ortalamaları, diğer eğitim düzeylerine göre, orta okul mezunu demans hastalarının ise ajitasyon puan ortalamaları diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.16).

Çalışmada demans hastaları arasında NPE toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.13). Mulders ve arkadaşlarının çalışmasında da NPE puan ortalamaları cinsiyete göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Erken başlangıçlı demans hastalarında % 88 ile ajitasyon, % 56 ile apati en sık görülen belirtiler olarak bildirilmiştir (7). Öte yandan Ijssel ve arkadaşlarının nöropsikiyatrik belirtilerin hemşireler üzerindeki sıkıntı düzeyini inceledikleri çalışmada erkek hastalarda nöropsikiyatrik belirtilerin görülme sıklığının kadın hastalardan daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada bütün belirtiler farklı sıklıkta görülürken, en sık görülen belirtiler sırayla hezeyan, halüsinasyon, ajitasyon, depresyon, anksiyete olarak belirtilmiştir (32). Çalışmamızın cinsiyet açısından farklı sonuçlar göstermemesinin nedeni örneklemi oluşturan kadın hasta grubundaki bireylerin daha fazla olması ve örneklem sayısının literatüre göre az olması ve buna bağlı olarak AD dışındaki demans türlerindeki hasta sayısının da az olması düşünülebilmektedir. Kadınlarda sözlü ajitasyon davranışları daha belirgin olarak görülürken, erkeklerde fiziksel ajitasyon daha sık görülebilmektedir (46, 72). Bu da kadınların öfke ve agresyon duygularını fiziksel ajitasyon olarak yansıtmalarını engelleyebilmektedir. Nöropsikiyatrik belirtilerin prevalansının

artması hastaların bakım alma gereksinimlerini artırırken, bakım vericilerin yaşayacağı sıkıntı düzeyini ve yükünü de yükseltebilmektedir.

Çalışmada demans hastaları arasında NPE toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları açısından medeni duruma, iş-meslek durumuna, birlikte yaşadığı kişilere, çocuk sahibi olma durumlarına ve demansa eşlik eden başka bir hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.15, 17, 18, 19, 20).

5.2. Demans hasta yakınlarının ve bakım vericilerin (aktif bakım verme) tanımlayıcı özelliklerine göre NPE ölçeği sıkıntı puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre memur grubundaki hasta yakınlarının NPE ölçeği toplam sıkıntı puan ortalamaları, halüsinasyon, ajitasyon ve irritabilite sıkıntı puan ortalamaları ev hanımı ve emekli grubundaki hasta yakınlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.25). Bunun sonucunda belirtilen nöropsikiyatrik belirtilerin hasta yakınına verdiği sıkıntı düzeyi hasta yakınlarının meslek durumlarına göre farklılık göstermektedir. Çalışmamız ile uyumlu olarak literatürde bakım vericinin bakım verirken başka bir işte çalışması bakım vericinin yaşadığı sıkıntı düzeyini ve yükünü artırmaktadır. Ancak bakım vericinin iş-meslek grupları için sınıflandırma yapılmamıştır (73).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre çocuk sahibi olan ve aynı zamanda aktif bakım veren hasta yakınlarının irritabilite sıkıntı puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.26). Bulgular ışığında değerlendirildiğinde bakım vericinin aynı zamanda başka bir bireyle ile de ilgilenmesinin bakım vericinin yükünü artırdığını ve yaşadığı sıkıntıyı artırdığını göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hastanın çocuğu olan bakım verici hasta yakınlarının ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları eşi ve diğer akraba grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.27). Çalışma bulguları değerlendirildiğinde; örneklem sayısı açısından

iki grup oluşturulduğunda hastanın çocuğu olan bakım verici sayısının ikinci gruba göre fazla olması ve çocukların primer bakım verici olmaları nedeniyle yaşadıkları ajitasyon sıkıntı puan ortalamalarını artırdığını ortaya koymaktadır. Arthur ve arkadaşlarının çalışmasında da davranışsal değişikliklerin sıkıntı alt boyutları incelenmeden, hastanın eşi dışındaki bakım vericilerin eşi olan bakım vericilere göre yaşadıkları toplam sıkıntı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (73). Bu bağlamda çelişkiyi incelemek anlamında farklı bir örneklem ve çalışma ile konunun tekrar değerlendirilmesinin faydalı olacağını düşündürmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hasta ile her gün telefonla görüşen bakım verici hasta yakınlarının hezeyan sıkıntı puan ortalamaları haftada en az üç kez ve daha az sıklıkta hasta ile telefonla görüşenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.30). Arthur ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde hasta ile görüşülen/bakım verilen süre arttıkça bakım verenin sıkıntı düzeyi ve yükünün arttığı bulunmuştur (73). Çalışmanın bulguları ve literatür doğrultusunda hastayla iletişim kurulan süre arttıkça hasta yakınının yaşadığı sıkıntı düzeyi de artmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre bakmakla yükümlü olduğu çocuğu olmayan hasta yakınlarının irritabilite sıkıntı puan ortalamaları bakmakla yükümlü olduğu çocuğu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.31).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre geliri giderden fazla olan hasta yakınlarının hezeyan sıkıntı puan ortalamaları geliri giderden az olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.33). geliri giderden fazla olan hasta yakınlarının sayısının gelir giderden az olanlardan fazla olması bireylerin yaşadığı hezeyan sıkıntı puan ortalaması üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre başka demans hastasına bakım vermeyen hasta yakınlarının ajitasyon ve apati sıkıntı puan ortalamaları başka demans hastasına bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz.Tablo 4.37).

Çalışmada demans hasta yakınları arasında NPE ölçeği sıkıntı puan ortalamaları açısından hasta yakınlarının yaş, hasta ile birlikte yaşama, hasta ile yüz yüze görüşme sıklığı, şu an için herhangi bir işte çalışma, bakım verilen süre, bakımın paylaşıldığı birinin varlığı, başka bir hastaya bakım verme ve herhangi bir hastalık varlığı faktörlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.22, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36,38). Literatüre bakıldığında ilgili çalışmalarda bakım veren hasta yakınının hasta ile birlikte yaşaması, günlük bakım verilen sürenin artmasının NPE ölçeği sıkıntı puan ortalamalarını da artırdığı, bakım paylaşıldığı birinin varlığı bakım vericinin yaşadığı sıkıntı düzeyini azalttığı (74); hastaya 1 yıldan az süreyle bakım veren yakınlarının yaşadığı yük hastaya 1 yıldan fazla süreyle bakım verenlerin yaşadığından daha düşük bulunmuştur (75). Çalışmamızda literatürden farklı bulgular elde edilmesi örneklem sayısının artırılması gerekliliğini aynı zamanda çalışmamızda bakım verenlerin hasta ile bire bir yaşama açısından literatüre farklılık olduğunu göstermektedir.

Çalışmada demans hasta yakınlarının NPE alt boyutu olan sıkıntı puan ortalamalarının hasta yakınının cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine ve medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.21, 22, 23, 24). Başka bir çalışmada ise hasta yakınının belirttiği yükün hasta yakınının cinsiyetine (K>E), medeni durumuna (evli>evli dışındaki) ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (73). Shikimoto ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım vericinin kadın cinsiyeti, evli olmamasının NPE ölçeği sıkıntı puan ortalamalarını da artırdığı bulunmuştur (74). Farklı bir çalışmada ise hasta yakınlarının cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi ve gelir durumunun yakınların yaşadığı sıkıntı ve yükü etkilemediği tespit edilmiştir (75).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre demans bakım vericilerinin NPE sıkıntı puan ortalamalarının bakım vericilerin hastayla beraber yaşama, hastayla yüz yüze görüşme sıklığına, çalışma durumuna, hastaya bakım verdiği süreye, bakımın paylaşıldığı birinin varlığına, başka bir hastaya bakım vermeye ve bakım vericide herhangi bir hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.28, 29, 32, 34, 35, 36, 38).

5.3. Demans hastalarının TGYA, EGYA, NPE puan ortalamaları ve hasta yakınlarının NPE sıkıntı puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizinin tartışılması

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre bakım verilmeyen demans hastalarının toplam TGYA puan ortalamaları ve toplam EGYA puan ortalamaları; bakım verilen hastaların toplam TGYA puan ortalamaları ve toplam EGYA puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.4). Çalışmanın bulguları bakım verilmeyen bireylerin bakım verilenlere göre yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha bağımsız düzeyde olduklarını göstermektedir.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre toplam NPE ve toplam NPE sıkıntı puan ortalamalarının bakım verilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.4). Bulgular sonucunda hastalarda yaşanan nöropsikiyatrik belirtilerin sıklık ve şiddetinin artmasıyla bakım vericideki sıkıntı düzeyini de artması beklenirken literatürden farklı sonuç çıkması güvenilirlik açısından ileri analiz yapılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada AD hastalarının TGYA ölçek puan ortalamaları ile EGYA ölçek puan ortalamaları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). AD hastalarının TGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça EGYA ölçeği toplam puan ortalamaları da artmaktadır. AD dışındaki diğer demans hastalarının TGYA ölçek puan ortalamaları ile EGYA ölçek puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo Tablo 4.39). AD dışındaki diğer demans hastalarının TGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arttıkça EGYA ölçeği toplam puan ortalamaları da artmaktadır. TGYA' yi bağımsız yapan hastaların EGYA' yi de bağımsız yapabileceğini göstermektedir.

Çalışmada AD ve diğer demans hastalarının bakım vericilerinin NPE ölçek puan ortalamaları ile NPE sıkıntı puan ortalamaları arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.39). Bakım vericilere göre nöropsikiyatrik belirtilerin hastalarda görülme sıklığı*şiddeti arttıkça, bakım vericilerin yaşadığı sıkıntı düzeyi de artmaktadır.

Benzer şekilde Shikimoto ve arkadaşlarının çalışmasında hastalarda nöropsikiyatrik belirtilerin görülme sıklığının artması bakım vericilerin yaşadığı sıkıntı düzeyini artırdığı bulunmuştur (74).

Çalışmada AD ve diğer demans hastalarının NPE ölçek puan ortalamaları ile TGYA ve EGYA ölçek puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.39). Ancak Onofrio ve arkadaşlarının AD ve vasküler demans hastalarında fonksiyonel durum ve nöropsikiyatrik belirtileri inceledikleri çalışmalarında; her iki hasta grubunda da TGYA' daki bozulma ile NPE 'in alanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmuş, EGYA'nın bozulması AD hastalarında ajitasyon, anksiyete, anormal motor davranış ile ilişkili bulunurken, AD ve VaD hastalarında ise depresyon, apati, irritabilite, uyku bozuklukları ve iştah/yeme değişiklikleri ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada AD bakım vericilerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi VaD bakım vericilerin sıkıntı düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Belirtiler demans alt tipine göre değişkenlik göstermekte ve aynı zamanda AD hastalarında TGYA ve EGYA'da belirgin derecede bozulmaya yol açarak bakım vericilerin sıkıntı düzeyini artırmaktadır (27). Başka bir çalışmada da apati puan ortalamaları ile TGYA puan ortalamaları arasında AD hastalarında negatif yönlü, orta derecede güçlü, diğer demans hastalarında ise negatif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. EGYA için ise apati puan ortalamaları ile EGYA puan ortalamaları arasında AD ve VD hastalarında negatif yönde, güçlü, FTD hastalarında ise negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (76). Öte yandan Shikimoto ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaların bakım vericilerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi ile bağımlılık düzeyi daha az olan hastaların bakım vericilerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi arasında çok önemli farklılık bulunmamıştır (74). Bu da bakım vericilerin yaşadığı sıkıntı düzeyinin bakım vericilerin içinde bulundukları koşullara ve sıkıntıyı subjektif algılama düzeylerine göre değişkenlik gösterebildiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma demans hastalarının nöropsikiyatrik belirtileri ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin analiz edilmesi amacıyla yapılmıştır.

6.1. Araştırma Sonuçları

1. Araştırmaya yapılan muayene ve tetkik işlemleri sonucunda demans tanısı alan 142 hasta birey katılmıştır. Hastaların % 57.0'si kadın, % 52.8'i 75 yaş ve üzeri yaş aralığında, % 65.5'i evli, % 28.9'u okuryazar olmayan, % 28.2'si ilkokul mezunu olan, % 52.8'i emekli, % 95.8'i çocuk sahibi olan, % 71.8'i tanısı Alzheimer demansı olan, % 49.3'ü eşi/partneri veya bakım verici ile yaşayan, % 85.9'u demansa eşlik eden başka bir hastalığı olan bireylerden oluşmuştur (Tablo 4.1).
2. Demans hasta yakınlarının % 69.7' si kadın, % 41.5'i 46-59 yaş aralığında, % 75.4'ü evli, % 37.3'ü 15 yıl ve üzeri eğitime sahip olan, % 52.8'i hastanın çocuğu (oğlu/kızı) olan, % 33.1'i emekli olan, % 66.2'si hasta ile birlikte yaşayan, % 75.4'ü hasta ile ayrı yaşadığı için hasta ile her gün yüz yüze görüşen, % 50'si ayda birden az telefonla görüşen ve hiç telefonla görüşmeyen, % 43'ü her gün telefon ile görüşen, % 72.5'i çocuk sahibi olan, % 71.8'i bakmakla yükümlü olduğu çocuk sahibi olmayan, % 68.3'ü şu anda herhangi bir işte çalışmayan, % 56.3'ü geliri gidere eşit olan, % 56.3'ü herhangi bir hastalığı olmayan bireylerden oluşmuştur (Tablo 4.2).
3. Aynı zamanda bakım verici olan hasta yakınlarının bakım verme durumuna göre bakıvericilerin % 45.8'i 1 yıldan az süreyle bakım veren, % 68.1'i bakım vermeye başlamadan önce herhangi bir işte çalışmayan, % 66.7'si hastanın bakımını paylaştıkları başka biri olmayan, % 63.9' u daha önce başka bir hastaya bakım vermeyen, % 97.2' si daha önce demanslı başka bir hastaya bakım vermeyen bireylerden oluşmuştur (Tablo 4.3).
4. Çalışmada demans hastalarının toplam TGYA ve toplam EGYA ölçek puan ortalamalarının bakım verme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Bakım verilmeyen hastaların toplam TGYA ve EGYA puanları; bakım verilen hastaların toplam TGYA ve EGYA puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.00$). Toplam

NPE ve toplam NPE sıkıntı puan ortalamalarının bakım verilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulgusu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

5. Çalışmada demans hastalarının cinsiyete göre TGYA alt boyutu olan beslenme aktivitesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Erkek hastaların beslenme aktivitelerini bağımsız yapabilme puan ortalamaları, kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir. Hastaların toplam EGYA ve EGYA alt boyutlarının puan ortalamalarında hastanın cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.5).
6. Çalışmada demans hastalarının EGYA ölçeği alt boyutu olan yolculuk etme biçimi puan ortalamalarının hastanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). 75 yaş ve üzeri yaş grubunun yolculuk etme biçimi puan ortalamaları, 65-74 yaş grubu yolculuk etme biçimi puan ortalamalarından daha yüksektir. Hastaların TGYA puan ortalamaları ve EGYA diğer alt boyut ortalamalarında hastanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.6).
7. Çalışmada demans hastalarının beslenme aktivitesi puan ortalamalarının hastaların medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Dul grubunun beslenme puan ortalamaları, evli grubun puan ortalamalarından daha yüksektir. Hastaların EGYA puan ortalamaları ve alt boyutların puan ortalamalarında hastanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.7).
8. Çalışmada demans hastalarının TGYA ve EGYA puan ortalamalarında hastanın eğitim düzeyine, iş-meslek gruplarına, birlikte yaşadığı kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.8, 9, 10).
9. Çalışmada demans hastalarının banyo, giyinme ve para işlerini idare etme bakımından çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hastaların banyo ve giyinme alışkanlıklarını bağımsız yapabilme puan ortalamaları, çocuk sahibi olan hastaların puan ortalamalarından daha

yüksektir. Ancak çocuk sahibi olan hastaların para işlerini bağımsız idare edebilme puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.11).

10. Çalışmada demans hastalarının tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, telefon kullanma yetisi ve para işlerini idare etme bakımından demansa eşlik eden başka hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Demansa eşlik eden başka hastalığı olmayan hastaların tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, telefon kullanma ve para işlerini idare etme gibi aktiviteleri bağımsız yapabilme puan ortalamaları; demansa eşlik eden başka hastalığı olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.12).
11. Çalışmada demans hastalarının NPE ölçeği alt boyutu olan uyku puan ortalamalarının hastanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). 75 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların uyku puan ortalamaları, diğer grupların uyku puan ortalamalarından (55-64 yaş grubu, 65-74 yaş grubu) daha yüksektir (Tablo 4.14).
12. Çalışmada demans hastalarının NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan, ajitasyon ve iştah puan ortalamalarının hastanın eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Üniversite mezunu olan hastaların iştah puan ortalamaları, ilkokul ve lise mezunu olanların puan ortalamalarından daha yüksektir. Orta okul mezunu olan hastaların ajitasyon puan ortalamaları, lise mezunu olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.16).
13. Çalışmada demans hastalarının NPE ölçek puan ortalamalarının hastanın cinsiyetine, medeni durumuna, iş-meslek gruplarına, birlikte yaşadığı kişilere, çocuk sahibi olmalarına, demansa eşlik eden başka hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.13, 15, 17, 18, 19, 20).
14. Çalışmadan demans hasta yakınlarının NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının hasta yakınının cinsiyetine, yaşına, medeni durumuna, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.21, 22, 23, 24).

15. Çalışmadan demans hasta yakınlarının NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları ve halüsinasyon, ajitasyon, irritabilite puan ortalamalarının hasta yakınlarının iş-meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Toplam NPE sıkıntı puan ortalamaları için memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları, ev hanımı ve emekli grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamalarından; halüsinasyon için memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları, ev hanımı grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamalarından; ajitasyon için memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları emekli grubundaki hasta yakınlarının sıkıntı puan ortalamalarından; irritabilite için ise memur grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları, emekli grubundaki hasta yakınlarının sıkıntı puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.3$), (Tablo 4.25).
16. Çalışmadan demans hasta yakınlarının NPE ölçeği alt boyutu olan irritabilite puan ortalamalarının hasta yakınının çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hasta yakınının irritabilite puan ortalamaları, çocuk sahibi olan hasta yakınının puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.26).
17. Çalışmada demans bakım vericilerin NPE ölçeği alt boyutu olan ajitasyon sıkıntı puan ortalamalarının hastaya yakınlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastanın çocuğu olan bakım vericilerin ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları, eşi grubunun puan ortalamalarından ve diğer akraba grubu puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.27).
18. Çalışmada demans bakım vericilerin NPE sıkıntı skoru puan ortalamalarının bakım vericinin hastayla yaşama durumuna, hastayla yüz yüze görüşme sıklığına, çalışma durumuna, bakım verdiği süreye, bakımın paylaşıldığı birinin varlığına, başka hastaya bakım verme durumuna, bakım vericide herhangi bir hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.28, 29, 32, 34, 35, 36, 38).
19. Çalışmada demans bakım vericilerin NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan sıkıntı puan ortalamalarının bakım vericilerin hastayla telefon ile görüşme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit

edilmiştir ($p<0.05$). Hasta ile her gün telefon ile görüşen bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamaları haftada en az üç kez telefonla görüşen bakım vericilerin hezeyan puan ortalamalarından ve diğer grubundaki bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamalarından yüksektir ($p<0.15$), (Tablo 4.30).

20. Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan irritabilite puan ortalamalarının bakım vericinin bakmakla yükümlü olduğu çocuk varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bakmakla yükümlü olduğu çocuğu olmayan bakım vericilerin irritabilite sıkıntı puan ortalamaları, bakmakla yükümlü olduğu çocuğu olan bakım vericinin irritabilite puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.31).
21. Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan hezeyan sıkıntı puan ortalamalarının bakım vericilerinin gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olan bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamaları, geliri giderden az olan bakım vericilerin hezeyan sıkıntı puan ortalamalarından yüksektir ($p<0.15$), (Tablo 4.33).
22. Çalışmada demans bakım vericilerinin NPE ölçeği alt boyutu olan ajitasyon ve apati puan ortalamalarının bakım vericinin demanslı hastaya bakım verme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulgusu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Demanslı hastaya bakım vermeyen bakım vericilerin ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları ve apati sıkıntı puan ortalamaları; demanslı başka hastaya bakım veren bakım vericilerin ajitasyon sıkıntı puan ortalamaları ve apati sıkıntı puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.37).
23. Çalışmada AD hastalarının TGYA ile EGYA ölçek puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($0.40<|r=0.566|<0.60$, $p<0.05$), hastaların TGYA toplam puan ortalamaları arttıkça EGYA toplam puan ortalamaları da artmaktadır. NPE ölçek puan ortalamaları ile bakım vericilerin NPE sıkıntı puan ortalamaları arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($|r=0.874|>0.80$), $p<0.05$), NPE ölçek puan ortalamaları arttıkça bakım vericilerin NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları

da artmaktadır. AD dışındaki diğer demans hastalarının TGYA ile EGYA ölçek puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($0.60<|r=0.617|<0.80$, $p<0.05$), hastaların TGYA toplam puan ortalamaları arttıkça EGYA toplam puan ortalamaları da artmaktadır. NPE ölçek puan ortalamaları ile NPE sıkıntı puan ortalamaları arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($|r=0.938|>0.80$), $p<0.05$), NPE ölçek puan ortalamaları arttıkça bakım vericilerin NPE sıkıntı toplam puan ortalamaları da artmaktadır. Çalışmada AD ve diğer demans hastalarının TGYA ile NPE ölçek puanları ve EGYA ile NPE ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 4.39).

6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler

- Hemşirelerin araştırmalarda demans bakım vericilerinin bakım yükünü etkileyen faktörler açısından demans hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde ve enstrümental yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeylerini dikkate alması,
- Hemşirelerin araştırmalarda ve hastaya bakım verirken demans hastalarının bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinde etkili olan faktörler açısından hastalarının cinsiyet (kadın), yaş (75 yaş ve üzeri), medeni durum (evli olanlar), çocuk sahibi olma (çocuk sahibi olanlar) ve demansa eşlik eden başka hastalık durumlarının (hastalığı olanlar) dikkatle ele alınması, kadın hastaların toplumsal aile rollerinin göz ardı edilmemesi,
- Hemşirelerin demans hastalarında görülen ve aynı zamanda hasta yakınlarında sıkıntı düzeyini etkileyen nöropsikiyatrik belirtilerin (hezeyan, ajitasyon, uyku ve iştah gibi) hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş ve eğitim düzeyi gibi) açısından dikkatle değerlendirmeleri ve bu alanlarla ilgili kapsamlı çalışmalara yönelmeleri,
- Hemşirelerin farklı çalışmalarla demans hastasına bakım veren yakınlarının iş-meslek durumlarının (memur olarak aktif çalışma olması), hastaya yakınlık derecelerinin (hastanın kızı veya oğlu olmak), çocuk sahibi olmalarının (çocuk sahibi olmak) ve bakmakla yükümlü oldukları çocuk

varlığının (çocuk sahibi olmamak), gelir durumlarının (gelir giderden fazla olan), hastayla iletişim kurma sıklıklarının (hastayla her gün görüşmek), daha önce başka bir demans hastasına bakım verme durumlarının (başka demans hastasına bakım vermemiş olmak) bakım vericilerin yaşadığı sıkıntı düzeyi ile arasındaki ilişki nedeniyle bu faktörlerin hasta ve bakım vericileri ile bütüncül bir çerçevede değerlendirmeleri,

- Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türk toplumuna uygun, kadın ve erken formlarının ayrı ayrı geliştirilmesi ve çalışmalarla desteklenmesi,
- Demans hastalarının nöropsikiyatrik belirtilerinin hastaların bağımlılık düzeyi, bakım vericilerin bakım verme yükü arasındaki ilişkilerin belirlenerek farklı demans türlerinden oluşan büyük örneklem gruplarıyla değerlendirilmeleri,
- Elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin hastalarda görülen nöropsikiyatrik belirtilerin hasta yakınları ve bakım vericilerde yarattığı sıkıntı ile baş etmelerini sağlamaya ve bakım yüklerinin azaltılmasını desteklemeye yönelik psikoeğitimler düzenlemeleri,
- AD dışındaki demans türlerinin örneklem sayılarının artırılarak farklı çalışmalarla desteklenmeleri önerilmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre demans hastalarının yaşam aktivitelerini kendilerinin yapabilmelerinin bağımsızlık düzeyleri açısından, nöropsikiyatrik belirtilerin hasta yakını bakış açısıyla değerlendirilmesinin de hasta yakınlarına verdiği sıkıntı düzeyi açısından belirlemede, bunlara yönelik eğitimlerin düzenlenmesinin ruh sağlığı ve hastalıkları açısından önemli olduğu görüşüne varılmıştır. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerle yapılmış farklı çalışmalar mevcut olup, hasta ve yakınlarına yönelik psikoeğitimlerle ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmanın örnekleminin saha çalışması kapsamında değerlendirilen hasta bireylerden oluşması yönüyle önem arz etmekle birlikte, en önemli kısıtlılığın farklı demans gruplarındaki birey sayısı olduğu görülmüştür. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda evrenin genişletilerek ve çeşitlendirilerek çalışmanın yararlı olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Karaman, Y. Alzheimer Hastalığı-II, *Actual Medicine-Medical Network*, 2005, 13 (10): 53- 61.

2. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye'de gerontoloji hemşireliği eğitimi (I): bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması programın dayandığı temeller, deneyimler ve eğitim programı önerisi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5(1): 33-39.

3. Köroğlu E. *Psikiyatri El Kitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği (HYB) Yayıncılık, 2013: 123-124.

4. Prince M, Guerchet M, Prina M. *Alzheimer's Disease International: Policy Brief for G8 Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050:London.* Alzheimer's Disease International. https://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf. 7 Ocak 2018.

5. Rabins P, Lyketsos CG, Steele CD. *Practical Dementia Care*, 2nd ed. Baltimore, Oxford University Press, 2006: 1-3.

6. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon, *Türkiye'de Psikiyatri,* 2006, 8: 30-37.

7. Akdemir N, Birol L, *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3.Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 839-843.

8. Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.

9. Kutsal YG. Türkiye'de Yaşlanma. İçinde: Palmore E, Whittington F, Kunkel SR (Eds): The International Handbook on Aging: Current Research and Developments. Greenwood Publishing Group: USA, ABC CLIO Press, 2009: 579-592.

10. Buijssen, HPJ. *The simplicity of dementia: a guide for family and carers* [electronic version]. Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2005: 15-35.

11. Chodosh J, Miller DM, Aneshensel CS, Wight RG, Karlamangla AS. Depressive symptoms, chronic diseases, and physical disabilities as predictors of cognitive functioning trajectories in older Americans, *Journal of American Geriatry Society*, 2010, 58(12): 2350-2357.

12. Lewis S, Heitkemper M, Dirksen M, O'Brien P, Bucher L. *Medical Surgical Nursing. In Alzheimer's Disease and Dementia.* 7rd ed. Philadelphia, Mosby, 2007: 1561-1579.

13. Miller BL, Boeve BF. *The Behavioral Neurology of Dementia*. 1.ed. Newyork, Cambridge University Press, 2009: 85-95.

14. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia Patients. *Neurology*, 1997, 10-16.

15. Khoo SA, Chen TY, Ang YH, Yap P. The impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver distress and quality of life in persons with dementia in an Asian tertiary hospital memory clinic. *International Psychogeriatrics*, 2013, 25(12): 1991–1999.

16. Kulaksızoğlu IB. Alzheimer'li hastalarda görülen psikiyatrik ve davranışsal sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 2009, 2(1): 36-44.

17. Yacı Ö. Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.

18. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz.Tic.Ltd.Şti, 2014: 612-613.

19. Akyar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 79-88.

20. Aşiret GD, Kapucu S. Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: anımsama terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 60–68.

21. Yalçın E, Yalçın BM, Dikici M, Şahin M. Alzheimer hastasıyla yaşamak, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2005, 9(4): 167-173.

22. Akça A, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Güdül S, Barut B, Şenormancı Ö, Büyükuysal Ç, Atik L, Atasoy H. Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2014, 51: 267-274.

23. Rasovska H, Rektorova I. Instrumental activities of daily living in parkinson's disease dementia as compared with alzheimer's disease: relationship to motor disability and cognitive deficits: a pilot study, *Journal of The Neurological Science*, 2011, 310: 279-282.

24. Onofrio GD, Sancarlo D, Panza F, Cascavilla L, Paris F, Seripa D, Matera MG, Copetti M, Solfrizzi V, Pellegrini F, Pilotto A. Neuropsychiatric symptoms and functional status in alzheimer's disease and vascular dementia patients, *Current Alzheimer Research*, 2012, 9: 759-771.

25. Mulders AMJ, Fick IWF, Bor H, Verhey FRJ, Zuidema SU, Koopmans RTCM. Prevalence and correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with young-onset dementia: the beyond study, *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 2016, 1-6.

26. Dauphinot V, Combe FD, Mouchoux C, Dorey A, Bathsavanis A, Makaroff Z, Rouch I, Salmon PK. Risk factors of caregiver burden among patients with alzheimer's disease or related disorders: a cross-sectional study, *Journal of Alzheimer's Disease*, 2015, 44: 907–916.

27. Weiner MF, Lipton AM. *Textbook of alzheimer disease and other dementias*, 1. Edition. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2009: 263.

28. Olga V, Emergy B, Thomas EO. *Dementia Presentations, Differential Diagnosis and Nosology* [electronic version]. Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2003.

29. Şentürk SG, Küçükgüçlü Ö. Aromaterapi uygulamasının demanslı bireylerde görülen davranışsal değişiklikler üzerine etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8(3): 190-194.

30. Yüksel N. Demans, multipl skleroz, parkinson hastalığı ve edinsel bağışıklık yetmezliği sendromunda izlenen nöropsikiyatrik belirtiler, *Klinik Psikiyatri*, 2002, 5: 151-159.

31. Zhao OF, Tan L, Wang HF, Jiang T, Tan MS, Tan L, Xu W, Li JQ, Wang J, Lai TJ, Yu JT. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, 2016, 190: 264–271.

32. Ijssel JCL, Mulders AJMJ, Smalbrugge M, Zwijsen S, Appelhof B, Zuidema SU, Vugt ME, Verhey FRJ, Bakker C, Koopmans RTCM.

Nursing staff distress associated with neuropsychiatric symptoms in young-onset dementia and late-onset dementia, *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 2017, 1-6.

33. David AS, Fleminger S, Kopelman MD, Lovestone S, Mellers JDC, Folstein M. Çev. Yağcıoğlu A.E.A. *Lishman Organik Psikiyatri: Nöropsikiyatri Ders Kitabı.* 4.Baskı. Ankara, Sözkesen Matbaacılık, 2013: 577-579.

34. Geschwind MD, Belkoura CR. *Non-Alzheimer's and Atypical Dementia*. 1. Edition. USA, Wiley Blackwell, 2016: 64-66.

35. Spar JE, Rue AL. *Geriatrik Psikiyatri El Kitabı*. 1.Baskı. İstanbul, Sigma Publishing, 2007: 223-226.

36. Sousa M, Moreira F, Jesus JR, Marques I, Cunha F, Canario N, Freire A, Januario C. Apathy Profile in Parkinson's and Huntington's Disease: A Comparative Cross-Sectional Study, *European Neurology*, 2018, 79: 13–20.

37. Barlett H, Gray L, Byrne G, Travers C, Lui C. Dementia a National Health Priority, Dementia Research Mapping Project Final Report, *Commonwealth Department of Health and Ageing*, 2006, 11 (12): 82-101.

38. Karan M. *Yaşlanan Toplumumuz İçin Demansın Önemi. Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu*. İstanbul, Som Kitap, 2009: 55-70.

39. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.

40. Hermann N. Recommendations for The Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, *Journal of The Neurological Science*, 2001, 96-107.

41. İnce A. ADCS-ADL Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması ve Geçerlilik-Güvenilirliği. Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Alan Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2008.

42. Calenti JCM, Tubio J, Gonzalez IA, Lorenzo T, Fernandez TA, Maseda A, Pita SF. Prevalence of Functional Disability in Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Associated Factors, as Predictors of Morbidity and Mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010, 50: 306–310.

43. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Çağaç Y, Şentürk E, Kuralay M, Gülcan MA. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Etmenler. D*okuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2007, 21(3): 145-153.

44. Lee SB, Park JR, Yoo JH, Park JH, Lee JJ, Yoon JC, Jhoo JH, Lee DY, Woo JI, Han JW, Huh Y, Kim TH, Kim KW. *Psychiatry Investigation*, 2013, 10: 238-245.

45. Tanaka N, Nakatsuka M, Ishıı H, Nakayama R, Hosaka R, Meguro K. Clinical utility of the Functional Independence Measure for assessment of patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Psychogeriatrics*; 2013, 13: 199–205.

46. Zuidema SU, Jonghe JFM, Verhey FRJ, Kooprmans RTCM. Predictors of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients: Influence of Gender and Dementia Severity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009, 24: 1079-1086.

47. Fuh JL, Wang SJ, Cummings JL. Neuropsychiatric Profiles in Patients with Alzheimer's Disease and Vascular Dementia, *Journal of Neurolog Neurosurg Psychiatry*, 2005, 1337–1341.

48. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 9. Basım. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002:137-143-144.

49. Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS, Tang LY. Behavioral and Psychologic Symptoms in Different Types of Dementia, *Journal of Formos Medical Association*, 2006, 105 (7): 556–562.

50. Köroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları. 1.Baskı. Ankara, *Boylam Psikiyatri Enstitüsü*, 2009: 697-713-714.

51. Cangöz B, Kutsal YK, Kızıl ET, Baran Z. Üç Farklı Yaşlı Hastalığı: Genel Bilişsel İşlevler, Bellek, Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Açısından İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012, 15(3): 284-291.

52. Kitiş A, Ülgen SY, Zencir M, Büker N. Evde Yaşayan Yaşlılarda Kognitif Düzey, Depresyon Durumu, Fonksiyonel Düzey ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 2012, 23(3): 137-143.

53. Kuronen M, Koponen H, Nykanen I, Karppi P, Hartikainen S. Use of Anti-dementia Drugs in Home Care and Residential Care and Associations With Neuropsychiatric Symptoms: A Crosssectional Study, *Biomedical Central Geriatrics*, 2015, 15 (100): 2-8.

54. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The Spectrum of Behavioral Changes in Alzheimer's Disease, *The American Academy of Neurology*, 1996, 46 (1): 130-135.

55. Kızıl TÖ, Baştuğ G, Erdoğan S, Sakarya D, Durmaz N. Demans Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanterinin Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012, 15(1): 24-29.

56. Türk Dil Kurumu (TDK), Bakım Kavramı, 2017, http://www.tdk.gov.tr , Son Erişim Tarihi: 09.12.2017.

57. Ferrara M, Langiano E, Brango TD, Vito E.D, Cioccio LD, Bauco C. Prevalence of Stress, Anxiety and Depression in With Alzheimer Caregivers, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2008, 6 (93): 1-5.

58. Çınar E. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakıcı Yükünün Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2012.

59. Atagün İA, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(3): 513-552.

60. Cummings JL. Cognitive and Behavioral Heterogenity in Alzheimer's Disease: Seeking the Neurobiological Basis, *Neurobiology Aging*, 2000, 21(6): 845-861.

61. Cankurtaran EŞ, Danışman M, Tutar H, Kaymak SU. The reliability and validity of the Turkish version of the Neuropsychiatric Inventory-Clinician, Turkish Journal of Medical Sciences, 2015, 45: 1087-1093.

62. Lanska DJ. *Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias*, Number 19. Lexington, *Clinical Practice Guideline*, 1996: 53-56.

63. Karakuş F. Altmışbeş Yaş ve Üstü Bireylerin Fiziksel, Sosyal, Mental Aktiviteleri İle Kognitif Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin

Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.

64. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9 (2): 85-93.

65. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale, *Lippincott Nursing Center*, 2008, 108(4): 52-58.

66. Gür S. Alzheimer Hastalığında MRG Kantitatif Atrofi Analizleri İle Nöropsikolojik Tanı Testleri İlişkisi. Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2008.

67. Gürvit İH, Baran B. Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2007, 44: 58-65.

68. Craig D, Mirakhur A, Hart D, Mcllroy S, Passmore AP. A Cross-Sectional Study of Neuropsychiatric Symptoms in 435 Patients With Alzheimer's Disease, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 13 (6): 460-468.

69. Connor DJ, Sabbagh MN, Cummings J. Comment on Administration and Scoring of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) in Clinical Trials, *Alzheimers Dementia*, 2008, 4(6): 390–394.

70. Özal MD. Alzheimer Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri'nin (Cohen-Mansfield Agitation Inventory-CMAI) Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.

71. Orak OS, Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6(1): 33-39.

72. Schreiner AS. Aggressive Behaviors Among Demented Nursing Home Residents In Japan, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16: 209-215.

73. Arthur PB, Gitlin LN, Kairalla JA, Mann WC. Relationship between the number of behavioral symptoms in dementia and caregiver distress: what is the tipping point?, *International Psychogeriatrics*, 2017: 1-9.

74. Shikimoto R, Sado M, Ninomiya A, Yoshimura K, Ikeda B, Baba T, Mimura M. Predictive factors associated with psychological distress of caregivers of people with dementia in Japan: a cross-sectional study, *International Psychogeriatrics*, 2017: 1-10.

75. Eğilli CS, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, *Jaren*, 2017, 3(2): 83-91.

76. Akyol MA. Demanslı Bireylerde Apati Sıklığı/Şiddeti ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2016.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

Bölüm 1: Hasta Formu

1. Hastanın ismi:

2. Tarih:

3. Hastanın doğum tarihi (gün, ay, yıl):

4. Hastanın cinsiyeti:

- Kadın
- Erkek

5. Katılımcının tamamladığı toplam eğitim yılı:

- (Lise 11, Ön lisans 13, Lisans 15, Bilinmiyorsa 99)

6. Katılımcının şu andaki medeni durumu:

- Evli
- Dul
- Boşanmış
- Eşiyle ayrı yaşıyor
- Hiç evlenmemiş (veya evliliği geçersiz sayılmış)
- Evli olmadığı partnerle beraber yaşayan
- Bilinmiyor.

7. Çocuğunuz var mı?

- Evet
- Hayır

8. Katılımcının mesleği:

- Ev hanımı
- İşçi
- Memur

- Serbest meslek
- Emekli
- İşsiz

9. Katılımcının şu anda yaşadığı yer/kişiler:

- Yalnız yaşıyor
- Başka biriyle yaşıyor: Çocukları
- Başka biriyle yaşıyor: eş veya partner
- Başka biriyle yaşıyor: akraba, arkadaş veya oda arkadaşı
- Eş/partner, akraba veya arkadaş olmayan bir bakım veren ile beraber yaşıyor.
- Bakımevinde yaşıyor.
- Bilinmiyor.
- Diğer

10. Aylık geliriniz;

- Gelir Giderden az
- Gelir Gidere Eşit
- Gelir Giderden Fazla

11. Katılımcının başka sistemik hastalığı var mı?

- Evet (Evet ise belirtiniz ….)
- Hayır

Bölüm 2: Hasta Yakını ve Bakım Verici Formu

1. Hasta yakınının doğum ay ve yılı:

2. Hasta yakınının cinsiyeti:

- Kadın
- Erkek

3. Hasta yakınının tamamladığı toplam eğitim yılı:

(Lise 11, Ön lisans 13, Lisans 15, Bilinmiyorsa 99)

4. Medeni Durumunuz nedir?

- Evli
- Bekar
- Dul
- Boşanmış
- Ayrı yaşıyor

5. Kaç çocuğunuz var?

- Çocuk yok (4. Soruya geçiniz)
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7 ve üzeri

6. Mesleğiniz nedir?

- Ev hanımı
- İşçi
- Memur
- Serbest meslek
- Emekli
- İşsiz

7. Aylık geliriniz;

- Gelir Giderden az
- Gelir Gidere Eşit
- Gelir Giderden Fazla

8. Sizin direkt olarak bakmakla yükümlü olduğunuz çocuk sayısı nedir?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7 ve üzeri

9. Şu anda çalışıyor musunuz?

- o Evet
- o Hayır

10. Cevabınız hayır ise bakım vermeye başlamadan önce çalışıyor muydunuz?

- o Evet
- o Hayır

11. Hastaya yakınlığı:

- o Eş, partner ve benzeri (Eski eş, eski partner, nişanlı, erkek arkadaş, kız arkadaş dahil)
- o Çocuğu (Kan bağı yoluyla, evlilik yoluyla veya evlat edinilmiş)
- o (Kan bağı yoluyla, evlilik yoluyla kardeşi veya evlat edinilmiş)
- o Diğer akraba (Kan bağı yoluyla, evlilik yoluyla veya evlat edinilmiş)
- o Arkadaş, komşu, aile yoluyla tanıdığı, iş yerinden veya içinde bulunduğu bir topluluktan tanıdığı
- o Profesyonel bakım veren
- o Diğer(…)

12. Hastayı kaç senedir tanıyor? (Bilinmiyorsa 999)

13. Hastaya bakım veren kişi mi?

- o Evet
- o Hayır

14. Bakım veren hastayla beraber mi yaşıyor?

- o Evet
- o Hayır

15.a. Hastayla ne kadar sıklıkla yüz yüze görüşüyorlar?

- o Her gün
- o En azından haftada üç kere
- o Haftada en az bir
- o Ayda en az bir
- o Ayda birden az

- Diğer(…)

15. b.Hastayla ne kadar sıklıkla telefon görüşmesi yapıyorlar?

- Her gün
- En azından haftada üç kere
- Haftada en az bir
- Ayda en az bir
- Ayda birden az
- Diğer(…)

16. Günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?

17. Ne kadar süredir hastaya bakım veriyorsunuz?

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6 yıl ve üzeri.

18. Hastanızın bakımını paylaştığınız kimseler var mı?

- Evet
- Hayır

18.a. Evet ise kim? (Yakınlık dereceniz): .....

19. Daha önce hiç başka bir hastaya bakım verdiniz mi?

- Evet
- Hayır

20. Daha önce hiç demanslı bir hastaya bakım verdiniz mi?

- Evet
- Hayır

21. Herhangi bir hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır

21.a. Yanıtınız ‘Evet’ ise belirtiniz? .....

EK 2. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Aktiviteler (puan 1 veya 0)	**Bağımsızlık (1 puan) Gözetim, yönlendirme veya kişisel yardım YOK**	**Bağımlılık (0 puan) Gözetim, yönlendirme, kişisel yardım veya total bakım**	**PUAN (baştan beri bağımlılık var ise 2 puanlayınız)**	**YORUM (0 ise neden?)**
BANYO	(1 PUAN) Kendi banyosunu tamamen yapar ya da vücudun yalnızca bir bölgesini (sırt, genital bölge ya da engelli uzuv) yıkarken yardım alır.	(0 PUAN) vücudun bir bölgesinden daha fazlasını yıkamada, küvete ya da duşa girmede ya da çıkmada yardıma ihtiyaç duyar. Banyonun tamamen yaptırılması gerekir.		
GİYİNME	(1 PUAN) Dolap ve çekmeceden kıyafetlerini ve dışarıda giyeceklerini alıp önünü kapama dahil tamamen giyer. Ayakkabılarını bağlamada yardım alabilir.	(0 PUAN) giyinmede yardıma ihtiyaç duyar ya da tamamen giydirilmesi gerekir.		
TUVALET YAPMA	(1 PUAN) Tuvalete gider, oturur, kalkar; kıyafetlerini düzenler, genital bölgesini yardım almadan temizler.	(0 PUAN) Tuvalete gitme veya kendini temizlemede yardıma ihtiyaç duyar ya da sürgü veya oturaklı iskemle kullanır.		

BİR YERDEN BİR YERE GİTME	(1 PUAN) Yardım almadan yatağa girip çıkar, sandalyesine oturup kalkar. Mekanik transfer cihazları kabul edilebilir.	(0 PUAN) Yataktan sandalyeye hareket etmek için yardıma ihtiyaç duyar veya tamamen başkası tarafından götürülmesi gerekir.		
KONTİNANS	(1 PUAN) Defekasyon ve ürinasyon üzerinde tam kontrolün olması.	(0 PUAN) Mesane veya barsak işlevleri kısmen ya da tamamen inkontinandır.		
BESLENME	(1 PUAN) Tabaktan yiyeceği ağzına yardımsız götürür. Yemeğin hazırlanması başkası tarafından yapılabilir.	(0 PUAN) Beslenme için kısmen ya da tamamen yardıma ihtiyaç duyar ya da parenteral beslenme gerektirir.		

EK 3. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi

A. Telefon Kullanma Yetisi

1. Kendi inisiyatifiyle telefon kullanır; numaralara bakıp çevirir. 1

2. Birkaç tane iyi bilinen numarayı arar. 1

3. Telefona cevap verir, ancak çevirmez. 1

4. Hiç telefon kullanmaz. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

B. Alışveriş

1. Bütün alışveriş ihtiyacını tamamen bağımsız olarak halleder. 1

2. Bağımsız olarak küçük şeylerin alışverişini yapar. 0

3. Her tür alışverişte birinin eşlik etmesine ihtiyaç duyar. 0

4. Hiç alışveriş yapmaz. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

C. Yemek Hazırlama

1. Uygun bir yemeği bağımsız olarak planlar, hazırlar ve sunar. 1

2. Gerekli malzemeler (yemeğe katılacaklar) sağlanırsa uygun bir yemek yapar. 1

3. Hazır yemekleri ısıtır ve sunar veya yemekleri hazırlayabilir ama uygun bir diyeti sürdüremez. 1

4. Yemeğin hazırlanması ve sunulması gerekir. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

D. Ev İşleri

1. Arada bir yardım alarak (ağı işler) ev işlerini götürebilir. 1

2. Bulaşık yıkama ve yatak toplama gibi hafif, günlük işlerini yapar. 1

3. Günlük hafif işleri yapar, ancak kabul edilebilir temizlik halini sürdüremez. 1

4. Evin tüm bakım işlerinde yardıma ihtiyaç duyar. 1

5. Hiçbir ev işine katılmaz. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

E. Çamaşır Yıkama

1.Kendi çamaşırını yıkama işini baştan sona yapabilir. 1

2. Küçük eşyaları yıkayabilir; çorapları durulayabilir. 1

3. Bütün çamaşırlar başkası tarafından yıkanmalıdır. 1

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

F. Yolculuk Etme Biçimi

1.Bağımsız olarak toplu taşıma araçlarını kullanabilir yada kendi arabasını sürebilir.1

2. Kendi yolculuğu için taksi ayarlayabilir, ama başka türlü toplu ulaşım aracı kullanamaz. 1

3. Toplu ulaşım araçlarında başka birinin yardımıyla veya eşlik etmesiyle yolculuk edebilir. 1

4. Yolculuk yapması, birinin yardımı ile taksi ya da özel otomobile binme ile sınırlıdır. 0

5. Hiç yolculuk yapmaz. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

G. Kendi İlaçları İçin Sorumluluk Alma

1. İlaçlarını doğru zamanda ve doğru dozda almakla mesuldür. 1

2. İlaçları önceden ayrı ayrı ayarlanırsa ilacı alma sorumluluğunu alır. 0

3. Kendi ilaçlarını alma yetisine sahip değil. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

H. Para İle İlgili İşleri İdare Edebilme

1. Para ile ilgili işleri bağımsız olarak yürütebilir. 1

(bütçe, çek yazma, kira ve faturaları ödeme, bankaya gitme)

2. Günlük alışverişini yapar, ancak banka ile ilgili işler ve büyük alışverişte vs. yardıma ihtiyaç duyar. 1

3.Parayı idare edemez. 0

Neden 0:…… işlevselliği hep böyle 2

İstendiğinde yapabilir …

EK 4. Nöropsikiyatrik Envanter (NPE)

Nöropsikiyatrik Envanter (NPE)

Hastanın Adı-Soyadı :
.....

Bugünün Tarihi :
...../...../.....

Eğitim Düzeyi : □ Okuryazar değil

□ Okuryazar: Kaç yıl okula gitti?

Cinsiyeti : □ Kadın □ Erkek **Yaşı :** .....

Son mezuniyeti:□ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □Üniversite

Hasta Yakınının İsmi :
.....

Hastaya Yakınlığı:
……

Görüşmeci : .....

Tanı :
.....

Nöropsikiyatrik Özellikler	**Uygun Değil**	**Hayır**	**Sıklık (S)**				**Şiddet (Ş)**			**Sıklık X Şiddet**	**Sıkıntı**				
Hezeyanlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Hallüsinasyonlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Ajitasyon / Saldırganlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Depresyon / Disfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anksiyete	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Elasyon / Öfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Apati / Kayıtsızlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Disinhibisyon	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İrritabilite / Labilite	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anormal motor davranış	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Uyku / Gece davranışları	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İştah ve Yeme değişmeleri	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
									Toplam NPE Skoru	**.....**	**.....**				

1. Hezeyanlar

Hastanın sizin yanlış olduğunu bildiğiniz düşünceleri var mı? Bazı kimselerin kendisine zarar vermek istediklerini veya eşyasının çalındığını söylüyor mu? Hiç aile üyelerinin söyledikleri kişiler olmadıklarını veya evinin kendi evi olmadığını söylediği oldu mu? Beni ilgilendiren sadece kuşkulanması değil, ama bunların gerçekten de olduğu konusunda emin olması.

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta tehlikede olduğunu, başkalarının kendisine zarar vermeyi tasarladıklarını düşünüyor mu?
E	H	2. Hasta eşyasının çalındığını düşünüyor mu?
E	H	3. Hasta eşinin kendisini aldattığını düşünüyor mu?
E	H	4. Hasta evinde davetsiz misafirlerin yaşamakta olduklarına inanıyor mu?
E	H	5. Hasta eşinin veya başkalarının iddia ettikleri kişiler olmadıklarına inanıyor mu?
E	H	6. Hasta evinin kendi evi olmadığına inanıyor mu?
E	H	7. Hasta aile üyelerinin kendisini terketmeyi tasarladıklarına inanıyor mu?
E	H	8. Hasta televizyon ya da dergilerdeki kişilerin gerçekte ev içinde olduklarını düşünüyor mu? (Onlarla konuşmaya ya da ilişki kurmaya çalışıyor mu?)
E	H	9. Sormadığım başka alışılmadık şeylere inanıyor mu?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, hezeyanların sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık – hergün

Şiddet

1. Hafif - hezeyanlar var fakat zararsız görünüyor ve hastada fazlaca sıkıntı yaratmıyorlar
2. Orta - hezeyanlar rahatsız edici ve zarar verici
3. Ağır - hezeyanlar çok yıpratıcı ve davranışsal bozukluğun başlıca nedeni (antipsikotik ilaçlar kullanılıyorsa bu durum hezeyanların ağır şiddette olduğunu gösterir)

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

2. Hallüsinasyonlar

Hastanın olmayan görüntüler görme ya da sesler duyma gibi yanlış algıları, halüsinasyonları var mı? Gerçekte olmayan şeyleri görüyor, duyuyor, hissediyor gibi görünüyor mu? Bu soruyla ölmüş bir kişinin hala yaşadığı iddiası gibi hatalı düşünceleri kastetmiyoruz, fakat sorumuz hastanın gerçekten olmayan sesler ve görüntüler algılayıp algılamadığına yönelik.

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta sesler duyduğunu söylüyor veya duyuyormuş gibi davranıyor mu?
E	H	2. Hasta mevcut olmayan kişilerle konuşuyor mu?
E	H	3. Hasta başkalarının görmediği şeyler gördüğünü söylüyor veya görüyormuş gibi davranıyor mu (insanlar, hayvanlar, ışıklar, vb.)?
E	H	4. Hasta başkalarının duymadığı kokular duyduğunu söylüyor mu?
E	H	5. Hasta cildi üzerinde gezinen bir şeyler hissettiğini söylüyor mu, veya üzerinde gezinen ya da ona dokunan bir şeyler varmış gibi davranıyor mu?
E	H	6. Hasta durup dururken bazı tatlar hissettiğini söylüyor mu?
E	H	7. Hasta başka bir olmadık duyu yaşantısı aktarıyor mu?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, hallüsinasyonların sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - hergün

Şiddet

1. Hafif - hallüsinasyonlar var fakat zararsız görünüyor ve hastada fazlaca sıkıntı yaratmıyorlar
2. Orta - hallüsinasyonlar rahatsız edici ve zarar verici
3. Ağır - hallüsinasyonlar çok yıpratıcı ve davranışsal bozukluğun başlıca nedeni (Kontrol altına almak için antipsikotik ilaç kullaımı gerekebilir.)

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

3. Ajitasyon / Saldırganlık

Hastanın işbirliği yapmayı reddettiği veya başkalarının yardımını kabul etmediği dönemleri oluyor mu? İdare edilmesi güç oluyor mu?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Kendisine yardım etmeye gayret eden kişilere kızdığı, banyo yapma, giysilerin değiştirilmesi gibi günlük aktivitelere karşı direndiği oluyor mu?
E	H	2. Hasta inatçı ve dediğim dedik mi davranıyor?
E	H	3. Hasta işbirliği yapmıyor ve diğer kişilerin yardım girişimlerine direnç mi gösteriyor?
E	H	4. Hastanın idare edilmesini güçleştiren başka davranışları var mı?
E	H	5. Öfkeyle bağırıp çağırıyor veya küfrediyor mu?
E	H	6. Kapıları çarptığı, mobilyaları tekmelediği, elindekileri fırlattığı oluyor mu?
E	H	7. Başkalarına vurmaya, yaralamaya kalkıştığı oluyor mu?
E	H	8. Başkaca saldırgan veya ajite davranışı oluyor mu?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, ajitasyonun sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren- haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - hergün

Şiddet

1. Hafif - davranış yıpratıcı fakat güven verme veya dikkatini başka yere çevirme ile denetlenebiliyor
2. Orta - davranış yıpratıcı ve güven verme veya dikkatini başka yere çevirme ile denetlenemiyor
3. Ağır - ajitasyon oldukça yıpratıcı ve çekilen güçlüğün başlıca nedeni; kendine zarar verme tehlikesi olabilir. Genellikle ilaç kullanmak gerekir.

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

4. Depresyon / Disfori

Hasta kederli ve depresif gibi görünüyor mu? Kendisinin kederli ve depresif olduğunu söylüyor mu?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hastanın kederlendiğini düşündürecek şekilde gözlerinin yaşardığı, ağladığı dönemler oluyor mu?
E	H	2. Hastanın kederli, keyfi bozuk gibi konuştuğu ya da davrandığı oluyor mu?
E	H	3. Kendisini küçülttüğü, değersizleştirdiği, yaşamını bir başarısızlık olarak hissettiğini söylediği oluyor mu?
E	H	4. Kendisinin kötü bir insan olduğunu ve cezalandırılmayı hakettiğini söylediği oluyor mu?
E	H	5. Hevesi çok kırıkmış gibi görünüyor veya gelecekten hiçbir umudu olmadığını söylüyor mu?
E	H	6. Ailesine yük olduğunu veya kendisi olmasa ailesinin çok daha iyi durumda olacağını söylüyor mu?
E	H	7. Ölme isteğini ifade ettiği veya kendini öldürmeyi düşündüğünü söylediği oluyor mu?
E	H	8. Hastanın başka depresyon veya kederlilik belirtileri var mı?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, depresyon / disforinin sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren- haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık – hergün

Şiddet

1. Hafif - depresyon sıkıntı verici fakat genellikle dikkatini başka yere yönlendirme veya güven verme ile denetlenebiliyor
2. Orta - depresyon sıkıntı verici, depresif belirtiler hasta tarafından kendiliğinden dile getiriliyor ve hafifletilmesi güç oluyor
3. Ağır - depresyon son derece sıkıntı verici ve hastanın ıstırabının başlıca nedeni

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

5. Anksiyete

Hasta aşırı heyecanlı, kaygılı ya da nedensiz yere ürkek oluyor mu? Aşırı gergin veya yerinde duramaz görünüyor mu? Sizden ayrı kalmaktan tedirgin oluyor, korkuyor mu?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Önceden planlanan ve yaklaşan olaylar, örneğin randevular, hastanın kaygısını arttırıyor, telaşlı ve sıkıntılı kılıyor mu?
E	H	2. Sakin duramadığı, gevşeyemediği, aşırı gergin durumda olduğu dönemler oluyor mu?
E	H	3. Heyecan ve gerginlik dışında görünür başka hiç bir neden olmaksızın hava açlığı, yutkunma ya da iç çekme dönemleri ya da yakınmaları oluyor mu?
E	H	4. Heyecan ve gerginlikle ilişkilendirilebilecek mide yakınmaları, çarpıntı hissi oluyor mu (fiziksel hastalıkla açıklanamayan belirtiler)?
E	H	5. Kendisini daha da tedirgin eden araba yolculuğu, dostlarla buluşma ya da kalabalıklara girme gibi durum veya ortamlardan kaçınıyor mu?
E	H	6. Sizden (ya da bakıcısından) ayrıldığında sinirli ve küskün oluyor mu (ayrı kalmayı engellemek için size yapışıyor mu)?
E	H	7. Hasta başka sıkıntı veya anksiyete işaretleri sergiliyor mu?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, anksiyetenin sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren- haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık – hergün

Şiddet

1. Hafif - anksiyete rahatsız edici ancak genellikle güven verme ve dikkatini başka yere yönlendirmeyle denetlenebiliyor
2. Orta - anksiyete rahatsız edici, anksiyete belirtileri hasta tarafından kendiliğinden dile getiriliyor ve hafifletilmesi güç oluyor
3. Ağır - anksiyete çok rahatsız edici ve hasta için başlıca ıstırap kaynağı

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

6. Elasyon / Öfori

Hasta nedensiz yere çok neşeli ya da çok mutlu görünüyor mu? Dostlarla görüşmek, hediye almak veya aile bireyleriyle zaman geçirmekten kaynaklanan normal mutluluğu kastetmiyorum. Sormak istediğim hastanın kalıcı nitelikte ve normal dışı bir iyi ruh halinin olup olmadığı, olmadık şeyleri komik bulup bulmadığı.

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta her zaman bilinen halinden farklı olarak kendini çok iyi hissediyor gereğinden fazla mutlu görünüyor mu?
E	H	2. Başkalarının komik bulamadığı şeyleri komik bulup gülebiliyor mu?
E	H	3. Uygunsuz bir şekilde kıkırdama ya da gülme gibi (örneğin başkalarının başına gelen aksiliklere) çocuksu bir mizah anlayışı var mı?
E	H	4. Başkaları için pek de mizahi yönü olmayan fakat kendisine komik gelen şakalar ya da imalarda bulunuyor mu?
E	H	5. Çimdiklemek veya "ebeleme (elim sende)" oynamak gibi çocuksu davranışları oluyor mu?
E	H	6. Böbürlendiği, olduğundan daha yetenekli, daha zengin olduğunu iddia ettiği oluyor mu?
E	H	7. Kendini çok iyi hissettiğine veya gereğinden fazla mutlu olduğuna ilişkin başka işaretler görülüyor mu?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, elasyon/öforinin sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık – hergün

Şiddet

1. Hafif - bu aşırı yüksek ruh hali, dostlar ve aile için kayda değer olabilse bile rahatsız edici değil
2. Orta - aşırı yüksek ruh hali, dikkati çeker derecede anormal
3. Ağır - aşırı yüksek ruh hali çok belirgin; hasta öforik ve neredeyse her şeyi komik buluyor

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

7. Apati / Kayıtsızlık

Hasta çevresindeki dünyaya olan ilgisini kaybetti mi? Bir şeyler yapmaya olan ilgisini ya da yeni uğraşılara girişme hevesini kaybetti mi? Konuşmalara katmak veya günlük işleri yapmaya teşvik etmek daha mı güç? Hasta apatik, çevreye ilgisiz ve kayıtsız mı?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta daha az kendiliğinden davranıyor ve daha az aktif mi görünüyor?
E	H	2. Hastanın konuşma başlatmasında azalma var mı?
E	H	3. Alışılagelen durumuyla kıyaslandığında hasta daha az müşfik veya duygulanımını kaybetmiş görünüyor mu?
E	H	4. Ev işlerine her zamankinden daha mı az katkıda bulunuyor?
E	H	5. Başkalarının faaliyetlerine ve tasarılarına daha mı az ilgi gösteriyor?
E	H	6. Hasta aile ve dostlarına olan ilgisini kaybetti mi?
E	H	7. Hasta her zamanki ilgilerine daha mı az hevesli oldu?
E	H	8. Hastanın yeni şeyler yapmayla ilgilenmediğini gösteren başka işaretler var mı ?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, apati/kayıtsızlığın sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - nerdeyse her zaman

Şiddet

1. Hafif - apati, kayıtsızlık belirgin düzeyde ama günlük rutinleri pek de etkilemiyor; hasta her zamanki davranışından çok az farklı; hasta faaliyetlere katılma teşviklerine olumlu cevap veriyor
2. Orta - apati, kayıtsızlık çok aşikar; ama hasta yakını ikna ve cesaretlendirme ile üstesinden gelebiliyor; kendiliğinden ancak yakın akrabalar ve aile üyelerinin ziyaretleri gibi çok etkileyici olaylara cevap veriyor
3. Ağır - apati, kayıtsızlık çok aşikar ve genellikle her hangi bir cesaretlendirmeye veya dış olaya cevap vermiyor

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

8. Disinhibisyon

Hasta düşünmeden dürtüsel davranıyor gibi görünüyor mu? Her kesin içinde söylenilmemesi veya yapılmaması gereken şeyler söylüyor veya yapıyor mu? Sizi veya başkalarını utandıracak şeyler yapıyor nu?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta sonuçlarını düşünmeden dürtüsel davranıyor mu?
E	H	2. Hasta tümüyle yabancı kişilerle sanki onları tanıyormuş gibi konuşuyor mu?
E	H	3. Hasta insanlara duyarsızca, onları incitebilecek şeyler söylüyor mu?
E	H	4. Hasta normal olarak söylenmemesi gereken kaba sözler söylüyor veya cinsel imalarda bulunuyor mu?
E	H	5. Hastanın genellikle herkesin içinde söylenmeyecek kişisel veya özel konular üzerine aleni olarak konuştuğu oluyor mu?
E	H	6. Hastanın başkalarına kişiliğiyle uyumsuz biçimde yaklaşımlarda bulunduğu, dokunduğu veya sarıldığı oluyor mu?
E	H	7. Hastanın dürtülerinin denetimini kaybettiğine ilişkin başkaca işaretler var mı?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, disinhibisyonun sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - esas olarak sürekli mevcut

Şiddet

1. Hafif - bu kontrol kaybı, disinhibisyon kayda değer ancak genellikle dikkatini başka yere yönlendirme ve rehberlikle düzeliyor
2. Orta - disinhibisyon çok aşikar ve hasta yakını tarafından üstesinden gelinmesi oldukça güç
3. Ağır - disinhibisyon genellikle hasta yakınının hiçbir müdahelesi ile düzelmiyor ve bir utanç ve sosyal sıkıntı kaynağı

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

9. İrritabilite / Labilite

Hasta kolaylıkla sinirleniyor ve kızıyor mu? Ruh hali çok mu değişken? Aşırı sabırsızlık gösteriyor mu? Hafıza sorunları veya günlük faaliyetleri yürütme güçlüğünden kaynaklanan tahammülsüzlüğünü kastetmiyorum; öğrenmek istediğimiz şey, alışılagelen durumuna kıyasla aşırı düzeyde bir huzursuzluğu, irritabilitesi, sabırsızlığı ya da duygusal ifadelerinde hızlı değişikliklerin olup olmadığı.

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Aşırı sinirli ve küçük şeyler yüzünden kolayca ipin ucunu kaçıracak şekilde mi davranıyor?
E	H	2. Bir an için iyiyken, bir an sonra öfkelenecek şekilde keyfi hızla değişebiliyor mu?
E	H	3. Ani öfke patlamaları olabiliyor mu?
E	H	4. Gecikmelere karşı sabırsız, yaklaşan randevu ya da yapılması planlanan faaliyetleri beklemeye tahammülsüz davranıyor mu?
E	H	5. Huysuz ve aksi mi?
E	H	6. Münakaşacı ve geçinmesi zor biri mi?
E	H	7. Aşırı huzursuzluğa, irritabiliteye ilişkin başka işaretler gösteriyor mu?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, irritabilite/labilitenin sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - esas olarak sürekli mevcut

Şiddet

1. Hafif - aşırı huzursuzluk, irritabilite veya değişkenlik, labilite kayda değer ancak genellikle güven verme ve dikkatini başka yere yönlendirmeyle denetlenebiliyor
2. Orta - irritabilite ve labilite çok aşikar, hasta yakını tarafından üstesinden gelinmesi oldukça güç
3. Ağır - irritabilite ve labilite çok aşikar, genellikle hasta yakınının hiç bir müdahelesine cevap vermez durumda ve başlıca sıkıntı kaynağı

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

10. Anormal motor davranış

Hastanın amaçsız dolanma, dolapları, çekmeceleri açma, sürekli ordan burdan bir şeyler toplama, iplik veya başka birşey sarma gibi tekrar tekrar yaptığı şeyler var mı?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta evde görünür bir amaç olmaksızın dolanıyor mu?
E	H	2. Çekmece ve dolapları açmak, boşaltmak gibi amaçsız aranmaları oluyor mu?
E	H	3. Elbiselerini sürekli giyip çıkarıyor mu?
E	H	4. Durmadan tekrarladığı hareket ya da huyları yar mı?
E	H	5. Düğmeleriyle oynamak, bir şeyler toplamak, iplik sarmak gibi tekrarlayıcı hareketler yapıyor mu?
E	H	6. Aşırı derecede yerinde duramaz davranıyor, sakin oturamaz görünüyor veya ayakları ve parmaklarını sürekli hareket ettiriyor mu?
E	H	7. Tekrar tekrar yaptığı başka davranışları var mı?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, anormal motor davranışın sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - esas olarak sürekli mevcut

Şiddet

1. Hafif - anormal motor davranış kayda değer ancak günlük rutine fazlaca etkisi yok
2. Orta - anormal motor davranış çok aşikar, ama hasta yakını tarafından üstesinden gelinebilir
3. Ağır - anormal motor davranış çok aşikar, genellikle hasta yakınının hiç bir müdahelesiyle düzelmez durumda ve başlıca sıkıntı kaynağı

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

11. Uyku / Gece davranışı

Hastanın uyku güçlüğü var mı (eğer sadece gece bir iki kez tuvalet için kalkıyor ve derhal uykuya dalabiliyorsa mevcut olarak kabul etmeyin)? Geceleri ayakta mı? Geceleri dolanıyor, giyiniyor ya da uykunuzu bozuyor mu?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. Hasta uykuya dalmakta güçlük çekiyor mu?
E	H	2. Gece içinde uyanıyor mu (eğer sadece gece bir iki kez tuvalet için kalkıyor ve derhal uykuya dalabiliyorsa bunu saymayın)?
E	H	3. Geceleri dolanma, adımlama veya uygunsuz faaliyetlerde bulunma gibi davranışlar sergiliyor mu?
E	H	4. Geceleri sık uyandırıyor mu?
E	H	5. Sabah olup güne başlamak gerektiğini düşünerek gece kalkıp giyindiği ve dışarıya çıkmaya kalktığı oluyor mu?
E	H	6. Sabahları çok erken uyanıyor mu (alışkanlıklarından daha erken)?
E	H	7. Gün boyunca aşırı uyukladığı oluyor mu?
E	H	8. Hastanın şimdiye kadar sözünü etmediğimiz, sizin canınızı sıkan başkaca gece davranışları var mı?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, uyku / gece davranışının sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - günde bir kez veya daha fazla (her gece)

Şiddet

1. Hafif - gece davranışı görülüyor ancak pek de yıpratıcı değil
2. Orta - gece davranışı görülüyor, hastayı rahatsız ediyor ve hasta yakınının uykusunu bölüyor; birden fazla tipte gece davranışı mevcut olabilir
3. Ağır - gece davranışı görülüyor; bir çok gece davranışı türü mevcut olabilir; hasta geceleri çok sıkıntılı ve hasta yakınının uykusu belirgin bir şekilde bozulmuş durumda

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

12. İştah / Yeme alışkanlığında değişiklikler

İştah, vücut ağırlığı veya yeme alışkanlıklarında bir değişiklik oldu mu (eğer yedirilmesi gerekiyorsa "Uygun değil" olarak kabul edin)? Tercih ettiği yemek çeşitlerinde bir değişiklik oldu mu?

..... Uygun değil ..... Hayır ..... Evet

Tarama sorusuna cevap "Uygun değil" veya "Hayır" ise bir sonraki tarama sorusuna geçin, "Evet" ise aşağıdaki soruları sorun ve soru numarasının solunda "Evet" için E, "Hayır" için H harfini işaretleyin.

E	H	1. İştahsız mı?
E	H	2. İştahında artış var mı?
E	H	3. Kilo kaybı oldu mu?
E	H	4. Kilo aldı mı?
E	H	5. Yemek yeme davranışında değişiklikler oldu mu (örneğin ağzına çok fazla lokma tıkıştırmak gibi) ?
E	H	6. Çok fazla şekerleme, tatlı veya diğer belli yemek çeşitlerini yemek gibi sevdiği yemek çeşitlerinde bir değişiklik oldu mu?
E	H	7. Her gün tamamen aynı yemekleri yemek veya yediklerini tamamen aynı sırayla yemek gibi yemek yeme davranışları geliştirdi mi?
E	H	8. İştah veya yemek yemesinde sormadığım başkaca değişiklikler var mı?

Tarama sorusu doğrulanmışsa, iştah / yeme alışkanlığındaki değişmelerin sıklık ve şiddetini belirleyin:

Sıklık

1. Nadiren - haftada birden daha az
2. Bazen - haftada bir kadar
3. Sık - hergün değil ama haftada birkaç kez
4. Çok sık - günde bir kez veya daha fazla, ya da sürekli

Şiddet

1. Hafif - iştah veya beslenmede değişiklikler mevcut ancak ne vücut ağırlığında değişikliğe neden olmuş ne de rahatsız edici düzeyde
2. Orta - iştah veya beslenmede değişiklikler var ve vücut ağırlığında hafif oynamalara neden olmuş durumda
3. Ağır - îştah ve beslenmede aşikar değişiklikler mevcut ve vücut ağırlığında oynamalara neden oluyor, utandırıcı veya hasta için rahatsızlık verici

Sıkıntı

Bu davranışı duygusal açıdan ne kadar sıkıntı verici buluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Az
3. Orta
4. Ağır
5. Çok ağır veya aşırı derecede

EK 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmıştır. Bu araştırmanın amacı, demans hastalarının bakımvericilerine göre hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri ile nöropsikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin belirlemektir.

Yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevelansındaki artışa paralel olarak demans giderek daha önemli bir sağlık sorunu olmaktadır. Demans insidansı yaşla birlikte dramatik olarak artmakta ve 60 yaş üzerinde prevalansı her beş yılda bir ikiye katlanmaktadır. Bilişsel işlev bozukluğuyla ilişkili olarak günlük yaşam işlevleri ve yaşam kalitesi bozulmaktadır. Çünkü işlevsel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam etkinlikleri sınırlanmakta ya da engellenmekte, bağımsız işlevleri giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı duruma gelmektedir. Demansta aynı zamanda davranışsal ve psikolojik belirtiler içinde delüzyon, halüsinasyon, yanlış tanımlamalar, ajitasyon, amaçsız gezinmeler, huzursuzluk, disinhibisyon, apati, negativitizm, duygusal dalgalanma, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve uygunsuz cinsel davranışlar da görülmektedir. Demanslı bireyin bakımı beraberinde birçok sorun getirir. Bu açıdan bakım veren birey birçok sorunla karşılaşabilir. Hastaya bakım verenden;

-Hasta birey ve yakını/bakım vericisi için demografik form,

-Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

-Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi

-Nöropsikiyatrik Envanter

adı altındaki formları doldurması istenmektedir. Bakım veren bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu araştırmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da bakım verenin kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır.

Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Çalışmaya yaptığınız katkı ve sabrınız için teşekkür ederim.

Yukarıda bakım vericiye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Yakınının;

İmza:

Adı-Soyadı:

Tarih:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Tarih:

Tlf: 0535 071 98 08

E-mail: atkanfatma09@gmail.com

Danışman: Yrd. Doç.Dr. Birgül ÖZKAN

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK 6: Etik Kurul İzin Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1212 12.10.2016
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU

"Demans Için Yaygın Kullanılabilecek Bir Tarama Testinin Standardizasyonu, Bazı Çevresel Risk Etmenlerinin Tespiti Ve Biyolojik Belirteçlerin Araştırılması" adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Demans İçin Yaygın Kullanılabilecek Bir Tarama Testinin Standardizasyonu, Bazı Çevresel Risk Etmenlerinin Tespiti Ve Biyolojik Belirteçlerin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1117
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğretim Görevlisi Yavuz AYHAN	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD	
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ	TÜBİTAK 1003 TÜBİTAK PROJE NO:216S048	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐
		FAZ 2	☐
		FAZ 3	☐
		FAZ 4	☐
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐
		İlaç dışı klinik araştırma	☒ Akademik Araştırma değişiklik bşv.
		Diğer ise belirtiniz	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ / ÇOK MERKEZLİ ☒ / ULUSAL ☒ / ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

ASLI GİBİ
Zeliha ÖZBİLGE
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Demans İçin Yaygın Kullanılabilecek Bir Tarama Testinin Standardizasyonu, Bazı Çevresel Risk Etmenlerinin Tespiti Ve Biyolojik Belirteçlerin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ Bilgisayar yazılımı kullanımı,Anket (test)ekleme			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	626 -1126 karar nolu çalışma ya Araştırmacı eklenmesi: Yıldırım Beyazıt Ünv.Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖZKAN,Hemş.Fatma ATKAN, Hacettepe Ünv.Tıp.Fak.Bilal Bahadır AKBULUT

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:1212**	**Tarih: 12.10.2016**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADİ / SOYADI:	Op.Dr.Ömer Faruk TANER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Başkan	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr . Handan GÜLEÇ Bilgilendirmede Görevli Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Zeliha GÜLEÇ
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 7: İlgili Klinikten İzin Belgesi

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

9.8.2017

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne,

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Fatma ATKAN'ın "Demans Bakım Vericilerine Göre Hastaların Nöropsikiyatrik Belirtileri ile Günlük Yaşam Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez araştırmasını 214S048 numaralı "Demans İçin Yaygın Kullanılabilecek Bir Tarama Testinin Standardizasyonu, Bazı Çevresel Risk Etmenlerinin Tespiti ve Biyolojik Belirteçlerin Araştırılması" adlı Tübitak projesinin kapsamında bölümümüzde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 1874

EK 8: Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı- Soyadı	: Fatma ATKAN
Doğum tarihi	: 08.12.1987
Doğum yeri	: ŞIRNAK
Medeni durumu	: BEKAR
Uyruğu	: TC
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 05350719808
Faks	: -
E-mail	: atkanfatma09@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Şehit Temel Cingöz Anadolu Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yüksek lisans	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
Dil	: İngilizce
Düzey	: İntermediate
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
	: Psikiyatri Hemşireleri Derneği
	: Alzheimer Derneği