2026

YÜKSEK LİSNAS TEZİ

Özgür BOZDAĞ



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BİLİŞSEL İLETİŞİM BOZUKLUĞUNUN BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNE VE BAKIM YÜKÜNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgür BOZDAĞ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ PROGRAMI

Ankara, 2026

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BİLİŞSEL İLETİŞİM BOZUKLUĞUNUN BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNE VE BAKIM YÜKÜNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgür BOZDAĞ

Doç. Dr. Mümüne Merve PARLAK

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ PROGRAMI

Ankara, 2026

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BİLİŞSEL İLETİŞİM BOZUKLUĞUNUN BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNE VE BAKIM YÜKÜNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Özgür BOZDAĞ

Yüksek Lisans Tezi

Doç. Dr. Mümüne Merve PARLAK

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Ayşen KÖSE
Doç. Dr. Mümüne Merve PARLAK
Dr. Öğr. Üyesi Çağla ELİKÜÇÜK

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

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

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

BEYAN

Bu tez çalışmasının 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.

23.01.2026

Özgür BOZDAĞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, rehberliği ile beni destekleyen, bilgisi ve zamanını içtenlikle sunan; tez çalışmamın planlanma, uygulama ve yazım aşamalarında bana yol gösterip desteklerini esirgemeyen, akademik ve kişisel gelişimimde büyük katkısı olan sayın danışmanım Doç. Dr. Mümüne Merve PARLAK'a

Akademik anlamda ufkumu açan ve veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Özlem BİZPINAR MUNİS'e

Yüksek lisans sürecince bana destek olan ve moral veren değerli arkadaşım DKT Mete Orçun BAYRAKDAR'a

Hayatımın her anında bana desteğini esirgemeyen annem Behiye BOZDAĞ, babam Zeki BOZDAĞ ve ablam Özlem BOZDAĞ'a tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **x**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xi**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xiii**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Alzheimer Hastalığı 5

2.1.1. Demans, Demans Türleri ve Alzheimer Hastalığı 5

2.1.2. Alzheimer Hastalığı Kökeni ve Tarihsel Gelişimi 8

2.1.3. Alzheimer Hastalığı Prevalansı ve İnsidansı 9

2.1.4. Alzheimer Hastalığında Tanılama 10

2.1.5. Alzheimer Hastalığı Evreleri ve Prognoz 12

2.2. Bilişsel İletişim Bozuklukları 19

2.2.1. Bilişsel İşlevler ve Bilişsel İletişim 19

2.2.2. Bilişsel İletişim Bozukluğu 20

2.2.3. Alzheimer Hastalığında Bilişsel İletişim Bozukluğu 22

2.3. Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Bakım Yükü 25

2.3.1. Bakım Veren, Yaşam Kalitesi ve Bakım Veren Kavramları 25

2.3.2. Bakım Verende Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler 26

2.3.3. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler 27

2.3.4. Bakım Verende Bakım Yükü ve İlişkili Faktörler 28

2.3.5. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Bakım Yükü ve İlişki Faktörler 30

3. MATERYAL VE YÖNTEM 32

3.1. Araştırma Modeli 32

3.2. Katılımcılar 33

3.3. Çalışma Dizaynı 35

3.4. Veri Toplama Araçları 37

3.4.1. Demografik Bilgi Formu 37

3.4.2. Standardize Mini Mental Test 39

3.4.3. Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi – III-Türkçe 41

3.4.4. Hızlı Afazi Bataryası 42

3.4.5. Holden İletişim Ölçeği 44

3.4.6. Zarit Bakım Yükü Ölçeği 46

3.4.7. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 47

3.5. Verilerin Analizi 49

4. BULGULAR 51

5. TARTIŞMA 121

5.1. Sosyodemografik Bilgilerin Tartışılması 121

5.2. Bilişsel İletişim Becerilerinin Tartışılması 124

5.3. Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin Tartışılması 129

5.4. Alzheimer Hastalığı Evrelerine Göre Bilişsel İletişim Becerilerinin Tartışılması 130

5.5. Alzheimer Hastalığı Evrelerine Göre Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin Tartışılması 132

5.6. Sosyodemografik Bilgiler İle Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Yükü Arasındaki İlişkilerin Tartışılması 133

5.7. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bilişsel İletişim Becerileri Bakım Yükü Arasındaki İlişkilerin Tartışılması 136

5.8. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bilişsel İletişim Becerileri İle Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkilerin Tartışılması..... 138

6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 140

7. KAYNAKLAR..... 142

8. EKLER..... 156

Ek-1. Etik Kurul Onayı..... 156

Ek-2. Çalışmanın Orjinallik Raporu 157

Ek-3. Dijital Makbuzu 158

Ek-4. Demografik Bilgi Formu..... 159

Ek-5. Standardize Mini Mental Test (SMMT)..... 160

Ek-6. Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi-III Türkçe (ACE-III-TR) 161

Ek-7. Holden İletişim Ölçeği (*Holden Communication Scale:* HCS-TR).... 162

Ek-8. Hızlı Afazi Bataryası (HAB)..... 163

Ek-9. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (*Zarit Burden Interview:* ZBI)..... 164

Ek-10. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (*Short Form-36 Health Survey:* SF-36)..... 165

ÖZET

Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerde Bilişsel İletişim Bozukluğunun Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesine ve Bakım Yüküne Olan Etkisinin İncelenmesi

Alzheimer Hastalığı (AH), bilişsel becerilere ek olarak iletişim becerilerinin ilerleyici bir şekilde bozulduğu nörodejeneratif bir hastalıktır. Bu durum bakım verenleri de birçok açıdan etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın amacı; AH'nin hafif, orta ve ileri evrelerinde görülen bilişsel iletişim bozukluklarını değerlendirmek ve bilişsel iletişim bozukluklarının bakım veren yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

Çalışma; 29 hafif, 29 orta ve 29 ileri evrede AH tanısı almış 87 bireyler ile bu bireylere bakım veren 87 bakım veren olmak üzere 174 kişi ile gerçekleştirilmiştir. AH olan bireylerin bilişsel iletişim becerileri; Türkçe Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi-III, Standardize Mini Mental Test, Holden İletişim Ölçeği (HCS-TR) ve Hızlı Afazi Bataryası ile değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin bakım yükü Zarit Bakım Yükü Ölçeği, yaşam kalitesi ise Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ölçülmüştür. Verilerin analizinde korelasyon, grup karşılaştırmaları ve çoklu doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular, AH'nin evresi ilerledikçe istatistiksel olarak anlamlı şekilde bilişsel iletişim becerilerinin azaldığını; bakım verenlerin bakım yükünün arttığını ve yaşam kalitelerinin azaldığını göstermiştir ($p<0.05$). AH'nin evresi ilerledikçe bakım verenlerin özellikle fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda yaşam kalitelerinde azalma belirlenmiştir. Bilişsel iletişim bozuklukları ile bakım veren bakım yükü arasında pozitif, yaşam kalitesi arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde ilişkiler saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi ile hem AH olan bireyin hem de bakım verenin yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.05$). Regresyon analizlerinde ise HCS-TR'nin ve tam zamanlı çalışmanın bakım yüküne etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Bilişsel iletişim, Alzheimer hastalığı, Demans, Bakım yükü, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Investigation of the Effect of Cognitive Communication Disorders in Individuals with Alzheimer's Disease on the Quality of Life and Care Burden of Caregivers

Alzheimer's disease (AD) is a neurodegenerative disorder characterized by progressive deterioration of cognitive abilities as well as communication skills. This condition can also affect caregivers in many ways. The aim of this study is to evaluate cognitive communication disorders seen in mild, moderate, and advanced stages of AD and to reveal the effect of cognitive communication disorders on caregiver burden and quality of life.

The study was conducted with 174 individuals, including 87 individuals diagnosed with mild, moderate, and severe stages of AD and 87 caregivers of these individuals. The Addenbrooke's Cognitive Examination-III Turkish, Mini Mental State Examination, Holden Communication Scale (HCS-TR), and Quick Aphasia Battery were used to evaluate the cognitive communication abilities of AD individuals. The Zarit Burden Interview was used to gauge the caregivers' burden, while the Short Form-36 Health Survey was used to gauge their quality of life. The data was analyzed using multiple linear regression, correlation, and group comparisons.

The results showed that as the stage of AD progressed, cognitive communication skills decreased in a statistically significant manner; caregivers' care burden increased, and their quality of life decreased ($p<0.05$). As the stage of AD progressed, caregivers experienced a decrease in their quality of life, particularly in the physical, mental, and social domains. Significant and moderate correlations have been found between cognitive communication disorders and the burden and quality of life of caregivers. ($p<0.05$). Furthermore, relationships were found between caregivers' care burden and quality of life and the sociodemographic characteristics of both the person with AD and the caregiver, such as age, gender, education, employment status, and socioeconomic status ($p<0.05$). Regression analyses revealed that HCS-TR and full-time employment had an effect on care burden.

Keywords: cognitive communication, Alzheimer's disease, dementia, care burden, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE-III-TR : Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi-III-TR
AH : Alzheimer Hastalığı
HAB : Hızlı Afazi Bataryası
HCS-TR : Holden İletişim Ölçeği
SF-36 : Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
SMMT : Standardize Mini Mental Test
ZBI : Zarit Bakım Yülü Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. *Demansın etiyolojik kökenleri ve en sık karşılaşılan türleri* *6*
Şekil 2.2. *CDR skalası puanlaması* *13*
Şekil 3.1. *Çalışmadaki AH olan Bireyler ve Bakım Verenlerin Dağılımı* *35*
Şekil 3.2. *Değerlendirme Prosedürü* *37*
Şekil 3.3. *Standardize Mini Mental Test Alt Alanları ve Puanları* *40*
Şekil 3.4. *Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi III-Türkçe Alt Alanları ve Puanları* *42*
Şekil 3.5. *Hızlı Afazi Bataryası Alt Alanları* *43*
Şekil 3.6. *Holden İletişim Ölçeği Alt Alanları* *45*

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Analiz Bulguları* *52*
Tablo 4.2. *Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Analiz Bulguları* *55*
Tablo 4.3. *Alzheimer Hastalığının Evrelerine Göre Bilişsel İletişim Becerilerine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *59*
Tablo 4.4. *Alzheimer Hastalığının Evrelerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *61*
Tablo 4.5. *Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları* *63*
Tablo 4.6. *Alzheimer Hastalığının Hafif Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları* *65*
Tablo 4.7. *Alzheimer Hastalığının Orta Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları* *69*
Tablo 4.8. *Alzheimer Hastalığının İleri Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları* *72*
Tablo 4.9. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *75*
Tablo 4.10. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *77*
Tablo 4.11. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Ek Tıbbi Tanı Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *79*

Tablo 4.12. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *81*

Tablo 4.13. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Demografik Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları* *84*

Tablo 4.14. *Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *87*

Tablo 4.15. *Bakım Verenin Yakınlığına Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *89*

Tablo 4.16. *Bakım Verenin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *92*

Tablo 4.17. *Bakım Verenin Çalışma Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları* *96*

Tablo 4.18. *Bakım Verenlerin Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları* *101*

Tablo 4.19. *Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puanı Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları* *104*

Tablo 4.20. *SF-36 Fiziksel İşlevselliği Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları* *106*

Tablo 4.21. *SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları* *108*

Tablo 4.22. *SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları* *110*

Tablo 4.23. *SF-36 Enerji/Canlılığı Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları* *112*

Tablo 4.24. *SF-36 Ruhsal İyi Oluşu Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları* *114*

Tablo 4.25. *SF-36 Sosyal İşlevselliği Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları..... 116*
Tablo 4.26. *SF-36 Ağrıyı Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları 118*
Tablo 4.27. *SF-36 Genel Sağlık Algısını Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları..... 120*

1. GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AH), olup, başta bellek olmak üzere dikkat, yürütücü işlevler, dil ve görsel-uzamsal beceriler gibi birçok bilişsel alanı etkileyen genellikle ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır (Alzheimer's Association [AA], 2025.; World Health Organization [WHO], 2023). Dünya genelinde demans tanısı ile yaşayan birey sayısının hızla arttığı ve bu vakaların büyük bir bölümünün AH'ye bağlı olduğu bildirilmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte AH'nin görülme sıklığının önümüzdeki yıllarda daha da artacağı öngörülmektedir (WHO, 2021). Türkiye'de de benzer bir eğilim söz konusu olup, yaşlı nüfus oranındaki artış AH'yi giderek daha önemli bir sağlık ve sosyal politika konusu hâline getirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Hastalığın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yalnızca bilişsel işlevlerinde değil, iletişim becerilerinde, davranışlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde de belirgin bozulmalar ortaya çıkmaktadır (AA, 2025; WHO, 2023). Bu yönüyle AH, bireyin bağımsızlığını giderek azaltan ve uzun süreli bakım gereksinimi doğuran önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Alzheimer Derneği (Alzheimer's Association) 2025 raporuna göre 2024 yılında AH ya da diğer demans türleri olan bireylere yaklaşık 12 milyon aile üyesi ve diğer ücretsiz bakım veren tarafından 19,2 milyar saat bakım sağlanmıştır. Ayrıca raporda, 2000–2022 arasında Alzheimer'a bağlı bildirilen ölümlerin %142'den fazla arttığı vurgulanmaktadır (AA, 2025).

Hastalığın evresi ilerledikçe bireylerin bilişsel işlevlerindeki ve iletişim becerilerindeki bozulmalar artmaktadır. AH olan bireylerin iletişim kurma becerilerinde ortaya çıkan güçlükler, sosyal etkileşimleri, karar verme süreçlerini ve günlük yaşamda işlevselliği ciddi biçimde sınırlandırmaktadır (Hugo ve Ganguli, 2014). Özellikle bilişsel iletişim bozuklukları, AH'de sık görülmesine karşın çoğu zaman ikincil bir belirti olarak ele alınmakta ve ayrıntılı değerlendirme süreçlerinde yeterince yer bulamamaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014; Kimbarow ve Wallace, 2024).

Bilişsel işlevlerdeki etkilenim sonucu iletişim becerilerinin herhangi bir yönünde zorluk yaşanmasına bilişsel iletişim bozukluğunu denilmektedir (Rodriguez vd., 2022). Bilişsel iletişim bozuklukları; dilin temel yapısal bileşenleri görece korunmuş olsa dahi, dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi bilişsel süreçlerdeki yetersizliklerin iletişim performansına yansıması sonucu ortaya çıkmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014). AH'de bu bozukluklar; söylem bütünlüğünde bozulma, konu dışına sapma, uygun yanıt üretmede güçlük ve pragmatik dil yetersizlikleri şeklinde kendini göstermektedir. Bu iletişimsel güçlükler, bakım veren–hasta etkileşimini doğrudan etkilemekte ve bakım sürecini daha karmaşık hâle getirmektedir.

Alzheimer hastalığı olan bireylerin bakım süreci büyük ölçüde aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir. Bakım verenler, zaman içinde artan bakım sorumlulukları, iletişim güçlükleri ve hastalığın ilerleyici doğası nedeniyle fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan önemli yükler yaşamaktadır. Artan prevalans, yalnızca sağlık sistemleri üzerinde değil; aynı zamanda aileler ve bakım verenler üzerinde de ciddi bir yük oluşturmaktadır. Özellikle AH'de iletişim bozukluklarının yaygınlığı, bakım sürecini daha karmaşık hâle getirmekte ve bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024). Son yıllarda yapılan çalışmalar, AH prevalansındaki artışın yalnızca bilişsel bozulmalarla sınırlı kalmadığını; hastalığa eşlik eden iletişim bozuklukları, davranışsal belirtiler ve işlevsel kayıpların bakım gereksinimini artırarak bakım verenler üzerinde ciddi bir psikososyal, fiziksel ve ekonomik yük oluşturduğunu göstermektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024; Zhang vd., 2025). Bakım verenlerin bakım yükünün artması yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenebilmekte ve psikososyal riskleri artabilmektedir (Brodaty ve Donkin, 2009; Pinquart ve Sörensen, 2003)

Alzheimer hastalığının artan prevalansı ve insidansı, yalnızca klinik tanı ve tedavi süreçlerinin değil; aynı zamanda bakım verenlerin yaşam kalitesi ve bakım yüküne yönelik araştırmaların da giderek daha kritik hâle gelmesine neden olmaktadır. Literatürde, AH'de bakım veren yükünü etkileyen faktörlerin çoğunlukla hastanın işlevsel bağımlılık düzeyi ve davranışsal/nöropsikiyatrik belirtileri üzerinden ele alındığı; özellikle davranış problemlerinin ve günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmanın bakım yükü ile güçlü biçimde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Cheng,

2017; Pinquart ve Sörensen, 2003; Feast vd., 2016). Bilişsel iletişim bozukluklarının bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin ise sınırlı sayıda çalışmada incelendiği görülmektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024). Ancak, iletişim, bakım sürecinin merkezinde yer almaktadır ve bakım veren–hasta ilişkisinin niteliğini doğrudan etkileyebilmektedir. AH olan bireylerde bilişsel iletişim bozukluklarının düzeyinin belirlenmesi ve bu bozuklukların bakım verenlerin olan bakım yükü ile yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu incelemelerin yapılması, dil ve konuşma terapisi alanında AH'de bilişsel iletişim bozukluklarına yönelik değerlendirme ve müdahale yaklaşımlarına katkı sağlayabilir ve bakım verenlere yönelik destek programlarının geliştirilmesine ışık tutabilir.

Bu nedenle bu çalışmada:

- Hafif, orta ve ileri olmak üzere AH'nin farklı evrelerindeki bireylerde bilişsel iletişim bozukluklarını değerlendirmek,
- Hafif, orta ve ileri olmak üzere AH'nin farklı evrelerindeki bireylerin bakım verenlerinin bakım yükü ve yaşam kalitesini incelemek,
- Bilişsel iletişim bozukluklarının, AH olan bireylerin bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amaçlanmaktadır.

Bu çalışmanın araştırma soruları:

- AH'nin evrelerine göre bilişsel iletişim bozuklukları nasıl değişiklik göstermektedir?
- AH'nin evrelerine göre bakım verenlerin bakım yükü nasıl değişiklik göstermektedir?
- AH'nin evrelerine göre bakım verenlerin yaşam kalitesi nasıl değişiklik göstermektedir?
- AH olan bireylerde görülen bilişsel iletişim bozuklukları ile bu kişilerin bakım verenlerinin bakım yükü arasında nasıl bir ilişki vardır?
- AH olan bireylerde görülen bilişsel iletişim bozuklukları ile bu kişilerin bakım verenlerinin yaşam kalitesi arasında nasıl bir ilişki vardır?

- AH olan bireylerde görülen bilişsel iletişim bozukluklarının bakım verenlerinin yaşam kalitesine etkisi var mıdır? Varsa sosyodemografik özelliklere göre etkisi ne düzeydedir?
- AH olan bireylerde görülen bilişsel iletişim bozukluklarının bakım verenlerinin bakım yüküne etkisi var mıdır? Varsa sosyodemografik özelliklere göre etkisi ne düzeydedir?

2. GENEL BİLGİLER

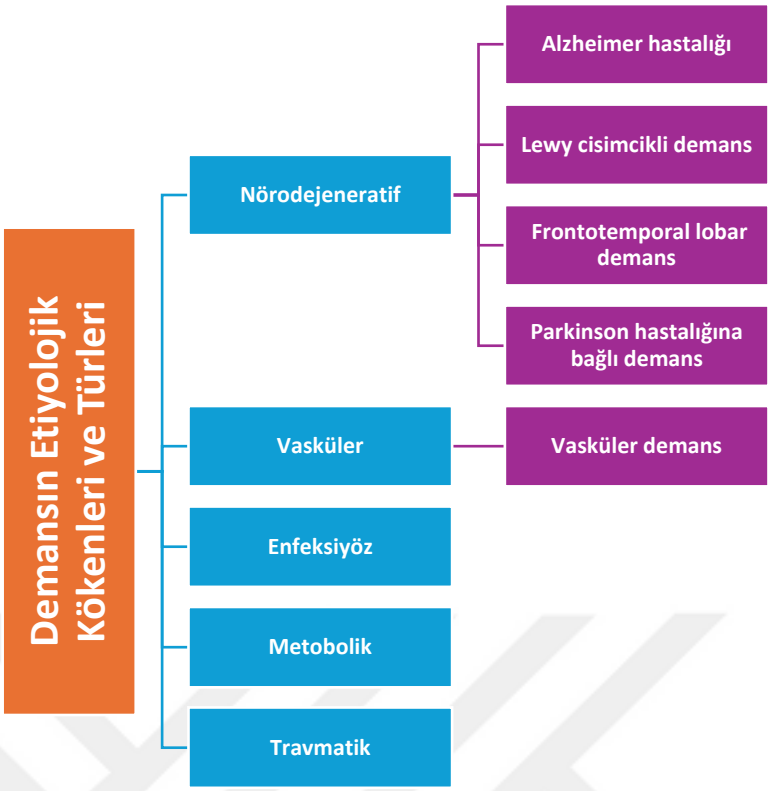
2.1. Alzheimer Hastalığı

2.1.1. Demans, Demans Türleri ve Alzheimer Hastalığı

Demans, kazanılmış bilişsel işlevlerde ortaya çıkan ve ilerleyici özellik gösteren bozulmalar sonucunda bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kaybetmesine yol açan klinik bir sendromdur. Demans tanısı, bellek bozukluğunun yanı sıra dil, dikkat, yürütücü işlevler, görsel-uzamsal beceriler ve sosyal biliş alanlarından en az birinde belirgin yetersizliklerin varlığına dayanmaktadır (American Psychiatric Association [APA], 2013). Bu bilişsel yetersizlikler, bireyin önceki işlevsellik düzeyine kıyasla anlamlı bir gerileme göstermekte ve sosyal ya da mesleki işlevselliği olumsuz etkilemektedir (Fratiglioni vd., 2004).

Güncel epidemiyolojik veriler, demansın küresel ölçekte hızla artan önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün ve Alzheimer's Disease International'ın raporlarına göre, 2021 yılı itibarıyla dünya genelinde yaklaşık 57 milyon kişi demans ile yaşamaktadır ve bu sayının 2030 yılında 75–78 milyona, 2050 yılında ise 130 milyondan fazla kişiye ulaşması beklenmektedir (WHO, 2023; Alzheimer's Disease International [ADI], 2024). Demansın yıllık insidansı değerlendirildiğinde, dünya genelinde her yıl yaklaşık 10 milyon yeni demans vakasının ortaya çıktığı, başka bir ifadeyle her 3 saniyede bir bireyin demans tanısı aldığı bildirilmektedir (WHO, 2023). Bu artışın temel nedenleri arasında küresel yaşlanma, yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artışının yer aldığı belirtilmektedir (Twiss vd., 2025).

Demans, tek bir hastalığı tanımlamaktan ziyade, farklı etiyolojik kökenlere ve klinik özelliklere sahip hastalık gruplarını kapsayan bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır. Bu bağlamda demans türleri; nörodejeneratif, vasküler, enfeksiyöz, metabolik ve travmatik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (WHO, 2023). Klinik pratikte en sık karşılaşılan demans türleri arasında AH, vasküler demans, Lewy cisimcikli demans, Parkinson hastalığına bağlı demans ve frontotemporal demans yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 2.1. *Demansın etiyolojik kökenleri ve en sık karşılaşılan türleri*

Vasküler demans, serebrovasküler hastalıklara bağlı olarak gelişen ve bilişsel işlevlerde ani ya da basamaklı bir gerileme ile seyreden bir demans türüdür. Klinik tabloda dikkat, yürütücü işlevler ve işlem hızında bozulmalar sıklıkla ön plandadır (O'Brien ve Thomas, 2015). Bellek bozukluğu AH'ye kıyasla daha geri planda olabilirken, planlama ve problem çözme güçlükleri iletişim performansını belirgin biçimde etkilemektedir. Bu durum, vasküler demansta bilişsel iletişim bozukluklarının daha çok yürütücü işlev temelli ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Sachdev vd., 2014).

Lewy cisimcikli demans, bilişsel dalgalanmalar, görsel halüsinasyonlar ve parkinsoniyen motor belirtilerle karakterize bir demans türüdür. Dikkat ve uyanıklık düzeyinde belirgin dalgalanmalar, bu hastalarda iletişim performansının gün içinde değişkenlik göstermesine yol açmaktadır (McKeith vd., 2017). Lewy cisimcikli demansta görsel algı bozuklukları ve dikkat yetersizlikleri, konuşma sırasında kopukluklar ve tutarsız anlatımlar şeklinde iletişime yansıyabilmektedir.

Frontotemporal demans, özellikle frontal ve temporal lobları etkileyen nörodejeneratif bir süreç olup, genellikle daha erken yaşlarda başlamaktadır. Bu demans türünde bellek bozuklukları başlangıçta görece korunmuş olabilirken, davranışsal değişiklikler, kişilik değişimleri ve sosyal biliş yetersizlikleri erken evrelerde belirginleşmektedir (Rascovsky vd., 2011). Frontotemporal demansta görülen iletişim bozuklukları; pragmatik dil yetersizlikleri, empati eksikliği, sosyal bağlama uygun olmayan söylemler ve söylem organizasyonunda bozulmalarla karakterize olmaktadır (Snowden vd., 2003).

Parkinson hastalığına bağlı demans, motor belirtilerin uzun süreli seyri sonrasında ortaya çıkan bilişsel gerileme ile tanımlanmaktadır. Bu demans türünde dikkat, yürütücü işlevler ve işlem hızındaki bozulmalar ön plandadır. Konuşma akıcılığında azalma, başlatma güçlükleri ve söylem üretiminde yavaşlama, bilişsel iletişim bozukluklarının temel özellikleri arasında yer almaktadır (Emre vd., 2007).

Alzheimer hastalığı, tüm demans vakalarının yaklaşık %60–70'ini oluşturan en yaygın demans türüdür. AH, beyinde ilerleyici nöronal kayıp ve sinaptik yıkım ile karakterize edilen, geri dönüşü olmayan bir nörodejeneratif hastalıktır. AH, klinik olarak en belirgin özelliği, erken dönemde ortaya çıkan epizodik bellek bozukluğudur. Bellek, dikkat, yürütücü işlevler, dil ve görsel-uzamsal becerilerde giderek artan bozulmalarla seyretmektedir (McKhann vd., 2011). AH, yalnızca bilişsel işlevleri değil, bireyin iletişim yeterliliğini, davranışlarını ve günlük yaşam aktivitelerini de derinden etkilemektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024). Nöropatolojik açıdan AH; beta-amiloid plak birikimi ve tau proteinine bağlı nörofibriler yumaklarla tanımlanmaktadır. Bu patolojik süreçler özellikle hipokampus ve temporal lobdan başlayarak, zaman içinde frontal ve parietal kortekse yayılmaktadır (Jack vd., 2018). Bu yayılım paterni, hastalığın evrelerine özgü bilişsel ve iletişimsel bozulmaları açıklamada temel bir çerçeve sunmaktadır. Dil ve iletişim alanındaki bozulmalar, AH'ın ayırt edici klinik özelliklerinden biridir. Özellikle sözcük bulma güçlükleri, anlatım akıcılığında azalma ve pragmatik iletişim sorunları, hastalığın erken dönemlerinden itibaren gözlenebilmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014). Bu nedenle AH, bilişsel iletişim bozukluklarının en sık görüldüğü nörolojik tablolar arasında yer almaktadır (Kimbarow ve Wallace, 2024).

Demans türleri arasındaki bu klinik farklılıklar, her bir demans tipinin kendine özgü bilişsel ve iletişim profiline sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, demans değerlendirmelerinde yalnızca genel bilişsel testlerin değil, iletişim becerilerini ve işlevsel performansı kapsayan ayrıntılı değerlendirme yaklaşımlarının kullanılmasını gerekli kılmaktadır (Kimbarow ve Wallace, 2024). Ayrıca demansın genellikle ilerleyici doğası, bilişsel iletişim bozukluklarının zaman içerisinde derinleşmesine ve bireyin günlük yaşam işlevselliğinde giderek artan sınırlılıklar yaşamasına neden olmaktadır

2.1.2. Alzheimer Hastalığı Kökeni ve Tarihsel Gelişimi

Alzheimer hastalığı, ilk kez 1906 yılında Alman nöropsikiyatrist Alois Alzheimer tarafından tanımlanmış, başlangıçta nadir görülen bir presenil demans formu olarak değerlendirilmiştir. Alzheimer, 51 yaşındaki hastası Auguste D.'nin klinik belirtilerini ve ölüm sonrası beyin incelemelerini raporlayarak, hastalığın ayırt edici nöropatolojik özelliklerini bilim dünyasına sunmuştur (Alzheimer, 1907). Bu gözlemler, ilerleyen yıllarda hastalığın tanınmasında temel referans noktası hâline gelmiştir.

Alois Alzheimer'ın tanımladığı olguda, hastanın belirgin bellek kaybı, dil bozuklukları, yönelim güçlükleri ve davranışsal değişiklikler sergilediği bildirilmiştir. Postmortem incelemelerde ise beyinde anormal protein birikimleri ve yaygın kortikal dejenerasyon saptanmıştır (Alzheimer, 1907). Bu bulgular, AH'ın yalnızca psikiyatrik bir tablo değil, özgül nöropatolojik temellere sahip bir hastalık olduğunu ortaya koymuştur (Berrios, 1990).

20. yüzyılın ortalarına kadar AH, yaşlılıkta görülen bilişsel gerilemeden ayrı bir klinik tablo olarak değerlendirilirken; 1970'li yıllardan itibaren yaşlılıkta görülen demansın da aynı patolojik süreçlerle ilişkili olduğu kabul edilmiştir (Katzman, 1976). Bu yaklaşım değişikliği, AH'yi demansın en yaygın nedeni olarak konumlandırmıştır.

Zaman içerisinde nöropatolojik, biyokimyasal ve nörogörüntüleme alanlarındaki gelişmeler, AH'nin patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Amiloid beta plakları ve nörofibriler yumaklar, hastalığın ayırt edici patolojik bulguları olarak tanımlanmış; bu yapıların sinaptik işlevleri bozarak bilişsel

gerilemeye yol açtığı gösterilmiştir (Braak ve Braak, 1991). Bu bulgular, AH'nin ilerleyici ve geri dönüşü olmayan doğasını açıklamada temel oluşturmuştur.

Güncel nörobilimsel yaklaşımlar AH'yi, yalnızca bellek kaybı ile sınırlı bir hastalık olarak değil; dikkat, yürütücü işlevler, dil, görsel-mekânsal beceriler ve sosyal biliş gibi çoklu bilişsel alanları etkileyen bir nörodejeneratif süreç olarak ele almaktadır (Kimbarow ve Wallace, 2024). Bu bakış açısı, hastalığın klinik belirtilerinin zaman içerisinde çeşitlenmesini ve bireyin günlük yaşam işlevselliğinde giderek artan kayıplar yaşamasını açıklamaktadır.

Günümüzde AH, demans üst başlığı altında sınıflandırılmakta ve tanı ölçütleri bu çerçevede yapılandırılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı'sı (2013) (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fifth edition)(DSM-5),* AH'yi "majör ve hafif nörobilişsel bozukluklar" başlığı altında tanımlayarak bilişsel gerilemenin işlevsellik üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (APA, 2013). Bu yaklaşım, hastalığın klinik değerlendirmesinde işlevsel kayıpların önemini ön plana çıkarmaktadır.

2.1.3. Alzheimer Hastalığı Prevalansı ve İnsidansı

Alzheimer hastalığı, günümüzde dünya genelinde demansın en yaygın nedeni olup, küresel ölçekte giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Güncel küresel projeksiyonlara göre, dünya genelinde demansla yaşayan birey sayısı 2019 yılında yaklaşık 57 milyon iken, bu sayının 2050 yılına kadar 150 milyonun üzerine çıkması beklenmektedir. Bu vakaların yaklaşık %60–70'inin AH'ye bağlı olduğu bildirilmektedir (WHO, 2023; Wang vd., 2025). Bu artışın temel belirleyicisi, küresel ölçekte yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının hızla yükselmesidir.

Alzheimer hastalığının prevalansı yaşla birlikte belirgin biçimde artmakta, özellikle 65 yaş sonrası dönemde keskin bir yükseliş göstermektedir. Güncel epidemiyolojik veriler, 65 yaş üzerindeki bireylerde AH prevalansının %5–8 aralığında seyrettiğini; 85 yaş ve üzerindeki bireylerde ise bu oranın %30–40 düzeylerine ulaşabildiğini ortaya koymaktadır (AA, 2025; Wang vd., 2025).

İnsidans açısından bakıldığında, AH'nin her yıl dünya genelinde yaklaşık 10 milyon yeni demans vakasına yol açtığı ve bu yeni vakaların büyük bir bölümünün AH tanısı aldığı bildirilmektedir (WHO, 2023). Yaşa özgü insidans oranlarının özellikle 75 yaş sonrasında belirgin biçimde arttığı; kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek insidans oranları görüldüğü bildirilmektedir (Wang vd., 2025).

Alzheimer hastalığına ilişkin güncel ve ulusal düzeyde temsil gücü yüksek veriler sınırlı olmakla birlikte, 2025 yılında yayımlanan geniş ölçekli nüfus temelli bir çalışmada, 60 yaş ve üzeri bireylerde AH prevalansı %3,8 olarak rapor edilmiştir. Aynı çalışmada hastalığın kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü ve ileri yaş gruplarında prevalansın belirgin biçimde arttığı gösterilmiştir. Demanslı birey sayısının 2019 yılında yaklaşık 800 bin olduğu; bu sayının 2050 yılına kadar üç katından fazla artarak 3 milyonun üzerine çıkmasının beklendiği bildirilmektedir (Nichols vd., 2022; WHO, 2025).

2.1.4. Alzheimer Hastalığında Tanılama

Alzheimer hastalığında tanılama süreci, tek bir ölçüm aracına dayanmayan, çok boyutlu ve disiplinler arası bir değerlendirme yaklaşımını gerektirmektedir. Güncel tanı ölçütleri, bilişsel bozulmanın varlığının yanı sıra bu bozulmanın günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini ve ilerleyici doğasını temel almaktadır (McKhann vd., 2011). Bu nedenle AH'de tanı, yalnızca bilişsel test performansına değil; klinik gözlem, işlevsellik değerlendirmeleri ve bakım veren bildirimlerine dayalı olarak konulmaktadır.

DSM-5 tanı sınıflandırmasına göre, AH'a bağlı olarak ortaya çıkan majör ve hafif nörobilişsel bozukluklar için özgül tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Bu ölçütler aracılığıyla, demans tablosunun etiyolojisinin AH'a bağlı olup olmadığına ilişkin klinik değerlendirme yapılabilmektedir (APA, 2013).

Alzheimer hastalığının klinik tanılamasında tarihsel olarak en yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri, Ulusal Nörolojik ve İletişimsel Bozukluklar ve İnme Enstitüsü (The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke; NINCDS) ile AH ve İlişkili Bozukluklar Derneği (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association; ADRDA) tarafından oluşturulan çalışma grubu

tarafından geliştirilen tanı kriterleridir. Bu kriterler, "National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke ve Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)" başlığı altında AH'nın klinik tanılanmasında kullanılmak üzere tanımlanmıştır (McKhann vd., 1984).

NINCDS-ADRDA tanı kriterlerine göre AH; olası Alzheimer demansı, mümkün Alzheimer demansı ve kesin Alzheimer demansı olmak üzere üç ana kategori altında sınıflandırılmaktadır (McKhann vd., 1984). Bu sınıflandırma, klinik bulguların şiddeti, bilişsel profiller ve destekleyici tanısal veriler temel alınarak yapılmaktadır.

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak bu tanı kriterleri zaman içinde güncellenmiş ve yeniden yapılandırılmıştır. Kurumsal ad değişiklikleriyle birlikte NINCDS-ADRDA tanı çerçevesi, National Institute on Aging ve Alzheimer's Association iş birliğiyle "National Institute on Aging–Alzheimer's Association (NIA-AA)" adı altında revize edilmiştir. Güncel NIA-AA tanı kriterleri, biyobelirteçlerin ve klinik evrelemenin daha ayrıntılı biçimde ele alındığı bir yaklaşım sunmakta olup, AH'nın tanı sürecinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Jack Jr vd., 2011; McKhann vd., 2011).

Tanılama sürecinin ilk aşamasını ayrıntılı klinik öykü alma oluşturmaktadır. Bu aşamada bilişsel yakınmaların başlangıç zamanı, seyri ve günlük yaşam üzerindeki etkileri ayrıntılı biçimde sorgulanmaktadır. Özellikle bellek sorunlarının ilerleyici olup olmadığı, dil ve iletişimde yaşanan değişimler ile davranışsal belirtiler tanı açısından kritik öneme sahiptir (Lezak vd., 2012). Klinik öykü alınırken bakım verenlerden elde edilen bilgiler, hastanın farkındalığının sınırlı olabileceği durumlar nedeniyle tanı sürecinin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmektedir.

Tanı sürecinde ikinci temel bileşen bilişsel değerlendirmedir. AH'de bilişsel değerlendirme; bellek, dikkat, yürütücü işlevler, dil ve görsel-mekânsal becerileri kapsayan geniş bir değerlendirme alanını içermektedir. Mini Mental Test (MMT), Addenbrooke Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (ACE), Montreal Cognitive Assessment (MOCA) gibi tarama testleri, bilişsel bozulmanın varlığını ortaya koymak ve hastalığın seyrini izlemek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (Lezak vd., 2012). Bununla birlikte, bu testlerin tanı koydurucu değil, tarama ve izlem amaçlı olduğu vurgulanmaktadır. Bilişsel test sonuçlarının yorumlanmasında, bireyin yaş, eğitim

düzeyi ve kültürel özellikleri dikkate alınmaktadır. Tek başına test puanlarına dayalı bir yaklaşımın yanlış tanılara yol açabileceği; bu nedenle klinik değerlendirme ile bütüncül biçimde ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Petersen vd., 2014). Özellikle erken evre AH'de bilişsel testlerde sınırda sonuçlar alınabileceği için işlevsellik değerlendirmeleri tanı sürecinde belirleyici rol oynamaktadır.

Tanılama sürecinin bir diğer önemli bileşeni nörolojik muayenedir. Nörolojik muayene, AH'yi diğer demans türlerinden ve sekonder bilişsel bozukluklardan ayırt etmek amacıyla uygulanmaktadır. Fokal nörolojik bulguların varlığı, vasküler demans veya diğer nörolojik hastalıkları düşündürebileceğinden ayırıcı tanı açısından önem taşımaktadır (McKhann vd., 2011).

Güncel tanı yaklaşımlarında, yapısal ve fonksiyonel beyin görüntüleme yöntemleri de tanı sürecine destekleyici bilgi sağlamaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), özellikle medial temporal lob ve hipokampal atrofinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ancak görüntüleme bulgularının tek başına tanı koydurucu olmadığı, klinik bulgularla birlikte yorumlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Jack vd., 2018).

2.1.5. Alzheimer Hastalığı Evreleri ve Prognoz

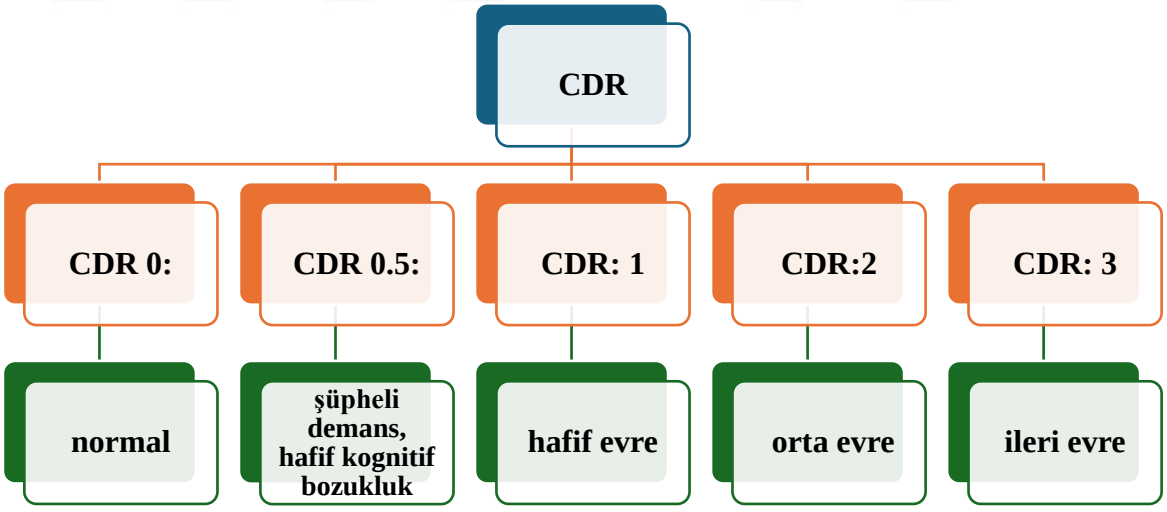
Alzheimer hastalığı, klinik belirtilerin şiddeti ve bireyin günlük yaşam işlevselliği dikkate alınarak evrelere ayrılmaktadır. Bu evreleme, hastalığın seyrini anlamak, uygun değerlendirme araçlarını seçmek ve bakım sürecini planlamak açısından büyük önem taşımaktadır (McKhann vd., 2011).

Literatürde AH evrelemesinde kullanılan birçok ölçek bulunmaktadır; fakat AH evrelerini nitelendirmek için Global Bozulma Ölçeği *(Global Deterioration Scale) (GDS)* ve Klinik Demans Derecelendirme Skalası (*Clinical Dementia Rating Scale)* (CDR) yaygın olarak kullanılan iki ölçektir (Hughes vd., 1982; Reisberg vd., 1982). CDR tüm demanslarda kullanılabilir iken; GDS, AH'ye özgün ve diğer demanslarda kullanılamayan bir derecelendirme skalasıdır. Güncel klinik uygulamalarda AH'de evreleme çoğunlukla CDR kullanılarak hafif, orta ve ileri evre olmak üzere üç ana başlık altında ele alınmaktadır (AA, 2025).

➢ **Klinik Demans Derecelendirme Skalası**

Alzheimer hastalığının evrelenmesinde ve klinik şiddetinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan araçlardan biri CDR skalasıdır. CDR, bireyin bilişsel performansı ile günlük yaşam işlevselliğini bütüncül olarak değerlendiren yarı yapılandırılmış bir klinik derecelendirme aracıdır (Morris, 1993). Ölçek, doğrudan test performansından ziyade klinik gözlem ve bakım veren görüşmelerine dayalı olarak uygulanmaktadır.

CDR, altı temel alanda değerlendirme yapmaktadır: bellek, yönelim, yargılama ve problem çözme, toplum içindeki işlevler, ev ve hobiler ile kişisel bakım. Bu alanlar, AH'de bilişsel bozulmanın günlük yaşam üzerindeki yansımalarını kapsamlı biçimde ortaya koymaktadır (Morris, 1993). Özellikle toplum içindeki işlevler ve ev içi aktiviteler alanları, bireyin iletişim yeterliliği ve sosyal etkileşim becerileri ile yakından ilişkilidir. CDR toplam puanı, AH'nin klinik evrelenmesinde kullanılmaktadır Tüm alanlar ayrı ayrı 0, 0.5, 1, 2 ve 3 olmak üzere 5 derecelik skorlama ile puanlanır. Evre belirlemesinde ise temel olarak bellek puanı kullanılmaktadır (Hughes vd., 1982) (Şekil 2).



Şekil 2.2. *CDR skalası puanlaması*

CDR'nin önemli avantajlarından biri, bilişsel bozulmanın işlevsel sonuçlarını doğrudan yansıtabilmesidir. Ölçeğin bakım veren bildirimlerini içermesi, hastanın farkındalığının sınırlı olduğu durumlarda tanılama ve evreleme sürecinin güvenilirliğini artırmaktadır (Morris, 1993). Bu yönüyle CDR, yalnızca bilişsel

performansı değil, hastalığın bireyin günlük yaşamına olan etkisini değerlendiren işlevsel bir araç olarak kabul edilmektedir.

Bilişsel iletişim bozukluklarının günlük yaşama yansımaları, CDR'nin özellikle toplum içindeki işlevler ve ev içi aktiviteler alt alanlarında dolaylı biçimde yakalanabilmektedir. İletişim yeterliliğindeki azalma, sosyal katılımın ve bağımsızlığın düşmesine yol açarak CDR puanlarının yükselmesine neden olabilmektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024). Bu durum, CDR'nin bilişsel iletişim bozukluklarının işlevsel etkilerini izleme açısından da değerli bir araç olduğunu göstermektedir (Brodaty ve Donkin, 2009).

Evreler arası ayrım, yalnızca bilişsel test puanlarına değil; bireyin iletişim becerileri, davranışsal özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyine de dayanmaktadır. Bu yönüyle AH evreleri, bilişsel iletişim bozukluklarının niteliğini ve bakım verenlerin karşılaştığı güçlükleri doğrudan belirleyen bir çerçeve sunmaktadır (Kimbarow ve Wallace, 2024).

- **Hafif Evre Alzheimer Hastalığı**

Hafif evrede AH, genellikle yakın bellek bozuklukları ile kendini göstermektedir. Bireyler yeni bilgileri öğrenmede güçlük yaşamakta, randevuları unutmakta ve günlük planlamada zorlanmaktadır (Petersen vd., 2014). Bu evrede bireylerin temel günlük yaşam aktiviteleri büyük ölçüde korunmakta; ancak karmaşık görevlerde performans düşüşü gözlenmektedir (McKhann vd., 2011).

Unutkanlık ve zaman algısında belirsizliklerle başlayan AH'nın erken evresinde, ilk olarak kısa süreli bellek ve epizodik bellek işlevlerinde bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde bireyler, daha önce sordukları soruları yeniden sorma, aynı yaşantıları daha önce hiç paylaşmamış gibi tekrar anlatma, sözcük bulmada güçlük yaşama, eşyalarını sıkça kaybetme, tanıdık olmayan ortamlarda yön bulmakta zorlanma ve karmaşık aktiviteleri ya da hobileri sürdürmede güçlük çekme gibi belirtiler gösterebilmektedir. Ayrıca yeni becerilerin öğrenilememesi, depresif duygu durum, hastalığı inkâr etme ve ilgisizlik gibi davranışsal değişiklikler de erken evrede gözlenebilmektedir.

Bu evrede yemek yeme, giyinme, banyo yapma ve temel hijyen gibi günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal yaşantı genellikle belirgin biçimde etkilenmemekte, bireyler büyük ölçüde bağımsız yaşamlarını sürdürebilmektedir. Hastalar çoğu zaman hatırlatma veya yönlendirme ile günlük işlevlerini yerine getirebilmekte; ancak ev işleri, hesaplama becerileri ve bakım aktiviteleri gibi alanlarda zamanla performans kalitesinde azalma görülebilmektedir. Bu dönemde bireylerin bilişsel değişimlerin farkında olmaları, yaşam kalitesinde düşüşe yol açabilmekte; anksiyete ve depresif belirtilerin gelişmesine neden olabilmektedir. Depresyonun eşlik etmesi durumunda yaşam kalitesindeki azalma daha belirgin hâle gelebilmektedir (Elif vd., 2017; Gürvit, 2004; Matsuda ve Saito, 2009).

Alzheimer hastalığı ile ilişkili patofizyolojik değişimlerin, davranışsal ve bilişsel belirtiler ortaya çıkmadan uzun yıllar önce başladığı bilinmektedir; bu nedenle erken evrenin başlangıç zamanı ve süresinin kesin olarak belirlenmesi çoğu zaman güçtür (Kathryn Bayles vd., 2018). Erken başlangıçlı AH bulunan bireylerde genellikle hipokampal tutulumun daha sınırlı olduğu, buna karşılık oksipital ve parietal korteks bölgelerinde daha belirgin atrofi görüldüğü bildirilmektedir. Bu nöroanatomik farklılıklar, görsel-uzamsal testlerde bellek testlerine kıyasla daha düşük performans sergilenmesine neden olabilmektedir (Frisoni vd., 2007; Fujimori vd., 1998).

Hafif evre AH'de bireyler zaman yöneliminde karışıklık yaşayabilmekle birlikte, kişi ve yer yönelimi çoğunlukla korunmaktadır. Bu evrede motor işlevler ve mobilizasyon genellikle etkilenmemekte ve bireyler fiziksel açıdan bağımsızlıklarını sürdürebilmektedir (Bayles vd., 2018). AH'nın en erken ve tipik belirtilerinden biri epizodik belleğe ilişkin sorunlardır; örneğin bireyler araçlarını nereye park ettiklerini unutabilir, aynı bilgileri tekrar edebilir ya da ilaçlarını alıp almadıklarını hatırlamakta güçlük çekebilirler. Çalışma belleği de AH'nın erken dönemlerinde etkilenmekte; bilginin kodlanması ve geri çağrılmasında etkinliğin azalmasıyla kendini göstermektedir. Bu evrede bireyler dikkati sürdürmekte zorlanabilmekte ve bellek süresinde bazı kişilerde orta düzeyde zayıflama görülebilmektedir (Fratiglioni vd., 2001; Grady vd., 1988; Perry, Watson, ve Hodges, 2000).

Hafif evre AH olan bireyler genellikle banyo yapma, giyinme ve beslenme gibi günlük yaşamın temel aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmektedir. Bununla birlikte ekonomik durumun yönetimi gibi günlük yaşamın araçsal aktivitelerinde

belirgin güçlükler yaşanabilmektedir (Bayles vd., 2018). Bu evrede bireyler sözcükleri ve resimleri tanımlayabilmekte; ancak konuşma bağlamını sürdürmekte zorlanabilmektedir. Buna karşın üç aşamalı yönergeleri takip edebilme becerisi çoğunlukla korunmaktadır. Hafif evrede cümlelerin eksik kalması, kendini tekrar etme ve uzun materyalin anlaşılmasında azalma sık görülen iletişim özellikleri arasındadır. Okuma ve yazma becerileri genel olarak korunmakla birlikte, yazım hatalarının yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2007).

- **Orta Evre Alzheimer Hastalığı**

Orta evre AH'de bilişsel bozulmalar daha belirgin hâle gelmekte ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık artmaktadır. Bellek bozukluklarının yanı sıra dikkat, yönelim ve yürütücü işlevlerde belirgin yetersizlikler gözlenmektedir (AA, 2025). Bu evrede bireyler zaman ve mekân yöneliminde sık hatalar yapabilmekte ve sosyal ortamlarda daha fazla zorlanmaktadır.

Hastalığın başlangıcından yaklaşık 4–7 yıl sonra görülen orta evrede, bilişsel bozulmalar belirgin biçimde derinleşmekte ve yalnızca bellekle sınırlı kalmayarak birçok bilişsel alanı kapsamaktadır. Bu evrede kısa süreli belleğe ek olarak uzun süreli bellek performansında, soyut düşünme becerilerinde, dikkat süreçlerinde ve yürütücü işlevlerde anlamlı bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Sözcük bulma güçlükleri artmakta, konuşma akıcılığı belirgin biçimde bozulmakta ve hastalığa bağlı belirtiler bireyin günlük yaşamını daha kısıtlayıcı hâle gelmektedir. Bireyler geçmiş yaşantılara yoğun biçimde odaklanabilmekte ve yaşamını yitirmiş kişileri hâlâ hayatta sanabilmektedir. Çok yakın aile üyelerini tanımakta güçlük çekebilir ya da birbirleriyle karıştırabilirler; yargılama ve karar verme becerilerinde ise ciddi düzeyde bozulmalar gözlenmektedir. Bu evrede yalnızca sözel yönlendirmeler yeterli olmamakta, bireyler giderek artan biçimde başkalarına bağımlı hâle gelmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar belirginleşmekte; temizlik, giyinme-soyunma ve yemek yeme gibi temel işlevlerde yardıma gereksinim duyulmaktadır (Beatty vd., 1988; Can vd., 2006; Elif vd., 2017; Gürvit, 2004).

Alzheimer hastalığının orta evresinde bireylerin başkalarına olan bağımlılığı giderek artmaktadır. Oryantasyon bozuklukları belirginleşmekte; kişi yönelimi bazı bireylerde korunabilse bile, zaman ve mekâna ilişkin kafa karışıklıkları sıklıkla

görülmektedir. Bu evrede motor işlevler genellikle korunmakta olmakla birlikte huzursuzluk ve ajitasyon yaygın olarak gözlenmektedir. Orta evrede epizodik bellekte belirgin bir kötüleşme meydana gelmekte; bellek süresi kısalmakta, bilginin kodlanması ve geri çağrılması zorlaşmakta ve semantik bellekte bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Dikkati sürdürme ve odaklama becerileri zayıflamakta, bireyler kolaylıkla dikkatlerini kaybedebilmektedir. Ayrıca görsel-algısal yetersizlikler bu evrede daha belirgin hâle gelmektedir (Bayles vd., 2018; Bayles ve Tomoeda, 2007).

Alzheimer hastalığının orta evresinin ileri aşamalarında mesane inkontinansı görülmeye başlayabilmektedir. Uygun gözetim ve çevresel düzenlemeler sağlandığında, bu evredeki bireylerin bir kısmı temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilse de; alışveriş yapma, telefon kullanma ve para yönetimi gibi araçsal günlük yaşam aktivitelerinde belirgin güçlükler yaşamaktadır. Bu dönemde araç kullanma özellikle önemli bir sorun hâline gelmektedir. Orta evre AH olan bireyler araçları mekanik olarak kullanabilmelerine rağmen, dikkat, muhakeme ve bellek alanlarındaki yetersizlikler nedeniyle hem kendileri hem de çevreleri için ciddi risk oluşturabilmektedirler (Bayles vd., 2018). Ayrıca bu evrede bireylerin kendi davranışlarını izleme ve hatalarını fark ederek düzeltme becerilerinde belirgin yetersizlikler olduğu bildirilmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2007).

- **İleri Evre Alzheimer Hastalığı**

İleri evre AH'de bilişsel yıkım yaygın ve ağırdır. Bireyler, temel günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı hâle gelmekte; yönelim, bellek ve yürütücü işlevlerde ciddi bozulmalar göstermektedir (McKhann vd., 2011). Bu evrede motor becerilerde gerileme ve yutma güçlükleri de tabloya eşlik edebilmektedir (AA, 2025).

Alzheimer hastalığının ileri evresinde bireyler, tüm günlük yaşam aktiviteleri açısından tam bağımlı hâle gelmektedir. Bu evrede kişilik özelliklerinde ve kimlik algısında belirgin çözülmeler ortaya çıkmakta; bilişsel bozulmalara konuşma, motor ve duyusal işlevlerdeki ciddi yetersizlikler eşlik etmektedir. Hastalar günün her saatinde sürekli bakıma gereksinim duymakta ve klinik değerlendirmeleri hem fiziksel hem de iletişimsel sınırlılıklar nedeniyle oldukça güçleşmektedir. Aile üyelerine karşı duygusal bir aşinalık hissi zaman zaman korunabilse de, bireylerin kendilerini tanımlamaları, isimleri ayırt etmeleri ve kişiler arası ilişkileri bilinçli biçimde

sürdürmeleri çoğu zaman mümkün olmamaktadır. İletişim becerileri ileri derecede kısıtlanmakta; sözel üretim kısa, anlamdan yoksun ifadeler ya da yineleyici tek sözcüklerle sınırlı kalmaktadır.

Bu evrede idrar ve dışkı inkontinansı sıklıkla görülmekte; hastalığın ilerlemesiyle birlikte yürüme becerileri kaybolmakta ve bireyler yatağa bağımlı hâle gelmektedir. Klinik seyir incelendiğinde, hastalığın başlangıcından ortalama 7–9 yıl sonra pnömoni, üst solunum yolu enfeksiyonları ve diğer enfeksiyonlar, sepsis, beslenme güçlükleri, malnütrisyon, bası yaraları, farklı travmatik yaralanmalar ve kırıklar gibi komplikasyonlara bağlı olarak mortalite riskinin belirgin biçimde arttığı bildirilmektedir (Akyar, 2011; Chandra vd., 1986; Gürvit, 2004)

İleri evrede AH olan bireylerde kişi, yer ve zaman oryantasyonu neredeyse tamamen bozulmaktadır. Bu evrede Mini Mental Test (MMT) puanlarının sıklıkla 0–9 aralığında seyrettiği ve Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği'nde (CDR) 3 puan alındığı bildirilmektedir (Hughes vd., 1982). Bilişsel işlevlerdeki ileri düzey yıkım nedeniyle problem çözme ve karar verme yetileri son derece sınırlıdır. Bireyler bu evrede temel günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirememekte; önce mesane, ardından bağırsak inkontinansı gelişmektedir. Motor bozukluklar belirginleşmekte ve evrenin ilerleyen aşamalarında hastaların büyük çoğunluğu ayakta duramaz hâle gelmektedir (Bayles, vd., 2000).

Hastalığın progresyonu ile mobilizasyon kaybı daha da artmaktadır. Hareketlerde yavaşlama, kas katılığı ve yürüme bozuklukları gibi ekstrapiramidal belirtiler; çevresel engelleri algılamaya yönelik bilişsel kapasitenin azalmasıyla birleştiğinde düşme riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu düşmeler sonucunda kırıklar meydana gelebilmekte ve bireylerin hareket yeteneği tamamen ortadan kalkabilmektedir (Kim ve Bayles, 2007). Ayrıca yatak yaralarına bağlı enfeksiyonlar, akciğer embolisi ve enfeksiyonları, beslenme ve yutma bozuklukları ileri evre AH'de en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Gürvit, 2004; Kim ve Bayles, 2007).

İletişim becerileri ileri evrede ciddi biçimde sınırlanmaktadır. Konuşma üretimi azalmakta, sözel ifadeler çoğu zaman anlamsız veya tekrarlayıcı hâle gelmektedir. Bazı bireylerde sözel iletişim büyük ölçüde kaybolmakta ve iletişim daha

çok yüz ifadeleri, jestler ve ses tonu gibi sözel olmayan yollarla sürdürülmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014).

Bu evrede bakım verenlerin bakım yükü en yüksek düzeye ulaşmaktadır. İletişimin büyük ölçüde bozulması, bakım verenlerin hastanın ihtiyaçlarını anlamasını zorlaştırmakta ve bakım sürecinde yoğun fiziksel ve duygusal zorlanmaya yol açmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009).

Evreleme ve Bakım Süreci İlişkisi

Alzheimer hastalığının evreleri ilerledikçe, bilişsel iletişim bozukluklarının şiddeti artmakta ve bakım verenlerin rolü daha karmaşık hâle gelmektedir. Evreleme, yalnızca hastalığın klinik tanımlanması açısından değil; bakım verenlerin destek gereksinimlerinin öngörülmesi açısından da kritik bir öneme sahiptir (Kimbarow ve Wallace, 2024).

Bu nedenle AH'nın evrelerinin ayrıntılı olarak ele alınması, bilişsel iletişim bozuklukları ile bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin anlaşılmasına temel oluşturmaktadır.

2.2. Bilişsel İletişim Bozuklukları

2.2.1. Bilişsel İşlevler ve Bilişsel İletişim

Hem sözel hem de sözel olmayan iletişim, bilgiyi paylaşmak ve yorumlamak için bilişsel süreçleri gerektirmedir (Bayleys,2018). Bilişsel iletişim, bireyin düşüncelerini, niyetlerini ve bilgilerini sosyal bağlam içinde anlamlı ve işlevsel biçimde iletebilmesini sağlayan karmaşık bir süreçtir. Bu süreç; dikkat, bellek, yürütücü işlevler, dil ve sosyal biliş gibi bilişsel sistemlerin bütüncül etkileşimini gerektirmektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024).

- **Dikkat:** Bilgiyi seçen, güçlendiren ve alakasız olan bilgiyi filtreleyen bir sistemdir (Fiebelkorn ve Kastner, 2020). İletişimin temel bileşenlerinden biridir. Dikkat süreçlerindeki bozulmalar, konuşma sırasında odaklanma güçlüğü, konuşma konusunu sürdürememe ve çevresel uyaranlarla kolayca dikkatin dağılması gibi

iletişim sorunlarına yol açmaktadır. Bu tür belirtiler özellikle travmatik beyin hasarı ve dikkat ağlarını etkileyen nörolojik hastalıklarda sık görülmektedir (Lezak vd., 2012).

- **Bellek:** İnsan zihninin temel işlevlerinden biri olan bellek, bilginin kodlanması, depolanması ve gerektiğinde geri çağrılması süreçlerini kapsayan, çok katmanlı ve çok yönlü bir bilişsel ve biyolojik sistemdir (Schacter, D, 1995). Bellek süreçlerindeki bozulmalar, konuşulan bilgilerin hatırlanamaması, önceki konuşma içeriğine referans verememe ve anlatımda tekrarların artması şeklinde iletişime yansımaktadır. Bellek temelli bilişsel iletişim bozuklukları, özellikle demans türleri ve hipokampal yapıları etkileyen nörolojik hastalıklarda belirgin olmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014).

- **Yürütücü işlevler:** Davranış ve düşüncelerimizin amaçlı biçimde düzenleyen ve yöneten, "kontrol süreçleri"dir (Miyake ve Friedman, 2012). İletişimin planlanması, düzenlenmesi ve denetlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Yürütücü işlev bozuklukları; konu organizasyonunda zorluk, uygun yanıt seçememe, esnek olmayan iletişim örüntüleri ve sosyal bağlama uygun olmayan konuşma davranışlarıyla kendini göstermektedir. Bu tür iletişim güçlükleri frontal lob işlevlerini etkileyen hastalık ve sendromlarda yaygın görülmektedir (Lezak vd., 2012).

- **Sosyal biliş**:Bireyin sosyal ortamlarda diğer insanları ve sosyal durumları anladığını, değerlendirdiğini ve bu anlayış doğrultusunda nasıl şekillendirdiğini konu alan bir alandır (Cömert ve Yildiz, 2025). Sosyal biliş yetersizlikleri, empati kuramama, mecaz ve örtük anlamları anlayamama ve sosyal ipuçlarını yanlış yorumlama gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu tür bilişsel iletişim bozuklukları, özellikle frontotemporal etkilenmenin görüldüğü klinik tablolarda belirginleşmektedir (ASHA, 2023).

2.2.2. Bilişsel İletişim Bozukluğu

Bilişsel işlevlerdeki etkilenim sonucu iletişim becerilerinin herhangi bir yönünde zorluk yaşanmasına bilişsel iletişim bozukluğu denilmektedir (ASHA, 2023). Bilişsel iletişim bozukluğu, dilin temel yapısal bileşenleri olan sesbilgisel, biçimbilgisel ve sözdizimsel beceriler görece korunmuş olsa bile, bilişsel süreçlerdeki bozulmalar nedeniyle iletişimin işlevsel kullanımında ortaya çıkan yetersizlikleri ifade

etmektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024). Bu bozukluklarda temel sorun, dil bilgisinden ziyade dilin bilişsel süreçlerle bütünleşik biçimde kullanılamamasıdır. Dolayısıyla bilişsel iletişim bozukluğu, dil ve biliş arasındaki etkileşimin bozulduğu klinik bir tablo olarak ele alınmaktadır (Rodriguez vd., 2022)

Amerikan Dil-Konuşma-İşitme Derneği (*The American Speech-Language-Hearing Association)* (ASHA), bilişsel iletişim bozukluğunu; bireyin dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi bilişsel süreçlerindeki yetersizliklere bağlı olarak sosyal, akademik ve günlük yaşam bağlamlarında etkili iletişim kurmasını engelleyen bir iletişim bozukluğu olarak tanımlamaktadır (ASHA, 2023). Bu tanım, bilişsel iletişim bozukluğunun yalnızca dilsel bir sorun değil, bireyin toplumsal katılımını ve işlevselliğini etkileyen bütüncül bir durum olduğunu vurgulamaktadır.

Bilişsel iletişim bozukluğu, bilişin farklı alt alanlarındaki yetersizliklerin iletişim performansına yansıması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bilişin alt alanlarının ayrı ayrı ele alınması, bilişsel iletişim bozukluğunun anlaşılması açısından önemlidir (Kimbarow ve Wallace, 2024).

Bilişsel iletişim bozukluğu, belirli dil belirtilerinden ziyade iletişimin işlevsel yönlerinde ortaya çıkan sorunlarla karakterizedir. Bu belirtiler arasında söylem bütünlüğünde bozulma, konu dışına sapma, uygun yanıt üretmede güçlük, çıkarım yapamama, sohbeti başlatma ve sürdürmede zorlanma ile pragmatik dil yetersizlikleri yer almaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014). Bu özellikler, klasik afazik bozukluklardan farklı olarak dilin bilişsel kontrol mekanizmalarındaki bozulmaları yansıtmaktadır (Lindsey vd., 2022).

Bilişsel iletişim bozuklukları; sıklıkla nörolojik hastalıklar, beyin hasarları ve gelişimsel ya da edinilmiş bilişsel yetersizliklerle ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Travmatik beyin hasarı, inme, demans türleri, Parkinson hastalığı, multipl skleroz, epilepsi, beyin tümörleri ve frontal-subkortikal devreleri etkileyen hastalıklar bu bozukluğun en sık görüldüğü klinik durumlar arasında yer almaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014; Kimbarow ve Wallace, 2024). AH'de ortaya çıkan iletişim sorunları yalnızca dilsel eksikliklerle sınırlı değildir; söylem organizasyonu, pragmatik dil kullanımı, sohbeti başlatma ve sürdürme gibi üst düzey iletişim becerilerinde de belirgin yetersizlikler görülmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014). Bu nedenle AH'de

iletişim bozuklukları, "bilişsel iletişim bozukluğu" çerçevesinde ele alınmaktadır (ASHA, 2023). Ayrıca gelişimsel süreçte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ve öğrenme güçlüklerinde de bilişsel iletişim bozuklukları gözlenebilmektedir (ASHA, 2023).

2.2.3. Alzheimer Hastalığında Bilişsel İletişim Bozukluğu

Alzheimer hastalığında bilişsel iletişim bozukluğu, hastalığın en belirgin ve işlevsel sonuçlarından biridir. Bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalar; bireyin iletişim sırasında bilgiye erişimini, konuşmayı planlamasını ve karşılıklı etkileşimi sürdürmesini zorlaştırmaktadır (Kempler, 2005). Bu durum, iletişimin yalnızca içeriğini değil, sosyal bağlam içindeki kullanımını da etkilemektedir (Goldberg vd., 2021). AH'de bu bilişsel sistemlerin progresif olarak etkilenmesi, iletişimin yapısını ve işlevini önemli ölçüde bozmakta ve bilişsel iletişim bozukluklarına yol açmaktadır (Roheger vd., 2022).

Alzheimer hastalığı olan bireylerde sıklıkla gözlenen iletişimsel sorunlar arasında; sözcük bulma güçlüğü, tekrarlar, konu bütünlüğünün bozulması ve anlatımda düzensizlik yer almaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014). Bununla birlikte, iletişimdeki temel sorun çoğu zaman dilbilgisel yapıdan ziyade, söylem düzeyinde ve pragmatik kullanımda ortaya çıkmaktadır (Kimbarow ve Wallace, 2024).

Alzheimer hastalığında bilişsel iletişim bozuklukları, bireyin sosyal rollerini sürdürmesini zorlaştırmakta ve sosyal etkileşimden çekilmesine yol açabilmektedir. Bu durum, bakım verenlerle olan iletişimi de doğrudan etkilemekte ve bakım sürecinde karşılıklı anlaşmayı güçleştirmektedir (Orange, 1991). Özellikle iletişim kopuklukları, bakım verenlerin stres düzeyini artıran önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Zarit vd., 1985).

Alzheimer hastalığında bilişsel iletişim bozukluklarının türü, şiddeti ve iletişim üzerindeki işlevsel etkileri, hastalığın klinik evrelerine paralel olarak ilerleyici bir özellik göstermektedir. Hastalık sürecinde ortaya çıkan nörodejeneratif değişiklikler; bellek, dikkat, yürütücü işlevler ve dil ağlarını farklı zamanlarda ve farklı şiddetlerde etkileyerek iletişim becerilerinin kademeli olarak bozulmasına yol açmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014).

➢ Hafif Evre AH'de Bilişsel İletişim Bozuklukları

Alzheimer hastalığının hafif evresinde bilişsel iletişim bozuklukları genellikle sinsi bir başlangıç gösterir ve çoğu zaman çevre tarafından yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algılanabilir. Bu evrede en sık gözlenen iletişimsel belirti, sözcük bulma güçlüğüdür; bireyler özellikle özel isimleri, düşük frekanslı sözcükleri ve soyut kavramları hatırlamakta zorlanmaktadır (Kempler, 2005). Buna karşın dilbilgisel yapı ve temel sözdizimsel beceriler büyük ölçüde korunmaktadır (Kaltsa vd., 2024).

Hafif evrede bireyler, iletişim sırasında yaşadıkları güçlüklerin farkında olabildikleri için çeşitli telafi edici stratejiler kullanabilmektedir. Konuşma sırasında duraksamalar, dolaylı anlatımlar veya "şey", "o" gibi belirsiz sözcüklerin artışı bu stratejilere örnek olarak gösterilmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014). Ancak bu telafi girişimleri söylemin bütünlüğünü bozabilmekte ve anlatının akıcılığını azaltabilmektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024).

Bu evrede bilişsel iletişim bozukluğu yalnızca sözcük düzeyinde değil, söylem organizasyonu ve pragmatik dil kullanımında da kendini göstermektedir. Bireylerin sohbet sırasında konu sürdürme, uygun zamanda yanıt verme ve karşılıklı konuşma kurallarına uyum sağlama becerilerinde hafif ama fark edilebilir bozulmalar ortaya çıkmaktadır (Kempler, 2005).

➢ Orta Evre AH'de Bilişsel İletişim Bozuklukları

Alzheimer hastalığının orta evresinde bilişsel iletişim bozuklukları belirginleşmekte ve bireyin günlük iletişim işlevselliğini ciddi biçimde etkilemeye başlamaktadır. Bu evrede bellek ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalar derinleştiği için, iletişim yalnızca dilsel değil aynı zamanda bilişsel açıdan da bütüncül bir şekilde zarar görmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014).

Orta evrede bireyler, konuşma sırasında konu dışına sapma, tekrarlayıcı anlatımlar ve mantıksal bağlantı kurmakta güçlük yaşama gibi söylem düzeyi sorunlar sergilemektedir. Dinlediğini anlama becerisi özellikle uzun ve karmaşık cümlelerde belirgin şekilde azalmaktadır (Kempler, 2005). Bu durum, karşılıklı iletişimde yanlış anlaşılmaların artmasına neden olmaktadır (Kokje vd., 2021).

Pragmatik dil becerilerindeki bozulma, orta evrede bilişsel iletişim bozukluğunun en ayırt edici özelliklerinden biridir. Bireyler, sosyal bağlama uygun dil kullanmakta, sohbeti başlatmakta ve sürdürülebilir bir iletişim örüntüsü oluşturmada ciddi zorluklar yaşamaktadır (Kimbarow ve Wallace, 2024). Bu süreçte bakım verenlerin iletişim sırasında yaşadığı yük artmakta; iletişim girişimleri çoğu zaman başarısızlıkla sonuçlanmaktadır (Zarit vd., 1985).

- **İleri Evrede Bilişsel İletişim Bozuklukları**

Alzheimer hastalığının ileri evresinde bilişsel iletişim bozukluğu ağır düzeye ulaşmakta ve sözel iletişim büyük ölçüde işlevini kaybetmektedir. Bu evrede dil üretimi son derece sınırlı hâle gelmekte; konuşma kısa, anlamsız veya bağlamdan kopuk ifadelerle karakterize edilmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014). Anlama becerileri de ciddi biçimde bozulduğu için karşılıklı iletişim neredeyse tamamen ortadan kalkabilmektedir (Banović ve Sinanović, 2018).

İleri evrede iletişim çoğunlukla sözel olmayan yollarla sürdürülmeye çalışılmaktadır. Ancak jest, mimik ve göz teması gibi sözel olmayan iletişim araçlarının anlamlandırılması da bilişsel bozulmalar nedeniyle güçleşmektedir (Kimbarow ve Wallace, 2024). Bu durum, bireyin çevresiyle etkileşimini daha da sınırlamakta ve sosyal izolasyonu derinleştirmektedir (Klimova vd., 2015).

İleri evredeki bilişsel iletişim bozuklukları, bakım veren–hasta etkileşimini en fazla zorlayan faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır (Dellafiore vd., 2025). Bakım verenler, hastanın ihtiyaçlarını anlamakta ve uygun yanıt vermekte ciddi güçlükler yaşayabilmektedir (Brodaty ve Donkin, 2009). Bu iletişim kopukluğu, bakım verenlerin stres düzeyini artırmakta ve bakım yükünü ağırlaştıran temel unsurlardan biri hâline gelmektedir (Zarit vd., 1985).

2.3. Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Bakım Yükü

2.3.1. Bakım Veren, Yaşam Kalitesi ve Bakım Veren Kavramları

- **Bakım veren kavramı:** Bakım veren, başka bir kişinin sağlık, günlük yaşam ve duygusal ihtiyaçlarını desteklemek için düzenli ve çoğu zaman karşılıksız bakım sağlayan kişi olarak tanımlanır. Genellikle aile üyesi ya da yakın arkadaştır (Wilk ve Petrinec, 2021). Bakım verenlik, yalnızca fiziksel destek sunmayı değil; aynı zamanda duygusal destek sağlama, iletişimi sürdürme, davranışsal sorunlarla baş etme ve karar verme süreçlerine katılma gibi çok yönlü sorumlulukları içermektedir (Zarit vd., 1985). AH'de bakım verenler sıklıkla hastanın eşi, çocuğu veya yakın akrabası olmaktadır. Araştırmalar, bakım verenlerin çoğunlukla bu role hazırlıksız yakalandığını ve bakım sürecinin ilerleyen dönemlerinde fiziksel yorgunluk, duygusal tükenmişlik ve sosyal izolasyon yaşadıklarını göstermektedir (Pinquart ve Sörensen, 2003; Tough vd., 2022)). Bu durum, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve algıladıkları bakım yükü üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabilmektedir (Kazemi vd., 2021).

- **Yaşam kalitesi**: Bireyin fiziksel sağlık durumu, psikolojik iyilik hâli, sosyal ilişkileri ve çevresel koşulları algılama biçimini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (WHO, 2023). Sağlık alanında yaşam kalitesi, bireyin hastalık ve tedavi süreçleriyle birlikte günlük yaşam işlevselliğini nasıl değerlendirdiğini yansıtan öznel bir ölçüt olarak ele alınmaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992).

- **Bakım yükü**: Bakım verenin bakım sürecine bağlı olarak yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik zorlanmaların tümünü ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (Zarit vd., 1985). Kronik hastalık veya engel durumu bulunan bireylere bakım veren kişilerde bakım yükü, bakım süresinin uzaması ve bakım gereksinimlerinin artmasıyla birlikte belirginleşmektedir (Zarit vd., 1985). Bu bağlamda bakım yükü, bakım verenin yalnızca bakım sorumluluğunun niceliğini değil, bu sorumluluğu nasıl algıladığını da yansıtmaktadır (Liu vd., 2020).

2.3.2. Bakım Verende Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler

Bakım verenlerin yaşam kalitesi, bakım verme sürecinin niteliği, süresi ve bakım verilen bireyin hastalık ya da engel durumuna bağlı işlevsel gereksinimleri ile yakından ilişkilidir (Von Känel vd., 2019). Kronik hastalık, fiziksel yetersizlik veya nörolojik bozukluk gibi durumlarda bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin, zaman içinde yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarında anlamlı düşüşler yaşadığı bildirilmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2003; Vitaliano vd., 2003). Bu düşüş, bakım verenlerin hem bireysel sağlık algılarını hem de günlük yaşam işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Xie vd., 2016).

Bakım verme süreci, çoğu zaman uzun süreli ve kesintisiz bir sorumluluk gerektirdiğinden, bakım verenlerde kontrol kaybı ve belirsizlik algısının artmasına yol açabilmektedir (Kokorelias vd., 2019). Özellikle bakım verilen bireyin işlevsel bağımlılığının yüksek olduğu durumlarda, bakım verenlerin stres düzeylerinin arttığı ve ruhsal iyi oluşlarının olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (Schulz ve Sherwood, 2008; Adelman vd., 2014). Bu süreçte bakım verenlerin kaygı, depresif belirtiler ve duygusal tükenmişlik yaşama riskinin yükseldiği bildirilmektedir (Koyanagi vd., 2018).

Farklı hasta ve engel gruplarında bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda, fiziksel işlevsellik ve enerji düzeylerinin bakım sürecinden belirgin biçimde etkilendiği vurgulanmaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992; Carretero vd., 2009). Uzun süreli bakım verme, kas-iskelet sistemi yakınmaları, kronik yorgunluk ve uyku sorunları gibi fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Brewster vd., 2022).

Bakım verenlerin yaşam kalitesini belirleyen önemli bir diğer unsur, bakım sürecinin sosyal yaşama etkisidir. Bakım sorumlulukları nedeniyle sosyal etkinliklere katılımın azalması, arkadaşlık ilişkilerinin zayıflaması ve sosyal izolasyonun artması, yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik boyutunu olumsuz etkilemektedir (Pinquart ve Sörensen, 2006; Adelman vd., 2014). Sosyal destek kaynaklarının yetersizliği, bakım verenlerin stresle baş etme becerilerini zayıflatmakta ve yaşam kalitesindeki düşüşü derinleştirmektedir (Hu vd., 2025).

Ekonomik faktörler de bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir role sahiptir. Bakım sürecine bağlı olarak iş gücüne katılımın azalması, gelir kaybı ve

bakım masraflarının artması, bakım verenlerin yaşam standartlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Carretero vd., 2009; Schulz ve Sherwood, 2008). Bu durum, yaşam kalitesinin yalnızca bireysel değil, aynı zamanda çevresel ve yapısal koşullarla da ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Pitiyoskhopong vd., 2024).

2.3.3. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler

Genel bakım literatüründe tanımlanan yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkiler, AH bağlamında daha belirgin ve çok boyutlu bir görünüm kazanmaktadır. Bakım verenlerde yaşam kalitesi, bakım sorumluluklarının yoğunluğu, süresi ve niteliği ile yakından ilişkilidir (Andreakou vd., 2016). AH'de ilerleyici ve geri dönüşü olmayan doğası, bakım sürecinin süresini uzatmakta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini zaman içinde giderek daha fazla etkilemektedir (Brodaty ve Donkin, 2009). Bu durum, bakım verenlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevselliklerinde belirgin sınırlılıklara yol açabilmektedir (Hellis ve Mukaetova-Ladinska, 2022).

Alzheimer hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşam kalitesini etkileyen temel faktörlerden biri, hastalığa eşlik eden bilişsel gerilemedir. Bellek kaybı, yönelim bozukluğu ve yürütücü işlevlerdeki azalma, bakım verenlerin sürekli gözetim ve destek sağlamasını zorunlu kılmakta; bu durum bakım verenlerin günlük yaşam düzenlerini önemli ölçüde değiştirmektedir (Schulz ve Martire, 2004). Günlük yaşam aktivitelerinin yeniden yapılandırılması, bakım verenlerin kişisel zamanlarının azalmasına ve yaşam doyumunun düşmesine neden olmaktadır.

Alzheimer hastalığında bakım verenlerin yaşam kalitesini belirgin biçimde etkileyen bir diğer unsur, hastalığa eşlik eden iletişim ve davranışsal değişikliklerdir. Sözel iletişimde azalma, anlama güçlükleri ve uygun yanıt üretmede yaşanan sorunlar, bakım veren–hasta etkileşimini zorlaştırmakta ve bakım verenlerde stres ve duygusal yük artışına yol açmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014). AH olan bireyle etkili iletişim kurulamaması, bakım verenlerde çaresizlik, öfke ve duygusal tükenmişlik hissini artırmakta; bu durum yaşam kalitesinin psikososyal boyutlarını olumsuz etkilemektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014). Bu iletişim güçlükleri, bakım verenlerin özellikle sosyal işlevsellik ve ruhsal iyi oluş alanlarında yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Frederiksen vd., 2025).

Alzheimer hastalığı olan bireyin bilişsel ve iletişimsel işlevleri azaldıkça bakım verenlerin fiziksel yorgunluk, uyku bozuklukları ve stres düzeylerinde artış gözlenebilmektedir (Brodaty ve Donkin, 2009). Bu durum, yaşam kalitesinin özellikle fiziksel işlevsellik ve ruhsal iyi oluş boyutlarında belirgin düşüşlere yol açabilmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2003).

Literatürde, AH olan bireylerin bakım verenlerinde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yaygın olduğu ve bu durumun yaşam kalitesinin psikolojik boyutlarını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2003; Liu vd., 2017). Hastalığın orta ve ileri evrelerinde bu etkilerin daha belirgin hâle geldiği, bakım verenlerin ruhsal dayanıklılığının azaldığı ve tükenmişlik düzeylerinin arttığı vurgulanmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009).

Alzheimer hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşam kalitesinin fiziksel boyutu da önemli ölçüde etkilenmektedir. Uzun süreli bakım verme, fiziksel yorgunluk, uyku bozuklukları ve kronik ağrı gibi somatik yakınmaların artmasına neden olabilmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008). Bu fiziksel etkilenme, bakım verenlerin enerji düzeylerini düşürmekte ve genel sağlık algılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Cho vd., 2024). Ayrıca AH olan bireyin bakımının sosyal yaşama etkisi, yaşam kalitesinin belirleyici unsurlarından biri olarak öne çıkmaktadır (Lin vd., 2025). Sosyal etkinliklere katılımın azalması, arkadaşlık ilişkilerinin zayıflaması ve bakım rolünün bireyin kimliğinde baskın hâle gelmesi, bakım verenlerin sosyal işlevsellik düzeylerini düşürmektedir (Adelman vd., 2014).

2.3.4. Bakım Verende Bakım Yükü ve İlişkili Faktörler

Genel bakım literatüründe bakım yükünün; bakım süresi, bakım verilen bireyin bağımlılık düzeyi, davranışsal sorunlar ve bakım verenin bireysel kaynakları ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Pinquart ve Sörensen, 2003). Özellikle uzun süreli bakım gerektiren hastalık ve engel durumlarında, bakım verenlerin algıladıkları yük zaman içerisinde artış göstermekte ve bu durum bakım veren sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Vitaliano vd., 2003).

Bakım yükü, bakım verenlerin ruhsal sağlıkları üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Del-Pino-Casado vd., 2021). Yüksek bakım yükü algısı, depresyon, anksiyete

ve stres belirtileriyle anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur (Schulz ve Sherwood, 2008). Bakım yükü yalnızca bakım sürecinin pasif bir çıktısı değildir; araştırmalar, psikolojik uyumun temel bir belirleyicisi ve aracı unsuru olduğunu gösteriyor (Cui vd., 2024; Bongelli vd., 2024).

Bakım verenlerde bakım yükünü artıran önemli faktörlerden biri, bakım sürecinin öngörülemezliği ve kontrol edilebilirliğinin sınırlı olmasıdır. (Van Den Kieboom vd., 2020). Hastalık veya engel durumunun ilerleyici olduğu tablolar, bakım verenlerin bakım sürecine uyum sağlamasını zorlaştırmakta ve algılanan yükü artırmaktadır (Adelman vd., 2014). Bu süreçte bakım verenlerin sosyal yaşamlarının kısıtlanması ve kişisel rollerinden uzaklaşmaları, bakım yükünün sosyal boyutunu derinleştirmektedir (Tay vd., 2025).

Bakım yükünün fiziksel boyutu, bakım verenlerin günlük bakım aktiviteleri sırasında maruz kaldıkları bedensel zorlanmalarla ilişkilidir. Uzun süreli bakım verme, kas-iskelet sistemi problemleri, kronik yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi fiziksel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Vitaliano vd., 2003). Bu fiziksel etkilenme, bakım verenlerin genel sağlık algısını olumsuz yönde etkileyerek bakım yükünü daha da artırmaktadır (Darragh vd., 2015).

Bakım yükünün değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan araçlardan biri Zarit Bakım Yükü Ölçeğidir. Bu ölçek, bakım verenlerin bakım sürecine ilişkin öznel zorlanma düzeylerini değerlendirmekte ve bakım yükünün duygusal, sosyal ve fiziksel boyutlarını bütüncül olarak ele almaktadır (Zarit vd., 1985). Literatürde Zarit Ölçeği ile yapılan çalışmalarda, yüksek bakım yükü puanlarının bakım verenlerin yaşam kalitesinde düşüşle ve ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu tutarlı biçimde gösterilmiştir (Pinquart ve Sörensen, 2003). Zarit Bakım Yükü Ölçeği, bakım verenlerin algıladıkları yükü değerlendirmede en yaygın kullanılan araçlardan biridir ve bakım sürecinin birey üzerindeki öznel etkilerini yansıtmaktadır (Zarit vd., 1985).

Genel bakım literatüründe tanımlanan bakım yükü, ilerleyici nörolojik hastalıklarda daha belirgin ve karmaşık bir hâl almaktadır. Özellikle bilişsel, davranışsal ve iletişimsel işlevlerde bozulmanın eşlik ettiği hastalıklarda bakım yükünün hem niceliksel hem de niteliksel olarak arttığı bildirilmektedir (Schulz ve Martire, 2004).

2.3.5. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Bakım Yükü ve İlişki Faktörler

Alzheimer hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde algılanan bakım yükü, hastalığın ilerleyici doğası ve çok boyutlu klinik özellikleri nedeniyle zaman içerisinde belirgin biçimde artmaktadır (Tay vd., 2025). Hastalığın erken dönemlerinde daha sınırlı destek gereksinimleri söz konusuyken, orta ve ileri evrelerde bakım verenlerin sorumlulukları hem niceliksel hem de niteliksel olarak genişlemektedir (Brodaty ve Donkin, 2009).

Yapılan çalışmalar, AH'de bakım yükünün özellikle hastanın bilişsel gerileme düzeyi, davranışsal sorunları ve iletişim becerilerindeki bozulmalarla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Pinquart ve Sörensen, 2003; Kang vd., 2014; Dauphinot, vd, 2015). AH'de bakım yükünü artıran temel faktörlerden biri bilişsel işlevlerdeki ilerleyici bozulmadır. Bellek kaybı, yönelim bozuklukları ve yürütücü işlevlerdeki azalma, bakım verenlerin hastayı sürekli gözetim altında tutmasını gerektirmekte ve bakım sürecinin sürekliliğini zorunlu kılmaktadır (Schulz ve Martire, 2004). Bu durum, bakım verenlerde zaman baskısı, fiziksel yorgunluk ve duygusal tükenmişlik algısının artmasına yol açmaktadır.

Bilişsel gerilemeye eşlik eden bilişsel iletişim bozuklukları, AH bakımında bakım yükünü artıran özgül ve kritik bir bileşen olarak öne çıkmaktadır. Sözel anlatımın azalması, anlama güçlükleri, sözcük bulma sorunları ve iletişim niyetinin zayıflaması, bakım veren–hasta etkileşimini belirgin biçimde zorlaştırmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014). Etkili iletişimin bozulması, bakım verenlerin hastanın gereksinimlerini doğru biçimde anlamasını güçleştirmekte ve bakım sürecini daha stresli hâle getirmektedir. Literatürde, iletişim güçlüklerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükünün güçlü bir yordayıcısı olduğu bildirilmektedir. İletişimde yaşanan kopukluklar, bakım verenlerin çaresizlik, yetersizlik ve kontrol kaybı duygularını artırarak bakım yükünün duygusal boyutunu derinleştirmektedir (Orange, 1991; Bayles ve Tomoeda, 2014).

Bilişsel iletişim bozukluklarının ilerlemesi, bakım verenlerin hastanın gereksinimlerini anlamasını ve uygun yanıt vermesini zorlaştırmakta; bu durum bakım yükünü artıran önemli bir etken hâline gelmektedir (Kimbaro w ve Wallace, 2024).

AH'nin orta ve ileri evrelerinde ortaya çıkan davranışsal ve psikiyatrik belirtiler de bakım yükünü artıran önemli etmenler arasında olmaktadır (Kwon, vd., 2024). Ajitasyon, yineleyici davranışlar ve duygusal dalgalanmalar, bakım verenlerin bakım sürecinde sürekli tetikte olmasını gerektirmekte ve algılanan yükü artırmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009). Bu belirtiler, özellikle iletişim bozukluklarıyla birlikte görüldüğünde bakım sürecini daha karmaşık ve yıpratıcı hâle getirmektedir.

Bakım yükü ile bakım verenlerin yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki olduğu Alzheimer bakım literatüründe tutarlı biçimde gösterilmiştir. Yüksek bakım yükü algısı, bakım verenlerin fiziksel sağlık algısında bozulma, ruhsal iyi oluşta azalma ve sosyal işlevsellikte kısıtlanma ile ilişkilidir (Pinquart ve Sörensen, 2003). Bu bağlamda bakım yükü, AH bakımında yalnızca bir sonuç değişkeni değil, aynı zamanda bakım veren sağlığını belirleyen temel bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Goren vd., 2016).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi yüksek lisans programı kapsamında, Etlik Şehir Hastanesinde Nöroloji Kliniği Demans Polikliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya katılan AH olan bireyler ve bakım verenleri, çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onam formları alınmıştır. Çalışmanın etik onayı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri etik kurulundan 19.09.2025 tarih ve 07/1439 nolu kararıyla alınmıştır (Ek 1). Çalışmanın orijinallik raporu ve dijital makbuzu alınmıştır (Ek-2, Ek-3).

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, nicel araştırma yaklaşımı çerçevesinde planlanmış olup ilişkisel tarama modeli kullanılarak yürütülmüştür. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkilerin yönünü ve düzeyini belirlemeyi amaçlayan, değişkenler arasında neden–sonuç ilişkisi kurmayı hedeflemeyen betimsel bir araştırma desenidir (Creswell ve Creswell, 2018). Bu model, özellikle sağlık bilimleri ve psikososyal değişkenlerin birlikte ele alındığı çalışmalarda yaygın biçimde kullanılmaktadır (Karasar, 2016).

Bu çalışmada, hastaya ait bilişsel ve iletişimsel değişkenler ile bakım verene ait psikososyal değişkenler eş zamanlı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada deneysel bir müdahale uygulanmamış, mevcut durumun doğal seyri içerisinde betimlenmesi hedeflenmiştir. Bu yönüyle çalışma gözlemsel ve kesitsel bir tasarıma sahiptir. Kesitsel araştırma deseni, belirli bir zaman noktasında ölçüm yapılarak değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesine olanak tanımakta ve özellikle AH gibi ilerleyici klinik tabloların farklı evrelerinin karşılaştırılmasında uygun bir yaklaşım sunmaktadır (Prince vd., 2015).

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini; AH olan bireylerin bilişsel düzeyleri, iletişim becerileri, hastalığın evresi ve demografik özellikleri ile bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve bakım sürecine ilişkin değişkenler oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenler ise bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü ve yaşam kalitesi olarak belirlenmiştir.

Çalışma deseninin seçilmesinde etik ve uygulamaya yönelik gerekçeler de dikkate alınmıştır. AH olan bireyler ve bakım verenler üzerinde deneysel ya da uzunlamasına tasarımlar, katılımcı yükünü artırabilmekte ve etik açıdan sınırlılıklar doğurabilmektedir (Beauchamp ve Childress, 2019). Bu nedenle mevcut çalışmada, katılımcıların sağlık ve psikososyal durumlarını zorlamadan, güvenli ve uygulanabilir bir yöntem olan ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir.

3.2. Katılımcılar

Bu çalışmanın evrenini, nörolog tarafından AH tanısı almış ve hastalığının evresi belirlenmiş bireyler ve bu kişilerin bakım verenleri oluşturmaktadır. Bakım verenler; hastanın eşi, çocuğu, kardeşi gibi yakın akrabalık ilişkisine sahip ve bakım sorumluluğunu düzenli olarak üstlenen bireylerden oluşmaktadır.

Çalışmada yer alması planlanan nicel örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilen güç analizi ile belirlenmiştir. Yapılan güç analizinde %80 istatistiksel güç, %5 anlamlılık düzeyi ve orta düzey etki büyüklüğü temel alınmıştır. Bu parametreler doğrultusunda, araştırmada en az 86 AH olan birey ve bakım vereninin yer alması gerektiği belirlenmiştir.

Katılımcılar 20.09.2025-05.12.2025 tarihleri arasında Demans Polikliniği'ne gelen, sistemde AH tanısı almış bireyler ve bakım verenleri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmanın örneklemi, amaçlı ve tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, özellikle AH'nin farklı evrelerinde eşit sayıda dağılım göstermesi hedeflenmiştir.

İki buçuk aylık süre içerisinde AH tanısı almış bireyler ve onların birincil bakım verenlerinden oluşan toplam 112 hasta–bakım verene ulaşılmıştır. Ancak araştırma için belirlenen dahil edilme ve dışlama kriterleri doğrultusunda yapılan ön değerlendirmeler sonucunda, 25 AH olan birey veya bakım vereni çalışma dışı bırakılmıştır. Bu dışlamanın nedeni ölçeklerin uygulanmasını engelleyecek düzeyde duyusal ya da bilişsel yetersizliklerin varlığı ve eksik veri yer almıştır.

Nihai örneklem, 87 AH olan birey ve 87 onların bakım verenleri olmak üzere 174 kişiden oluşmuştur. Çalışma 29 (16 kadın, 13 erkek) erken evre AH olan birey ve bakım vereni (19 kadın ve 10 erkek), 29 (20 kadın, 9 erkek) orta evre AH olan birey

ve bakım vereni (13 kadın ve 16 erkek) ve 29 (18 kadın, 11 erkek) birey ileri evre AH olan birey ve bakım vereni (18 kadın ve 11 erkek) ile tamamlanmıştır.

Alzheimer hastalığı olan bireyler için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- ✓ Nörolog tarafından DSM-5 ve NIA-AA kriterlerine göre AH tanısı alması
- ✓ Nörolog tarafından CDR ile hastalığın evresinin belirlenmiş olması
- ✓ 50 yaş ve üzerinde olması
- ✓ Birincil bakım verenlerinin bulunması
- ✓ Çalışmaya katılmaya kendisi veya ailesin gönüllü olması
- ✓ Anadilinin Türkçe olması
- ✓ Aileden alınan bilgilere göre işitme kaybının olmaması dahil edilme kriteri olarak belirlenmiştir.

Alzheimer hastalığı olan bireyler için çalışmadan dışlama kriterleri:

- ✓ Nörolojik (Stroke öyküsü, Multible Skleroz, Parkinson vb.) hastalığı olması
- ✓ Ek psikiyatrik bozukluğun (deliryum, majör depresif bozukluk, şizorfeni vb.) bulunması
- ✓ 50 yaşın altında olması
- ✓ Diğer demans tiplerinden birinin tanısını alması
- ✓ Aileden alınan bilgilere göre işitme kaybının olması
- ✓ Çalışmaya katılmaya kendisi veya ailesin gönüllü olmaması dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

Bakım verenler için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

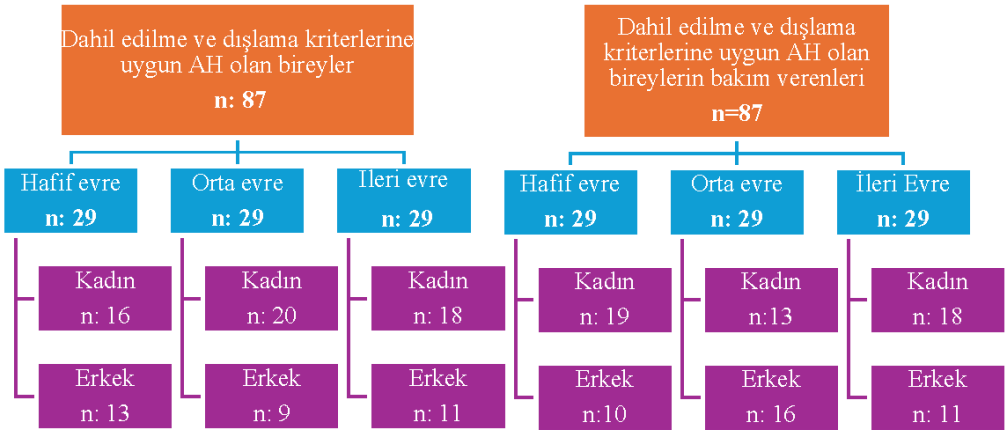
- ✓ AH tanısı almış bir bireyin birincil bakım vereni olması
- ✓ 18 yaş ve üzerinde bulunması
- ✓ En az altı aydır düzenli olarak bakım veriyor olması
- ✓ Evde ya da kurumda AH olan bireyin günlük bakım sorumluluğunu fiilen üstlenmiş olması

- ✓ Anket ve ölçek maddelerini anlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olması
- ✓ Anadilinin Türkçe olması
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olması dahil edilme kriteri olarak belirlenmiştir.

Bakım verenler için çalışmadan dışlama kriterleri:

- ✓ Ek nörolojik hastalıklı AH olan bireye bakım vermesi
- ✓ Ek psikiyatrik bozukluğun olan AH olan bireye bakım vermesi
- ✓ AH dışında farklı demans tiplerinden birinin tanısını almış kişiye bakım vermesi
- ✓ Profesyonel bakım hizmeti vermesi (hemşire, bakımevi çalışanı, ücretli bakıcı gibi)
- ✓ Altı aydan kısa süreli bakım deneyimi bulunması
- ✓ Anadili Türkçe olmaması
- ✓ Ölçekleri anlayamayacak düzeyde okuryazarlık sorunu olması
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

Çalışmadaki bireylerin dağılımı Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. *Çalışmadaki AH olan Bireyler ve Bakım Verenlerin Dağılımı*

3.3. Çalışma Dizaynı

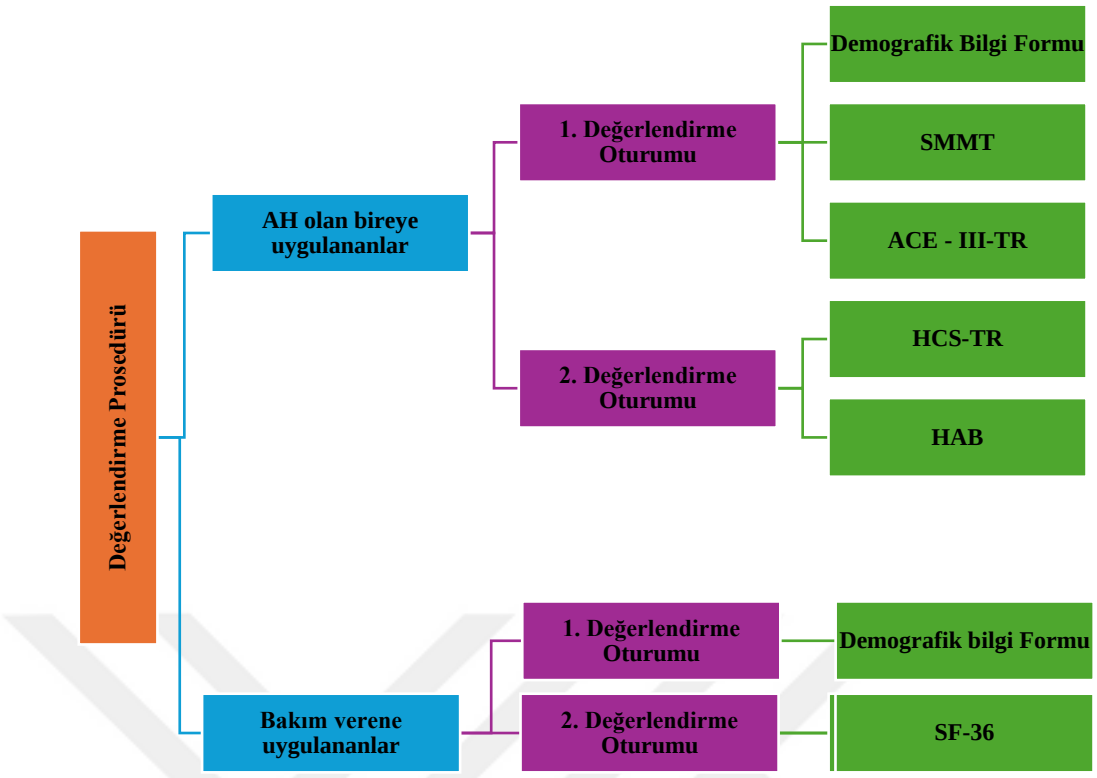
Bu çalışmanın veri toplama süreci, ilgili etik kurul onayının alınmasının ardından 2,5 aylık süreçte yürütülmüştür. Araştırma sürecine başlamadan önce, katılımcıların haklarını korumaya yönelik etik ilkeler doğrultusunda gerekli izinler sağlanmış ve araştırmanın amacı, kapsamı ve uygulanacak değerlendirme araçları hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bakım

verenlerden ve AH olan bireylerden ya da yasal temsilcilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Veri toplama işlemleri, yüz yüze görüşme yöntemiyle ve uygun görülen durumlarda sessiz, dikkat dağıtıcı uyaranlardan arındırılmış ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeler, araştırmacı tarafından standartlaştırılmış yönergeler doğrultusunda uygulanmış ve tüm katılımcılar için aynı sıra izlenmiştir. Veri toplama sürecinde öncelikle bakım verenlere ve hastalara araştırmanın amacı yeniden hatırlatılmış, katılımcıların istedikleri herhangi bir aşamada çalışmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir.

Veri toplama süreci kapsamında ilk olarak Demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Bu form aracılığıyla AH olan bireylerin ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile bakım sürecine ilişkin temel bilgiler elde edilmiştir (Ek 4). Demografik verilerin toplanmasının ardından, AH olan bireylere yönelik bilişsel iletişime yönelik değerlendirme araçları uygulanmıştır. Bu kapsamda sırasıyla Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Ek 5), Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi–III Türkçe (ACE-III-TR) (Ek 6), Holden İletişim Ölçeği (*Holden Communication Scale;* HCS-TR) (Ek 7) ve Hızlı Afazi Bataryası (HAB) (Ek 8) uygulanmıştır. Değerlendirme araçlarının uygulanma sırası, bilişsel yorgunluğu en aza indirecek şekilde düzenlenmiş; gerek görülen durumlarda kısa molalar verilmiştir.

Bilişsel ve iletişim değerlendirmelerinin tamamlanmasının ardından bakım verenlere yönelik ölçekler uygulanmıştır. Bu aşamada bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünü değerlendirmek amacıyla Zarit Bakım Yükü Ölçeği (*Zarit Burden Interview*; ZBI) (Ek 9) ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (*Short Form-36 Health Survey*; SF-36) (Ek 10) kullanılmıştır. Bakım veren ölçekleri, bakım verenlerin rahatça anlayabileceği bir dilde açıklanmış ve gerektiğinde maddelere ilişkin ek açıklamalar araştırmacı tarafından sağlanmıştır. Ancak yönlendirici olmaktan kaçınılmış, yanıtların tamamen katılımcının kendi algısını yansıtması hedeflenmiştir.



Şekil 3.2. *Değerlendirme Prosedürü*

Tüm değerlendirmeler iki oturumda tamamlanmıştır. Katılımcının yorgunluk, dikkat azalması veya isteksizlik göstermesi durumunda değerlendirme süreci durdurulmuş ya da farklı bir zamanda devam edilmiştir. Veri toplama sürecinde katılımcıların fiziksel ve psikolojik iyilik hali öncelikli olarak gözetilmiştir. Çalışmanın dizaynı Şekil 3.2 'de özetlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Literatürde, bakım verenlerin ve hastaların demografik özelliklerinin hem bakım yükü hem de yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynadığı sıklıkla vurgulanmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009; Pinquart ve Sörensen, 2003). Demografik bilgi formları, bakım veren yükü, yaşam kalitesi ve bilişsel–iletişimsel değişkenler arasındaki ilişkilerin doğru biçimde yorumlanabilmesi açısından temel

veri kaynakları arasında yer almaktadır (Hu vd., 2025). Bu çalışmada AH olan bireylerin ve bakım verenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan Demografik Bilgi Formu, iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde AH olan bireylere ilişkin sosyodemografik ve klinik bilgiler, ikinci bölümde ise bakım verenlere ilişkin sosyodemografik ve bakım sürecine özgü bilgiler yer almaktadır. Formun oluşturulmasında, AH, demans ve bakım verenlerle ilgili yürütülmüş önceki çalışmalar incelenmiş; bakım yükü ve yaşam kalitesini etkilediği gösterilen değişkenler temel alınmıştır (Brodaty ve Donkin, 2009; Schulz ve Sherwood, 2008).

Demografik Bilgi Formu'nun birinci bölümünde AH olan bireylere ilişkin:

- ✓ Yaş
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Medeni durum
- ✓ Eğitim düzeyi
- ✓ Mevcut ek tıbbi tanılar
- ✓ AH'nın tanı süresi
- ✓ AH olan bireyin birlikte yaşadığı kişiler sorulmuştur.

Bu değişkenlerin seçilme gerekçesi, literatürde hastaya ait demografik ve klinik özelliklerin hastalığın seyri, bilişsel işlevler, iletişim becerileri ve bakım gereksinimi ile ilişkili olduğunun gösterilmiş olmasıdır (Prince vd., 2015). Özellikle yaş ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin bilişsel rezerv ile ilişkili olduğu; bu durumun AH'nın klinik belirtilerinin ortaya çıkışı ve ilerleme hızını etkileyebildiği bildirilmektedir (Stern, 2012). Benzer şekilde, ek tıbbi tanıların varlığı, bireyin genel sağlık durumunu ve bakım gereksinimini artırarak bakım sürecinin karmaşıklığını yükseltebilmektedir (WHO, 2025). Birlikte yaşanan kişi bilgisi ise bakım veren rolünün kim tarafından üstlenildiğini ve bakım dinamiklerini anlamada kritik öneme sahiptir (Glasdam, 2025).

Demografik Bilgi Formu'nun ikinci bölümünde bakım verenlere ilişkin sosyodemografik ve bakım sürecine özgü bilgiler yer almaktadır. Bu bölümde bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hastaya olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, medeni durumu,

çalışma durumu ve sosyoekonomik düzeyi sorgulanmaktadır. Bu değişkenlerin, bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur (Pinquart ve Sörensen, 2003; Schulz ve Sherwood, 2008).

Formda ayrıca bakım sürecine özgü değişkenler de yer almaktadır. Bunlar arasında:

- ✓ Bakım verme süresi (yıl),
- ✓ Günlük bakım süresi (saat),
- ✓ Haftalık bakım gün sayısı
- ✓ Bakımın bakım verenin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve iş/meslek hayatı üzerindeki algılanan etkileri bulunmaktadır.

Bakım süresinin ve yoğunluğunun artmasının, bakım verenlerde algılanan bakım yükünü ve yaşam kalitesindeki düşüşü artırdığı literatürde tutarlı biçimde bildirilmektedir (Brodaty ve cDonkin, 2009). Bu nedenle yukarıdaki maddeler sorgulanmıştır. Ayrıca bakımın, bakım verenin sağlığı ve yaşam alanları üzerindeki etkisinin sorgulanması ile bakım sürecinin yalnızca nicel boyutunu değil; öznel deneyimlerini de değerlendirmesi amaçlanmıştır. Bu yaklaşım, bakım yükünün yalnızca bakım saatleriyle değil; bakım verenin algısı, baş etme kaynakları ve sosyal destek düzeyi ile şekillendiğini ortaya koyan kuramsal çerçeveyle uyumludur (Zarit vd., 1980; Schulz ve Sherwood, 2008).

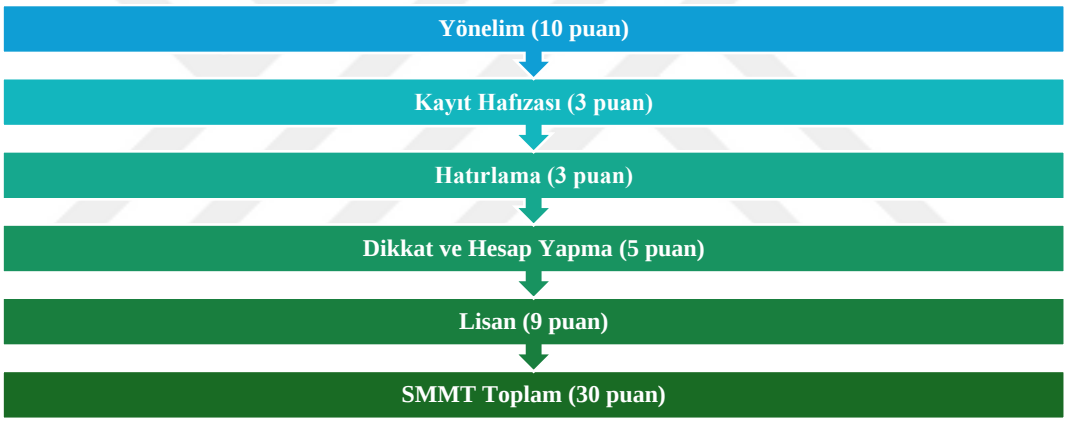
3.4.2. Standardize Mini Mental Test

Bu çalışmada SMMT, AH'nın genel bilişsel düzeyini belirlemek, hastalığın evrelerine göre bilişsel performanstaki değişimleri incelemek ve diğer ayrıntılı bilişsel ve bilişsel iletişim değerlendirme araçlarıyla birlikte bütüncül biçimde yorumlamak amacıyla kullanılmıştır.

Standardize Mini Mental Tes, bilişsel işlevlerin hızlı ve standart biçimde değerlendirilmesi amacıyla Folstein, Folstein ve McHugh tarafından 1975 yılında geliştirilmiş, demans taramasında dünya genelinde en yaygın kullanılan bilişsel değerlendirme araçlarından biridir (Nagaratnam, 2020). Test, özellikle AH başta olmak üzere nörobilişsel bozuklukların klinik tanı sürecinde, hastalığın şiddetinin

belirlenmesinde ve bilişsel değişimin zaman içerisindeki seyrinin izlenmesinde kullanılmaktadır (Creavin, 2016).

Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen SMMT, farklı bilişsel alanları kapsayan yapılandırılmış bir ölçektir. Testin alt alanları; yönelim (oryantasyon), kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, gecikmeli hatırlama ile dil (lisan) becerilerinden oluşmaktadır (Şekil 4). Yönelim alt alanı bireyin zaman ve mekâna ilişkin farkındalığını değerlendirirken; dikkat ve hesaplama bölümü çalışma belleği ve sürdürülebilir dikkat süreçlerini ölçmektedir. Hatırlama alt alanı kısa süreli bellekten uzun süreli belleğe bilgi aktarımını yansıtırken; dil ve görsel yapılandırma bölümü adlandırma, yineleme, yazılı ve sözlü komutları yerine getirme ve şekil kopyalama becerilerini kapsamaktadır.



Şekil 3.3. *Standardize Mini Mental Test Alt Alanları ve Puanları*

Toplam SMMT puanın azalması, bilişsel yetersizliğin arttığını göstermektedir (Jia, 2021). Klinik uygulamada genellikle 24 puanın altı bilişsel bozulma lehine değerlendirilmekle birlikte, bireyin yaş ve eğitim düzeyinin test performansı üzerinde belirleyici olduğu bilinmektedir (Dahbour, 2021). Bu nedenle test puanlarının yorumlanmasında sosyodemografik özelliklerin dikkate alınması önerilmektedir (Nagaratnam, 2020).

Ölçeğin psikometrik özellikleri incelendiğinde, orijinal geliştirme çalışmasında SMMT'nin iç tutarlılık katsayısının (Cronbach alfa) 0,82 olduğu ve test-

tekrar test güvenirliğinin yüksek düzeyde bulunduğu bildirilmiştir (Folstein vd., 1975). Bu bulgular, SMMT'nin bilişsel işlevleri tutarlı biçimde ölçebilen güvenilir bir tarama aracı olduğunu göstermektedir.

Testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Güngen vd. tarafından 2002 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Türkçe SMMT formu için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak rapor edilmiş, test-tekrar test güvenirliği ise yüksek ve kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Elde edilen bu bulgular, SMMT'nin Türk toplumunda demans ve bilişsel bozulma taramasında güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceğini ortaya koymuştur.

3.4.3. Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi – III-Türkçe

Bu çalışmada AH olan bireylerin bilişsel işlevlerini ayrıntılı ve çok boyutlu biçimde değerlendirmek amacıyla ACE-III-TR kullanılmıştır. ACE-III-TR'nin tercih edilmesinin temel gerekçesi, ölçeğin yalnızca genel bilişsel düzeyi ölçmekle sınırlı kalmaması; bellek, dikkat-yönelim, dil, akıcılık ve görsel-mekansal işlevler gibi bilişin temel alt alanlarını ayrı ayrı daha ayrıntılı değerlendirmeye olanak tanımasıdır (Parlak, 2024).

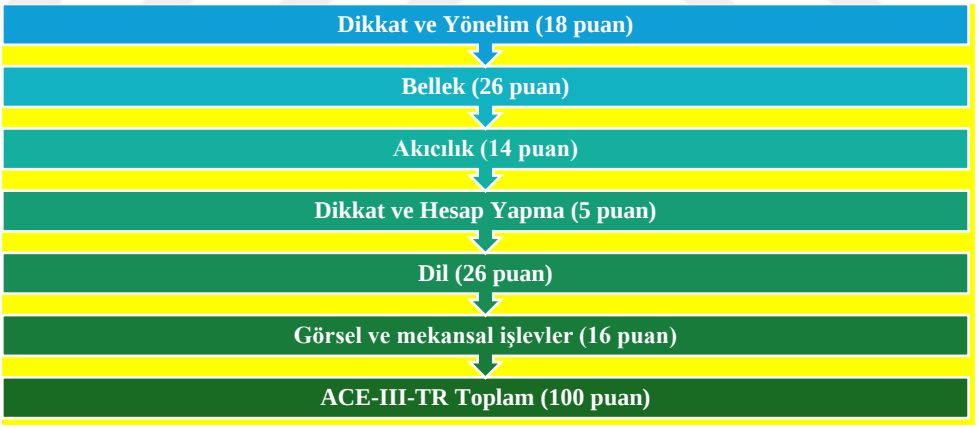
Bu çalışmanın amacı doğrultusunda ACE-III-TR'nin kullanılmasının bir diğer önemli nedeni, bilişsel iletişim bozuklukları ile doğrudan ilişkili bilişsel alanları kapsamlı biçimde değerlendirmesidir. Özellikle bellek, dil ve akıcılık alt alanları; söylem üretimi, sözcük bulma, anlatım organizasyonu ve iletişim yeterliliği ile yakından ilişkili bilişsel süreçleri ölçmektedir. Bu durum, AH'de bilişsel bozulmanın iletişim üzerindeki yansımalarını incelemeyi amaçlayan bu çalışma için ACE-III-TR'yi uygun bir araç haline getirmiştir.

Addenbrooke Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nin üçüncü versiyonu (ACE-III-TR), Hsieh ve arkadaşları tarafından önceki sürümler olan ACE ve ACE-R'nin sınırlılıklarını gidermek amacıyla geliştirilmiş, klinik uygulamada kullanımı kolaylaştırılmış ve alan-özgül değerlendirmeyi güçlendiren bir bilişsel tarama aracıdır. Özgün validasyon çalışmasında ACE-III-TR'nin dikkat, bellek, dil ve görsel-mekânsal alanlarda standart nöropsikolojik testlerle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu; AH ve

frontotemporal demans gruplarını sağlıklı bireylerden ayırt etmede yüksek duyarlılık ve özgüllük gösterdiği bildirilmiştir (Hsieh vd., 2013).

Türkçe ACE-III-TR'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Parlak vd. Tarafında 2024 yılında gerçekleştirilmiştir. Türkçe uyarlama çalışması, AH olan bireyler, hafif bilişsel bozukluğu olan bireyler ve sağlıklı kontrol grubu üzerinde yürütülmüş; ölçeğin dilsel ve kültürel uyarlamasının Türkiye örneklemi için uygun olduğu gösterilmiştir (Parlak, 2024).ACE-III-TRiçin toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak rapor edilmiş; bellek, dil ve akıcılık alt alanlarında yüksek iç tutarlılık değerleri elde edilmiştir (Parlak vd., 2024). Ayrıca Türkçe uyarlama çalışmasında ACE-III-TR'nin AH'nın farklı evrelerini ayırt etmede anlamlı performans sergilediği; hafif, orta ve ileri evre AH olan bireyler arasında bilişsel puanlarda kademeli bir düşüş gözlendiği bildirilmiştir. Bu özellik, araştırmanın AH'nın evrelerine göre bilişsel ve iletişimsel farklılıkları inceleme amacını doğrudan desteklemektedir.

Toplam 100 puan üzerinden değerlendirilen ACE-III-TR: dikkat-yönelim (18 puan), bellek (26 puan), akıcılık (14 puan), dil (26 puan) ve görsel-mekansal işlevler (16 puan) olmak üzere beş alt alandan oluşmaktadır (Parlak vd…)(Şekil 5).



Şekil 3.4. *Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi III-Türkçe Alt Alanları ve Puanları*

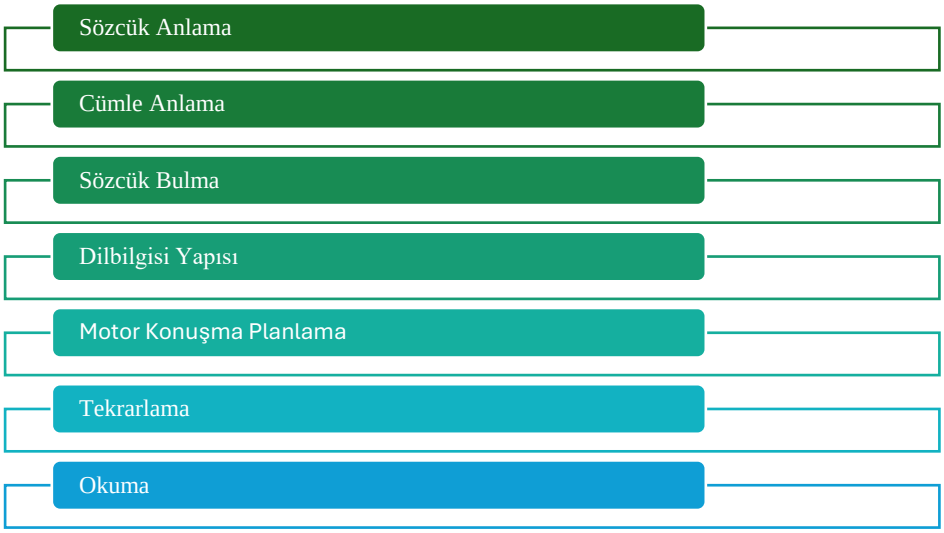
3.4.4. Hızlı Afazi Bataryası

Bu çalışmada, AH olan bireylerin dil ve bilişsel iletişim becerilerini kısa sürede, çok boyutlu ve işlevsel biçimde değerlendirmek amacıyla Hızlı Afazi Bataryası'nın Türkçe versiyonu (HAB) kullanılmıştır. Bu tez çalışmasında HAB'ın tercih edilmesinin temel gerekçeleri; kısa sürede uygulanabilmesi, çok boyutlu bir dil

profili sunması, bilişsel iletişim bozukluklarını işlevsel düzeyde yansıtması ve Türkçe geçerlilik ve güvenirliğinin gösterilmiş olmasıdır (Parlak, 2023).

Özgün olarak Wilson vd. tarafından 2018 yılında geliştirilmiş olan HAB, klasik afazi bataryalarına kıyasla daha kısa sürede uygulanabilen, klinik ve araştırma ortamlarında pratik kullanım sağlayan bir değerlendirme aracıdır (Wilson vd., 2018). HAB'ın geliştirilme amacı, bireyin dilin farklı bileşenlerindeki güçlü ve zayıf yönlerini nicel olarak ortaya koyabilen çok boyutlu bir dil profili sunmaktır. Bu yönüyle HAB, yalnızca yapısal dil bozukluklarını değil, aynı zamanda bilişsel iletişim bozukluklarının işlevsel yansımalarını değerlendirmeye olanak tanımaktadır (Wilson vd., 2018).

Hızlı Afazi Bataryası; bilinç düzeyi, söylem (bağlantılı konuşma), sözcük anlama, cümle anlama, sözcük bulma (adlandırma), dil bilgisel yapı, tekrar ve okuma olmak üzere sekiz alt testten oluşmaktadır (Şekil 6). Her alt test 0–4 puan aralığında değerlendirilmektedir. Elde edilen ham puanlar, özgün HAB'a uygun olarak normalize edilmekte ve 0–10 aralığında standart puanlara dönüştürülmektedir. Bu yapı, bireyin dil alanlarındaki göreli performansını ayrıntılı biçimde incelemeye olanak tanımaktadır (Wilson vd., 2018).



Şekil 3.5. *Hızlı Afazi Bataryası Alt Alanları*

Hızlı Afazi Bataryası'nın Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Parlak ve Köse tarafından 2023 yılında gerçekleştirilmiştir. HAB'ın Türkçe formunun dilsel ve kültürel açıdan uygunluğu sistematik biçimde değerlendirilmiş; maddeler Türkçenin fonolojik, morfolojik ve semantik özellikleri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir (Parlak ve Köse, 2023). HAB'ın güvenirlik analizleri kapsamında test-tekrar test güvenirliği r=0,843 değerlendiriciler arası güvenirliği Krippendorff alfa katsayısı = 0,675 düzeyinde raporlanmıştır. (Parlak ve Köse, 2023). Ayırt edici geçerliliğin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen ROC analizlerinde, HAB-TR toplam skoru için alan altındaki eğri (AUC) değeri 0,85'in üzerinde bulunmuş; ölçeğin afazili bireyleri sağlıklı bireylerden ayırt etmede yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu gösterilmiştir. (Parlak ve Köse, 2023).

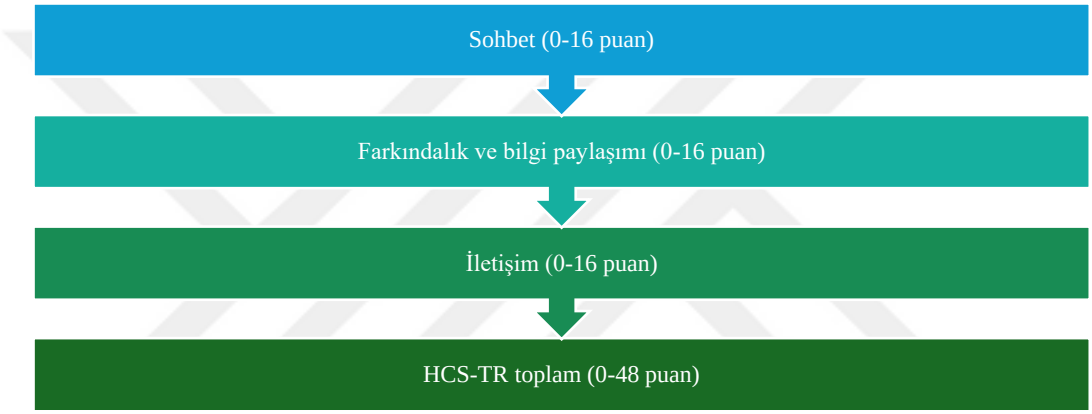
3.4.5. Holden İletişim Ölçeği

Bu çalışmada AH olan bireylerin iletişim becerilerini işlevsel düzeyde değerlendirmek amacıyla HCS-TR kullanılmıştır. HCS-TR, bu araştırmanın temel amaçlarından biri olan bilişsel iletişim bozuklukları ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin incelenmesini sağlayacağı için uygulanmıştır. AH'de iletişim bozuklukları, yalnızca dilin yapısal bileşenlerindeki kayıplarla sınırlı olmayıp; dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve sosyal biliş alanlarındaki bozulmaların iletişim üzerindeki yansımalarını da içermektedir. HCS-TR, bu çok boyutlu etkileşimi günlük yaşam temelli gözlemlerle yakalayabilmesi açısından önemli bir avantaja sahiptir (Strøm, 2016).

Bu çalışmada HCS-TR'nin tercih edilmesinin bir diğer gerekçesi, ölçeğin bakım veren gözlemlerine dayalı olarak uygulanabilmesidir. AH'de bireyin iletişim performansı, klinik değerlendirme ortamlarında olduğundan farklı biçimde günlük yaşamda ortaya çıkabilmektedir. HCS-TR, bakım verenlerin bireyin iletişim becerilerine ilişkin deneyimlerini sistematik biçimde puanlamasına olanak tanıyarak, iletişim bozukluklarının bakım sürecine yansıyan boyutlarını değerlendirmektedir (Strøm, 2016).

Holden İletişim Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasında ölçeğin yapısı üç temel alt boyutta ele alınmıştır: sohbet, farkındalık ve bilgi ve iletişim. Sohbvdt boyutu bireyin iletişimi başlatma ve sürdürme becerilerini; farkındalık ve bilgi alt boyutu yönelim,

çevresel farkındalık ve bilgiye dayalı iletişim davranışlarını; iletişim alt boyutu ise sözel ifade, iletişim girişimleri ve iletişimde başarı düzeyini değerlendirmektedir (Şekil 5). Bu alanlar, AH'de erken dönemde görülen sözcük bulma güçlüklerinden ve iletişimsel ilginin azalmasından, ileri evrede ortaya çıkan iletişim başlatma ve sürdürme yetersizliklerine kadar geniş bir iletişim becerisini kapsamaktadır (Munis ve Parlak 2023).HCS-TR toplam 12 maddeden oluşmakta ve her madde 0–4 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 0–48 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha ağır iletişim bozukluğunu ifade etmektedir. Bu yönüyle HCS-TR, puanlama mantığı açısından bilişsel gerileme ile iletişimdeki işlevsel kaybı paralel biçimde yansıtmaktadır (Strøm, 2016).



Şekil 3.6. *Holden İletişim Ölçeği Alt Alanları*

Holden İletişim Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bizpınar Munis ve Parlak (2023) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş; toplam ölçek için Cronbach alfa katsayısının birinci ölçümde $\alpha = 0{,}944$, ikinci ölçümde ise $\alpha = 0{,}923$ olduğu raporlanmıştır. Alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa değerlerinin 0,718 ile 0,870 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu bulgular, HCS-TR'nin hem toplam ölçek hem de alt boyutlar düzeyinde yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca Türkçe HCS-TR'nin, AH'nin farklı evreleri arasında iletişim performansındaki farklılıkları ayırt edebildiği ve klinik ilerlemeye duyarlı bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir (Munis ve Parlak, 2023).

3.4.6. Zarit Bakım Yükü Ölçeği

Bu çalışmada AH olan bireylere bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünü değerlendirmek amacıyla ZBI kullanılmıştır. ZBI, bakım verenlerin bakım sürecine bağlı olarak yaşadıkları fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik zorlanmaları öznel bakış açılarıyla değerlendirmeyi amaçlayan, uluslararası alanda en yaygın kullanılan bakım yükü ölçme araçlarından biridir (Zarit vd., 1980).

Bu tez çalışmasında ZBI'nin tercih edilmesinin temel gerekçelerinden biri, ölçeğin bakım verenin öznel deneyimini merkeze almasıdır. Bakım yükü, yalnızca bakım süresi veya bakım verilen hastanın klinik durumu ile açıklanamayan; bireysel algılar, baş etme mekanizmaları ve sosyal destek düzeyi gibi çok sayıda faktörle ilişkili bir yapıdır (Zarit vd., 1980). ZBI, bu öznel yük algısını doğrudan ölçebilmesi açısından araştırmanın amaçlarıyla örtüşmektedir. Ayrıca bu çalışmada AH olan bireylerde bilişsel iletişim bozuklukları ile bakım verenlerin bakım yükü arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflendiğinden, ZBI'nin iletişim bozukluklarının bakım sürecine yansıyan psikososyal sonuçlarını dolaylı olarak yakalayabilen bir ölçek olması önemli bir avantaj sağlamaktadır.

Zarit Bakım Yükü Ölçeği ilk olarak Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, özellikle demans tanısı almış bireylerin bakım verenleri üzerinde yürütülen çalışmalar için tasarlanmıştır. Ölçeğin geliştirilme sürecinde temel amaç, bakım verenlerin yalnızca fiziksel bakım taleplerini değil; aynı zamanda bakım sürecinin psikolojik, sosyal ve duygusal boyutlarını da bütüncül biçimde değerlendirebilecek bir ölçüm aracı oluşturmaktır (Zarit vd., 1980). ZBİ'nin özgün geliştirme çalışmasında, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu bildirilmiştir. Orijinal çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,85–0,92 aralığında rapor edilmiş; test-tekrar test güvenirliğinin ise güçlü olduğu gösterilmiştir (Zarit vd., 1980).

Zarit Bakım Yükü Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması İnci ve Erdem tarafından, AH tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri üzerinde yürütülmüştür. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin dilsel ve kültürel açıdan Türk toplumu için uygun olduğu gösterilmiş ve bakım veren yükünü değerlendirmede geçerli bir ölçüm aracı olduğu rapor edilmiştir (İnci ve Erdem, 2010).

Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin güvenirliği iç tutarlılık analizi ile değerlendirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı α = 0,83 olarak bulunmuştur. Bu değer, ZBI'nın Türkçe versiyonunun bakım veren yükünü değerlendirmede iyi düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca madde–toplam puan korelasyonlarının 0,33 ile 0,75 arasında değiştiği bildirilmiş; maddelerin ölçek bütününe anlamlı katkı sağladığı belirtilmiştir (İnci, 2010).

ZBI, özgün formuna uygun olarak 22 maddeden oluşmakta olup, her bir madde 5'li Likert tipi derecelendirme ile (0 = hiçbir zaman, 4 = her zaman) puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 0 ile 88 arasında değişmekte; yüksek puanlar bakım verenin algıladığı bakım yükünün arttığını göstermektedir. Maddeler; bakım verenin zaman kısıtlılığı, tükenmişlik hissi, sosyal yaşamda kısıtlanma, duygusal zorlanma ve bakım verme rolüne ilişkin stres algısını kapsamaktadır.

3.4.7. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu çalışmada AH olan bireylere bakım verenlerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini çok boyutlu biçimde değerlendirmek amacıyla SF-36 kullanılmıştır. SF-36, farklı hastalık gruplarında ve sağlıklı popülasyonda bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık algısını karşılaştırmaya olanak tanıyan, uluslararası ölçekte en yaygın kullanılan genel yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir (Ware ve Sherbourne, 1992). Ölçeğin "genel" bir yaşam kalitesi aracıdır ve yalnızca belirli bir tanıya özgü semptomları değil; bakım verenin günlük yaşam işlevselliği, rol kısıtlılığı, sosyal katılımı ve ruhsal iyilik halini birlikte değerlendirmeyi de mümkün kılmaktadır (Ware vd., 1992).

Bu tez çalışmasında SF-36'nın tercih edilme gerekçesi, bakım verenlerin yaşam kalitesini çok boyutlu bir çerçevede değerlendirme gereksinimidir. AH'de bakım verme süreci, bakım verenlerde yalnızca fiziksel yorgunluk yaratmakla kalmayıp; rol kısıtlılığı, sosyal yaşamdan çekilme, duygusal zorlanma ve ruhsal iyilik halinde azalma gibi geniş bir yelpazede etkiler oluşturabilmektedir (Brodaty ve Donkin, 2009). Çalışmanın temel araştırma soruları, AH bireylerde bilişsel ve iletişimsel yetersizliklerin bakım veren üzerindeki yük ve yaşam kalitesi sonuçlarıyla ilişkisini incelemeye yöneliktir. Bu bağlamda SF-36, bakım veren yaşam kalitesini yalnızca tek bir "genel puan" ile değil, alt boyut düzeyinde ayrıntılı bir profil ile ortaya koyarak; bilişsel iletişim bozukluklarıyla ilişkili olabilecek alanların (ör., sosyal

işlevsellik, ruhsal iyi oluş, enerji/canlılık, ağrı) ayrı ayrı analiz edilmesine olanak sağlamaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014; Ware ve Sherbourne, 1992).

Ölçek, Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiş ve sağlık durumunun birey tarafından algılanan etkilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır. SF-36 toplam 36 maddeden oluşmakta ve sekiz alt boyut üzerinden puanlanmaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992).

Alt boyutlar:

- ✓ Fiziksel İşlevsellik,
- ✓ Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı,
- ✓ Ağrı,
- ✓ Genel Sağlık Algısı,
- ✓ Enerji/Canlılık,
- ✓ Sosyal İşlevsellik,
- ✓ Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı ve
- ✓ Ruhsal İyi Oluş Bu alt boyutlar, bireyin hem fiziksel hem de psikososyal sağlık alanındaki işlevselliğini ayrı ayrı incelemeye olanak sağlar.

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puanlamasında her alt boyut 0–100 aralığına dönüştürülmektedir ve yüksek puanlar daha iyi algılanan yaşam kalitesini temsil etmektedir. Ölçek, bir toplam puan üretmek zorunda olmamakla birlikte, alt boyutlardan türetilen iki genel bileşen skoru (Physical Component Summary; PCS ve Mental Component Summary; MCS) klinik yorumlamayı desteklemek amacıyla bazı çalışmalarda raporlanabilmektedir (Ware vd., 1992). Bu çalışmada SF-36'nın sekiz alt boyutu temel alınmış ve bakım verenlerin yaşam kalitesi profili alt boyut düzeyinde analiz edilmiştir.

Özgün geliştirme ve doğrulama çalışmalarında SF-36'nın psikometrik özelliklerinin güçlü olduğu gösterilmiştir. Ware ve Sherbourne (1992), SF-36 alt boyutlarının çoğunda yüksek iç tutarlılık bildirirken; daha sonraki ayrıntılı psikometrik raporlarda alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa katsayılarının genellikle 0,70'in üzerinde olduğu; birçok alt boyutta ise 0,80–0,90 aralığına ulaştığı rapor edilmiştir (Ware vd., 1994). Bu sonuçlar, SF-36'nın farklı klinik popülasyonlarda ve genel toplum örneklemlerinde güvenilir bir yaşam kalitesi ölçümü sunduğunu desteklemektedir.

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (SF-36) Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin dilsel ve kültürel uyumunun sağlandığı; ölçeğin özgün formunda yer alan sekiz alt boyutlu yapının Türkçe versiyonda da korunduğu gösterilmiştir. Güvenirlik analizleri kapsamında her bir alt boyut için iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş ve alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa değerlerinin 0,73 ile 0,76 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Bu bulgular, SF-36'nın Türkçe versiyonunun alt boyutlar düzeyinde kabul edilebilir ve iyi düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca yapılan faktör analizleri sonucunda, ölçeğin yapı geçerliliğinin özgün ölçekte tanımlanan sekiz alt boyutlu yapı ile uyumlu olduğu bildirilmiştir (Koçyiğit vd., 1999).

3.5. Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin analizleri SPSS 26 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±1,5 aralığında olup olmadığına göre değerlendirilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Farklılık analizlerinde gruplar bazında verilerin dağılımı da incelenmiştir. Karşılaştırma yapılan gruplardan herhangi birinin örneklem sayısının 30'un altında olduğu durumlarda non-parametrik testler kullanılmıştır.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki Kare testleri ile incelenmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizi t testi ile normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizi Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmış, hangi gruplar arasında farklılık olduğunu tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile incelenmiştir. Bağımlı değişkenlerin yordayıcılarını belirlemek için enter yöntem ile çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Analizlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Analizlerde anlamlı farklılık bulunduğunda etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Ki Kare testinde etki büyüklüğü (r)<0,10 (küçük), 0,30 (orta), >0,50 (büyük) aralıkları ile değerlendirilmiştir. t testinde etki büyüklüğü (Cohen d) <0,20 (küçük), 0,50 (orta), >0,80 (büyük) aralıkları ile değerlendirilmiştir. Mann Whitney U testinde etki büyüklüğü (r) <0,10 (küçük), 0,30 (orta), >0,50 (büyük) aralıkları ile değerlendirilmiştir. Kruskal Wallis testlerinde etki büyüklüğü (Eta Kare (η^2)) <0,01 (küçük), 0,06 (orta), >0,14 (büyük) aralıkları ile değerlendirilmiştir (Cohen, 1988; Tomczak ve Tomczak, 2014).

4. BULGULAR

Çalışma, hafif evre 29 (%33,3), orta evre 29 (%33,3) ve ileri evre 29 (%33,3) AH olan bireyler ve bakım verenleri ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada yer alan AH olan bireylerin %62,1'inin (n=54) kadın ve %37,9'unun (n=33) erkek olduğu, %63,2'sinin (n=55) bekar ve %36,8'inin (n=32) evli olduğu görülmüştür. AH olan bireylerin %24,1'inin (n=21) okur-yazar olmadığı, %51,7'sinin (n=45) ilkokul mezunu, %5,7'sinin (n=5) ortaokul mezunu, %9,2'sinin (n=8) lise mezunu ve %9,2'sinin (n=8) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. AH olan bireylerin %34,5'inin (n=30) ek tıbbi tanısının bulunmadığı, %65,5'inin (n=57) ise ek tıbbi tanıya sahip olduğu belirlenmiştir. AH olan bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde %1,1'inin (n=1) kendi başına, %25,3'ünün (n=22) eşiyle, %72,4'ünün (n=63) çocuğuyla ve %1,1'inin (n=1) kardeşiyle yaşadığı görülmüştür. AH olan bireylerin yaş ortalamasının 75,51±7,933 olduğu ve tanı zamanı ortalamasının 4,28±2,984 olduğu görülmüştür.

AH olan bireylerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi, hastanın ek tıbbi tanı durumu, birlikte yaşadığı kişilere ve yaşlarına göre AH evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). AH olan bireylerin tanı zamanına göre AH'nin evreleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($X^2=15,847$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri incelendiğinde ileri evrede tanı zamanı ortalamasının hafif evrede tanı zamanı ve orta evrede tanı zamanı ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. AH olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılım ve karşılaştırma analiz bulguları Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Analiz Bulguları*

Değişken		Toplam (n=87)		Hafif Evre (n=29)		Orta Evre (n=29)		İleri Evre (n=29)		X^2	p	η^2
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Cinsiyet	Kadın	54	62,1	16	55,2	20	69,0	18	62,1	1,172[1]	0,557	-
	Erkek	33	37,9	13	44,8	9	31,0	11	37,9			
Medeni Durum	Bekar	55	63,2	17	58,6	18	62,1	20	69,0	0,692[1]	0,787	-
	Evli	32	36,8	12	41,4	11	37,9	9	31,0			
Eğitim Seviyesi	Okur-Yazar Değil	21	24,1	3	10,3	7	24,1	11	37,9	13,205[1]	0,075	-
	İlkokul	45	51,7	17	58,6	16	55,2	12	41,4			
	Ortaokul	5	5,7	4	13,8	0	0,0	1	3,4			
	Lise	8	9,2	1	3,4	3	10,3	4	13,8			
	Üniversite	8	9,2	4	13,8	3	10,3	1	3,4			
Hastanın Ek Tıbbi Tanı Durumu	Yok	30	34,5	11	37,9	9	31,0	10	34,5	0,305[1]	0,858	-
	Var	57	65,5	18	62,1	20	69,0	19	65,5			
Birlikte Yaşadığı Kişi	Kendi Başına	1	1,1	1	3,4	0	0,0	0	0,0	3,878[1]	0,968	-
	Eşiyle	22	25,3	7	24,1	8	27,6	7	24,1			
	Çocuğuyla	63	72,4	21	72,4	20	69,0	22	75,9			
	Kardeşiyle	1	1,1	0	0,0	1	3,4	0	0,0			
		Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**			
Yaş		75,51	7,933	73,83	6,514	75,34	9,213	77,34	7,715	3,386[2]	0,184	-
Tanı Zamanı		4,28	2,984	3,20	2,342	3,64	2,746	6,00	3,105	15,847[2]	**<0,001**	0,164

[1]Ki Kare Testi, [2]Kruskal Wallis Testi

Çalışmada yer alan bakım verenlerin %57,5'inin (n=50) kadın ve %42,5'inin (n=37) erkek olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin %66,7'sinin (n=58) hastanın çocuğu, %25,3'ünün (n=22) eşi, %5,7'sinin (n=5) gelini, %1,1'inin (n=1) damadı ve %1,1'inin (n=1) kardeşi olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %33,3'ünün (n=29) üniversite mezunu, %29,9'unun (n=26) lise mezunu, %19,5'inin (n=17) ilkokul mezunu, %14,9'unun (n=13) ortaokul mezunu ve %2,3'ünün (n=2) lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %82,8'inin (n=72) evli, %10,3'ünün (n=9) bekar ve %6,9'unun (n=6) boşanmış olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin %48,3'ünün (n=42) tam zamanlı çalıştığı, %26,4'ünün (n=23) işsiz ve %25,3'ünün (n=22) emekli olduğu belirlenmiştir.

Günlük bakım süresi değerlendirildiğinde bakım verenlerin %47,1'inin (n=41) günde 13–24 saat, %34,5'inin (n=30) 1–3 saat, %10,3'ünün (n=9) 4–6 saat ve %8,0'inin (n=7) 7–12 saat bakım verdiği görülmüştür. Haftalık bakım gün sayısı incelendiğinde katılımcıların %70,1'inin (n=61) her gün, %24,1'inin (n=21) 1–2 gün, %4,6'sının (n=4) 3–4 gün ve %1,1'inin (n=1) 5–6 gün bakım verdiği saptanmıştır.

Bakımın kendi sağlığına etkisi açısından bakım verenlerin %42,5'i (n=37) psikolojik, %16,1'i (n=14) fiziksel ve %6,9'u (n=6) sosyal etkilenme yaşadığını, %34,5'i (n=30) ise herhangi bir etkilenme yaşamadığını belirtmiştir. Bakım nedeniyle bakım verenlerin %33,3'ü (n=29) iş/meslek hayatı etkilendiğini %66,7'sinin (n=58) sosyal yaşamı etkilendiğini ve %37,9'u (n=33) ekonomik durumunun etkilendiğini bildirmiştir. Bakım verenlerin sosyoekonomik düzeylerinin %42,5'inin (n=37) düşük, %41,4'ünün (n=36) orta ve %16,1'inin (n=14) iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin yaş ortalamasının 54,37±11,114 yıl olduğu ve bakım verme süresinin ortalamasının 4,54±5,43 yıl olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin cinsiyeti, yakınlığı, eğitim seviyesi, medeni durumu, çalışma durumu, günlük bakım süresi, haftalık bakım gün sayısı, bakımın kendi sağlığına etkisi, bakım nedeniyle iş/meslek hayatına etkisi, bakım nedeniyle sosyal yaşama etkisi, sosyoekonomik düzeyleri ve yaşlarına göre AH evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin bakım nedeniyle ekonomik durumlarının etkilenmesi ile AH'nin evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2=10,545$;

p=0,005). Hafif evre AH'de bakım verenlerin %17,2'si, orta evrede AH'de bakım verenlerin %37,9'u ve ileri evre AH'de bakım verenlerin ise %58,6'sı ekonomik olarak etkilendiğini ifade etmiştir. Bu ilişkinin orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Bakım verenlerin bakım verme sürelerine göre AH evreleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (X^2=8,013; p=0,018). Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri incelendiğinde ileri evrede bakım verme süresi ortalamasının hafif evrede bakım verme süresi ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılım ve karşılaştırma analiz bulguları Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. *Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Analiz Bulguları*

Değişken		Toplam (n=87)		Hafif Evre (n=29)		Orta Evre (n=29)		İleri Evre (n=29)		X^2	p	r/η^2
		n	%	n	%			n	%			
Cinsiyet	Kadın	50	57,5	19	65,5	13	44,8	18	62,1	2,916[1]	0,233	-
	Erkek	37	42,5	10	34,5	16	55,2	11	37,9			
Yakınlık	Eş	22	25,3	7	24,1	8	27,6	7	24,1	4,405[1]	1,000	-
	Çocuk	58	66,7	20	69,0	19	65,5	19	65,5			
	Gelin	5	5,7	2	6,9	1	3,4	2	6,9			
	Damat	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4			
	Kardeş	1	1,1	0	0,0	1	3,4	0	0,0			
Eğitim Seviyesi	İlkokul	17	19,5	5	17,2	5	17,2	7	24,1	9,101[1]	0,291	-
	Ortaokul	13	14,9	4	13,8	3	10,3	6	20,7			
	Lise	26	29,9	5	17,2	13	44,8	8	27,6			
	Üniversite	29	33,3	14	48,3	7	24,1	8	27,6			
	Lisansüstü	2	2,3	1	3,4	1	3,4	0	0,0			
Medeni Durumu	Bekar	9	10,3	4	13,8	4	13,8	1	3,4	3,706[1]	0,464	-
	Evli	72	82,8	23	79,3	22	75,9	27	93,1			
	Boşanmış	6	6,9	2	6,9	3	10,3	1	3,4			
Çalışma Durumu	İşsiz	23	26,4	8	27,6	6	20,7	9	31,0	6,778[1]	0,148	-
	Tam Zamanlı	42	48,3	18	62,1	12	41,4	12	41,4			
	Emekli	22	25,3	3	10,3	11	37,9	8	27,6			
Günlük Bakım Süresi	1-3 Saat	30	34,5	10	34,5	14	48,3	6	20,7	7,292[1]	0,287	-
	4-6 Saat	9	10,3	5	17,2	1	3,4	3	10,3			
	7-12 Saat	7	8,0	2	6,9	2	6,9	3	10,3			
	13-24 Saat	41	47,1	12	41,4	12	41,4	17	58,6			
Haftalık Bakım Gün Sayısı	1-2 Gün	21	24,1	8	27,6	6	20,7	7	24,1	3,043[1]	0,909	-
	3-4 Gün	4	4,6	1	3,4	1	3,4	2	6,9			
	5-6 Gün	1	1,1	1	3,4	0	0,0	0	0,0			
	Her Gün	61	70,1	19	65,5	22	75,9	20	69,0			
Bakımın Kendi Sağlığına Etkisi	Hayır	30	34,5	13	44,8	11	37,9	6	20,7	10,988[1]	0,072	-
	Evet, Psikolojik	37	42,5	11	37,9	12	41,4	14	48,3			
	Evet, Fiziksel	14	16,1	1	3,4	5	17,2	8	27,6			
	Evet, Sosyal	6	6,9	4	13,8	1	3,4	1	3,4			
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi	Hayır	58	66,7	22	75,9	19	65,5	17	58,6	1,966[1]	0,374	-
	Evet	29	33,3	7	24,1	10	34,5	12	41,4			
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi	Hayır	29	33,3	13	44,8	9	31,0	7	24,1	2,897[1]	0,235	-
	Evet	58	66,7	16	55,2	20	69,0	22	75,9			
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi	Hayır	54	62,1	24	82,8	18	62,1	12	41,4	10,545[1]	**0,005**	0,348
	Evet	33	37,9	5	17,2	11	37,9	17	58,6			
Sosyoekonomik Düzeyi	Düşük	37	42,5	11	37,9	11	37,9	15	51,7	5,953[1]	0,203	-
	Orta	36	41,4	12	41,4	11	37,9	13	44,8			
	İyi	14	16,1	6	20,7	7	24,1	1	3,4			
		Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**			
Yaş		54,37	11,114	51,69	11,177	55,76	11,031	55,66	11,027	2,665[2]	0,264	-
Bakım Verme Süresi (Yıl)		4,54	5,432	2,70	1,987	5,22	6,924	5,70	5,779	8,013[2]	**0,018**	0,071

[1]Ki Kare Testi, [2]Kruskal Wallis Testi

Alzheimer hastalığının evrelerine göre ACE-III-TR Toplam Skor, Toplam M ACE-III-TR Skoru, ACE-III-TR Dikkat, ACE-III-TR Bellek, ACE-III-TR Akıcılık, ACE-III-TR Dil, ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevler, SMMT Toplam Puan, SMMT Yönelim, SMMT Kayıt Hafızası, SMMT Dikkat, SMMT Hatırlama, SMMT Lisan, HCS-TR Toplam Puan, HCS-TR Sohbet, HCS-TR Farkındalık ve Bilgi, HCS-TR İletişim, HAB Toplam Puan, HAB Sözcük Anlama, HAB Cümle Anlama, HAB Sözcük Bulma, HAB Dil Bilgisi Yapısı, HAB Motor Konuşma Programlama, HAB Tekrarlama ve HAB Okumada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde;

- ✓ ACE-III-TR Toplam Skorunda hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Toplam M ACE-III-TR Skorunda hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ ACE-III-TR Dikkatte hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ ACE-III-TR Bellekte hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ ACE-III-TR Akıcılıkta hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ ACE-III-TR Dilde hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevlerde hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının

ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

- ✓ SMMT Toplam Puanında hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ SMMT Yönelimde hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ SMMT Kayıt Hafızasında hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ SMMT Dikkatte hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ SMMT Hatırlamada hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ SMMT Lisanda hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HCS-TR Toplam Puanında ileri evre ortalamasının hafif evre ve orta evre ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HCS-TR Sohbette ileri evre ortalamasının hafif evre ve orta evre ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HCS-TR Farkındalık ve Bilgide ileri evre ortalamasının hafif evre ve orta evre ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HCS-TR İletişimde ileri evre ortalamasının hafif evre ve orta evre ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

- ✓ HAB Toplam Puanında hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Kelime Anlamada hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Cümle Anlamada hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Kelime Bulmada hafif evre ortalamasının orta evre ve ileri evre ortalamalarından daha yüksek olduğu, orta evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Dil Bilgisi Yapısında hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Motor Konuşma Programlamada hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Tekrarlamada hafif evre ve orta evre ortalamalarının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ HAB Okumada hafif evre ortalamasının ileri evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Alzheimer hastalığının evrelerine göre bilişsel değerlendirme ve iletişim becerilerinde farklılığı belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. *Alzheimer Hastalığının Evrelerine Göre Bilişsel İletişim Becerilerine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
ACE-III-TR Toplam Skor	Hafif Evre[1]	29	45,72	16,292	65,52	45,151	**<0,001**	0,514	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	28,38	11,574	45,45				
	İleri Evre[3]	29	11,93	13,885	21,03				
	Toplam	87	28,68	19,631	-				
Toplam M ACE-III-TR Skoru	Hafif Evre[1]	29	6,41	4,179	61,14	28,748	**<0,001**	0,318	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	3,41	2,758	44,93				
	İleri Evre[3]	29	1,45	2,293	25,93				
	Toplam	87	3,76	3,754	-				
ACE-III-TR Dikkat	Hafif Evre[1]	29	7,76	3,008	62,33	35,961	**<0,001**	0,404	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	5,48	1,639	46,62				
	İleri Evre[3]	29	2,62	2,821	23,05				
	Toplam	87	5,29	3,299	-				
ACE-III-TR Bellek	Hafif Evre[1]	29	5,00	2,964	61,64	35,485	**<0,001**	0,399	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	3,03	2,322	47,29				
	İleri Evre[3]	29	0,97	2,129	23,07				
	Toplam	87	3,00	2,973	-				
ACE-III-TR Akıcılık	Hafif Evre[1]	29	3,72	2,987	58,62	18,977	**<0,001**	0,202	2<1 3<1
	Orta Evre[2]	29	1,79	1,719	42,79				
	İleri Evre[3]	29	0,97	1,523	30,59				
	Toplam	87	2,16	2,444	-				
ACE-III-TR Dil	Hafif Evre[1]	29	15,38	5,355	65,69	45,790	**<0,001**	0,521	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	9,45	4,976	45,36				
	İleri Evre[3]	29	3,59	3,905	20,95				
	Toplam	87	9,47	6,768	-				
ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevler	Hafif Evre[1]	29	9,28	3,844	63,16	36,474	**<0,001**	0,410	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	6,03	3,510	45,48				
	İleri Evre[3]	29	2,52	3,066	23,36				
	Toplam	87	5,94	4,426	-				
SMMT Toplam Puan	Hafif Evre[1]	29	15,59	4,031	64,97	44,729	**<0,001**	0,509	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	11,21	3,895	46,19				
	İleri Evre[3]	29	4,90	5,031	20,84				
	Toplam	87	10,56	6,160	-				
SMMT Yönelim	Hafif Evre[1]	29	4,34	2,176	59,41	25,890	**<0,001**	0,284	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	3,10	1,952	46,31				
	İleri Evre[3]	29	1,45	1,824	26,28				
	Toplam	87	2,97	2,300	-				
SMMT Kayıt Hafızası	Hafif Evre[1]	29	2,69	0,604	54,88	27,632	**<0,001**	0,305	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	2,48	0,911	51,12				
	İleri Evre[3]	29	1,07	1,252	26,00				
	Toplam	87	2,08	1,193	-				
SMMT Dikkat	Hafif Evre[1]	29	1,00	1,439	56,95	22,309	**<0,001**	0,242	2<1 3<1
	Orta Evre[2]	29	0,17	0,602	38,93				
	İleri Evre[3]	29	0,07	0,371	36,12				
	Toplam	87	0,41	1,006	-				
SMMT Hatırlama	Hafif Evre[1]	29	0,48	0,871	48,36	9,612	**0,008**	0,091	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	0,38	0,728	47,64				
	İleri Evre[3]	29	0,00	0,000	36,00				
	Toplam	87	0,29	0,680	-				
SMMT Lisan	Hafif Evre[1]	29	7,07	1,963	63,62	36,436	**<0,001**	0,410	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	4,93	2,086	44,50				
	İleri Evre[3]	29	2,31	2,687	23,88				
	Toplam	87	4,77	2,975	-				
HCS-TR Toplam Puan	Hafif Evre[1]	29	16,00	8,956	32,98	28,784	**<0,001**	0,319	1<3 2<3
	Orta Evre[2]	29	17,10	9,252	34,50				
	İleri Evre[3]	29	32,21	11,614	64,52				
	Toplam	87	21,77	12,377	-				
HCS-TR Sohbet	Hafif Evre[1]	29	4,86	3,451	34,22	24,397	**<0,001**	0,267	1<3 2<3
	Orta Evre[2]	29	5,00	3,615	34,91				
	İleri Evre[3]	29	9,76	3,833	62,86				
	Toplam	87	6,54	4,261	-				
HCS-TR Farkındalık ve Bilgi	Hafif Evre[1]	29	6,41	3,179	30,52	25,543	**<0,001**	0,280	1<3 2<3
	Orta Evre[2]	29	7,72	3,624	38,79				
	İleri Evre[3]	29	11,62	3,932	62,69				
	Toplam	87	8,59	4,189	-				

Tablo 4.3. ***(Devam)*** *Alzheimer Hastalığının Evrelerine Göre Bilişsel İletişim Becerilerine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
HCS-TR İletişim	Hafif Evre[1]	29	4,86	3,861	35,81	26,160	**<0,001**	0,288	1<3 2<3
	Orta Evre[2]	29	4,38	3,821	32,76				
	İleri Evre[3]	29	10,83	4,714	63,43				
	Toplam	87	6,69	5,054	-				
HAB Toplam Puan	Hafif Evre[1]	29	6,00	1,143	61,84	39,256	**<0,001**	0,444	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	5,16	1,101	48,97				
	İleri Evre[3]	29	2,51	2,044	21,19				
	Toplam	87	4,56	2,104	-				
HAB Sözcük Anlama	Hafif Evre[1]	29	7,47	2,573	59,83	26,542	**<0,001**	0,292	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	5,92	2,820	46,03				
	İleri Evre[3]	29	2,59	3,519	26,14				
	Toplam	87	5,33	3,602	-				
HAB Cümle Anlama	Hafif Evre[1]	29	3,40	2,852	53,98	23,582	**<0,001**	0,257	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	3,02	2,858	51,76				
	İleri Evre[3]	29	0,58	1,561	26,26				
	Toplam	87	2,33	2,773	-				
HAB Sözcük Bulma	Hafif Evre[1]	29	5,82	1,400	61,38	30,385	**<0,001**	0,338	2<1 3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	4,52	1,674	45,47				
	İleri Evre[3]	29	2,20	2,355	25,16				
	Toplam	87	4,18	2,370	-				
HAB Dil Bilgisi Yapısı	Hafif Evre[1]	29	8,61	1,147	61,62	37,643	**<0,001**	0,424	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	7,73	1,328	48,60				
	İleri Evre[3]	29	4,06	3,144	21,78				
	Toplam	87	6,80	2,855	-				
HAB Motor Konuşma Programlama	Hafif Evre[1]	29	9,61	0,890	52,31	23,289	**<0,001**	0,253	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	9,44	1,319	51,62				
	İleri Evre[3]	29	6,42	3,805	28,07				
	Toplam	87	8,49	2,776	-				
HAB Tekrarlama	Hafif Evre[1]	29	8,61	1,285	56,09	28,754	**<0,001**	0,319	3<1 3<2
	Orta Evre[2]	29	8,36	1,377	52,16				
	İleri Evre[3]	29	4,81	3,501	23,76				
	Toplam	87	7,26	2,861	-				
HAB Okuma	Hafif Evre[1]	29	7,10	4,094	57,97	19,686	**<0,001**	0,211	3<1
	Orta Evre[2]	29	5,17	4,362	44,33				
	İleri Evre[3]	29	2,01	3,549	29,71				
	Toplam	87	4,76	4,495	-				

Alzheimer hastalığının evrelerine göre ZBI Puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde ZBI Puanında ileri evre ortalamasının hafif evre ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. AH'nin evrelerine göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. *Alzheimer Hastalığının Evrelerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
ZBI Puanı	Hafif Evre[1]	29	29,21	21,624	35,14	9,929	**0,007**	0,094	1<3
	Orta Evre[2]	29	32,41	16,982	41,34				
	İleri Evre[3]	29	45,14	21,828	55,52				
	Toplam	87	35,59	21,193	-				
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	29	77,41	25,429	40,91	1,687	0,430	-	-
	Orta Evre	29	83,02	24,126	48,81				
	İleri Evre	29	76,01	27,618	42,28				
	Toplam	87	78,81	25,645	-				
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	29	58,05	35,178	47,97	2,240	0,326	-	-
	Orta Evre	29	54,48	37,233	45,41				
	İleri Evre	29	42,24	45,857	38,62				
	Toplam	87	51,59	39,815	-				
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	29	56,61	38,018	44,93	0,316	0,854	-	-
	Orta Evre	29	58,62	39,496	45,14				
	İleri Evre	29	50,57	44,205	41,93				
	Toplam	87	55,27	40,330	-				
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	29	45,04	13,138	39,45	1,862	0,394	-	-
	Orta Evre	29	50,80	12,860	48,43				
	İleri Evre	29	47,26	14,539	44,12				
	Toplam	87	47,70	13,585	-				
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	29	57,72	10,977	47,38	1,991	0,370	-	-
	Orta Evre	29	57,93	13,096	45,91				
	İleri Evre	29	54,05	10,916	38,71				
	Toplam	87	56,57	11,708	-				
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	29	61,38	21,954	46,24	0,815	0,665	-	-
	Orta Evre	29	60,78	21,319	45,09				
	İleri Evre	29	56,72	28,283	40,67				
	Toplam	87	59,62	23,868	-				
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	29	69,91	24,298	48,22	1,679	0,432	-	-
	Orta Evre	29	65,00	27,597	44,12				
	İleri Evre	29	58,28	32,204	39,66				
	Toplam	87	64,40	28,300	-				
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	29	59,53	17,908	50,45	3,720	0,156	-	-
	Orta Evre	29	54,78	17,159	43,86				
	İleri Evre	29	50,90	17,002	37,69				
	Toplam	87	55,07	17,522	-				

Tüm örneklemde bilişsel iletişim becerileri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson ve Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 4.5'te sunulmuştur. Bu bulgulara göre;

- ✓ HCS-TR Toplam Puan ile Zarit Toplam Puan (r=0,533; p<0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,325; p=0,002), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,229; p=0,033), SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,271; p=0,011),

SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,247; p=0,021), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,305; p=0,004), SF-36 Ağrı (r=-0,331; p=0,002) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,299; p=0,005) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

- ✓ HCS-TR Sohbet ile Zarit Toplam Puan (r=0,518; p<0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,268; p=0,012), SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,247; p=0,021), SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,252; p=0,019), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,284; p=0,008), SF-36 Ağrı (r=-0,296; p=0,005) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,277; p=0,009) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR Farkındalık ve Bilgi ile Zarit Toplam Puan (r=0,470; p<0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=-0,212; p=0,049), SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,278; p=0,009), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,242; p=0,024), SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,243; p=0,023), SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,238; p=0,026), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,271; p=0,011), SF-36 Ağrı (r=-0,357; p=0,001) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,341; p=0,001) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR İletişim ile Zarit Toplam Puan (r=0,471; p<0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,315; p=0,003), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,216; p=0,044), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,282; p=0,008) ve SF-36 Ağrı (r=-0,262; p=0,014) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HAB Motor Konuşma Programlama ile SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,255; p=0,017) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5. *Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı[1]	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık[1]	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
ACE-III-TR Toplam Skor	r	-0,069	-0,008	0,091	0,017	0,002	-0,036	0,013	0,081	0,061
	p	0,523	0,939	0,402	0,873	0,984	0,744	0,908	0,455	0,577
Toplam M ACE-III-TR Skoru	r	-0,011	-0,012	0,101	0,044	0,025	-0,079	0,081	0,013	0,089
	p	0,919	0,912	0,352	0,683	0,820	0,465	0,458	0,902	0,413
ACE-III-TR Dikkat	r	-0,072	0,026	0,043	-0,003	-0,032	-0,127	0,006	0,078	0,091
	p	0,510	0,810	0,691	0,974	0,771	0,241	0,956	0,472	0,401
ACE-III-TR Bellek	r	-0,046	0,009	0,041	-0,005	-0,027	0,012	0,088	0,087	0,020
	p	0,674	0,938	0,705	0,965	0,801	0,915	0,419	0,421	0,855
ACE-III-TR Akıcılık[1]	r	-0,015	-0,072	0,007	0,004	-0,101	-0,067	0,001	-0,018	-0,043
	p	0,889	0,505	0,945	0,972	0,353	0,540	0,991	0,866	0,691
ACE-III-TR Dil	r	-0,121	-0,079	0,085	0,052	-0,067	-0,006	-0,030	0,060	0,073
	p	0,264	0,466	0,433	0,636	0,540	0,957	0,785	0,578	0,500
ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevler	r	-0,200	0,069	0,175	0,119	0,081	0,045	0,063	0,115	0,139
	p	0,063	0,527	0,106	0,272	0,458	0,677	0,564	0,288	0,198
SMMT Toplam Puan	r	-0,145	0,001	0,051	0,032	-0,023	-0,078	0,029	0,053	0,039
	p	0,179	0,995	0,642	0,771	0,831	0,472	0,787	0,626	0,718
SMMT Yönelim	r	-0,046	0,032	0,118	0,059	0,033	-0,130	0,031	0,082	0,076
	p	0,675	0,766	0,275	0,584	0,762	0,229	0,778	0,449	0,483
SMMT Kayıt Hafızası	r	-0,090	-0,025	-0,051	-0,075	-0,142	-0,153	-0,013	-0,032	-0,097
	p	0,406	0,820	0,641	0,488	0,190	0,156	0,905	0,768	0,370
SMMT Dikkat[1]	r	-0,041	-0,123	0,024	0,069	0,053	0,029	-0,071	0,048	0,061
	p	0,704	0,255	0,826	0,526	0,625	0,788	0,513	0,662	0,576
SMMT Hatırlama[1]	r	-0,138	-0,053	-0,034	-0,055	0,037	0,093	0,088	0,114	0,021
	p	0,204	0,628	0,757	0,611	0,735	0,392	0,417	0,295	0,849
SMMT Lisan	r	-0,210	-0,001	0,074	0,051	-0,082	0,010	0,042	0,015	0,082
	p	0,051	0,990	0,495	0,642	0,449	0,930	0,697	0,891	0,449
HCS-TR Toplam Puan	r	0,533	-0,208	-0,325	-0,229	-0,271	-0,247	-0,305	-0,331	-0,299
	p	**<0,001**	0,053	**0,002**	**0,033**	**0,011**	**0,021**	**0,004**	**0,002**	**0,005**
HCS-TR Sohbet	r	0,518	-0,193	-0,268	-0,168	-0,247	-0,252	-0,284	-0,296	-0,277
	p	**<0,001**	0,074	**0,012**	0,119	**0,021**	**0,019**	**0,008**	**0,005**	**0,009**
HCS-TR Farkındalık ve Bilgi	r	0,470	-0,212	-0,278	-0,242	-0,243	-0,238	-0,271	-0,357	-0,341
	p	**<0,001**	**0,049**	**0,009**	**0,024**	**0,023**	**0,026**	**0,011**	**0,001**	**0,001**
HCS-TR İletişim	r	0,471	-0,166	-0,315	-0,216	-0,202	-0,196	-0,282	-0,262	-0,207
	p	**<0,001**	0,124	**0,003**	**0,044**	0,061	0,068	**0,008**	**0,014**	0,055
HAB Toplam Puan	r	-0,206	0,017	0,046	0,029	-0,075	-0,001	0,005	0,064	0,079
	p	0,055	0,879	0,676	0,789	0,491	0,992	0,962	0,554	0,469
HAB Sözcük Anlama	r	-0,210	0,052	0,021	0,047	-0,032	-0,017	0,040	0,104	0,065
	p	0,051	0,635	0,843	0,663	0,769	0,877	0,711	0,339	0,547
HAB Cümle Anlama	r	-0,128	-0,104	0,078	0,093	-0,024	0,043	0,001	-0,017	0,048
	p	0,238	0,336	0,473	0,391	0,823	0,693	0,991	0,879	0,656
HAB Sözcük Bulma	r	-0,185	0,029	0,063	0,020	-0,003	-0,003	0,029	0,106	0,120
	p	0,086	0,789	0,560	0,853	0,980	0,976	0,791	0,329	0,268
HAB Dil Bilgisi Yapısı	r	-0,153	0,021	-0,104	-0,096	-0,111	-0,062	-0,072	0,034	0,002
	p	0,158	0,847	0,337	0,376	0,305	0,570	0,509	0,752	0,988
HAB Motor Konuşma Programlama[1]	r	-0,053	-0,043	-0,049	-0,145	-0,255	-0,132	-0,034	-0,180	-0,021
	p	0,627	0,691	0,655	0,180	**0,017**	0,224	0,755	0,095	0,844
HAB Tekrarlama[1]	r	-0,172	-0,076	0,102	0,074	-0,154	-0,097	0,054	-0,064	-0,004
	p	0,111	0,483	0,345	0,497	0,155	0,371	0,616	0,553	0,971
HAB Okuma[1]	r	-0,109	-0,051	0,064	0,088	-0,063	0,071	0,028	0,115	0,084
	p	0,315	0,639	0,558	0,419	0,563	0,514	0,796	0,289	0,441

[1]Spearman Testi

Alzheimer hastalığının hafif evresinde bilişsel iletişim becerileri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 4.6'da sunulmuştur. Bu bulgulara göre;

- ✓ ACE-III-TR Toplam Puan ile SF-36 Ağrı (r=-0,374; p=0,046) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ ACE-III-TR Dil ile SF-36 Ağrı (r=-0,494; p=0,007) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR Sohbet ile ZBI (r=0,381; p=0,041) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ HAB Dil Bilgisi Yapısı ile ZBI (r=0,445; p=0,015) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,450; p=0,014) ve SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,369; p=0,049) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6. *Alzheimer Hastalığının Hafif Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
ACE-III-TR Toplam Skor	r	0,358	-0,147	-0,175	-0,095	0,058	-0,240	-0,232	-0,374	-0,101
	p	0,057	0,446	0,363	0,624	0,765	0,209	0,226	**0,046**	0,602
Toplam M ACE-III-TR Skoru	r	0,281	-0,162	0,019	0,033	0,070	-0,213	0,016	-0,320	0,082
	p	0,140	0,401	0,924	0,863	0,718	0,268	0,933	0,090	0,672
ACE-III-TR Dikkat	r	0,128	0,161	0,089	0,071	0,214	-0,231	-0,007	-0,198	0,161
	p	0,507	0,403	0,648	0,714	0,265	0,228	0,971	0,303	0,404
ACE-III-TR Bellek	r	0,136	0,012	-0,010	-0,026	0,270	0,119	0,161	-0,159	-0,037
	p	0,482	0,949	0,961	0,893	0,157	0,539	0,405	0,410	0,848
ACE-III-TR Akıcılık	r	0,330	-0,208	-0,105	-0,081	-0,188	-0,158	-0,108	-0,216	-0,047
	p	0,081	0,279	0,587	0,676	0,328	0,414	0,577	0,261	0,808
ACE-III-TR Dil	r	0,258	-0,286	-0,272	-0,160	-0,259	-0,354	-0,292	-0,494	-0,107
	p	0,177	0,132	0,154	0,407	0,175	0,060	0,124	**0,007**	0,579
ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevler	r	0,094	-0,055	0,083	0,116	0,179	-0,057	-0,107	-0,259	-0,043
	p	0,627	0,776	0,668	0,550	0,354	0,770	0,581	0,175	0,825
SMMT Toplam Puan	r	0,033	-0,076	0,070	0,187	0,087	-0,192	0,043	-0,217	0,080
	p	0,863	0,697	0,717	0,332	0,653	0,319	0,825	0,259	0,679
SMMT Yönelim	r	0,058	0,188	0,189	0,167	0,228	-0,090	0,095	-0,225	0,112
	p	0,766	0,328	0,325	0,388	0,235	0,643	0,623	0,242	0,564
SMMT Kayıt Hafızası	r	-0,204	0,032	0,213	0,350	-0,184	0,270	0,076	-0,095	-0,048
	p	0,288	0,869	0,268	0,063	0,340	0,157	0,694	0,622	0,806
SMMT Dikkat	r	0,201	-0,102	-0,059	0,164	0,217	-0,057	-0,202	0,019	-0,038
	p	0,297	0,598	0,761	0,397	0,258	0,770	0,295	0,923	0,846
SMMT Hatırlama	r	-0,111	-0,035	-0,222	-0,150	0,062	0,028	0,054	-0,041	-0,043
	p	0,566	0,856	0,248	0,436	0,748	0,886	0,781	0,834	0,824
SMMT Lisan	r	0,178	-0,356	-0,032	0,031	-0,138	-0,348	-0,057	-0,259	0,107
	p	0,355	0,058	0,869	0,874	0,475	0,064	0,770	0,176	0,580
HCS-TR Toplam Puan	r	0,269	-0,265	-0,014	0,134	-0,265	-0,306	0,221	-0,030	-0,032
	p	0,158	0,165	0,944	0,488	0,164	0,107	0,250	0,878	0,869
HCS-TR Sohbet	r	0,381	-0,358	-0,164	0,044	-0,247	-0,306	-0,019	-0,240	-0,099
	p	**0,041**	0,057	0,396	0,820	0,196	0,107	0,923	0,210	0,611
HCS-TR Farkındalık ve Bilgi	r	0,074	-0,150	0,153	0,107	-0,341	-0,235	0,268	0,083	-0,144
	p	0,702	0,437	0,429	0,580	0,070	0,219	0,161	0,670	0,455
HCS-TR İletişim	r	0,214	-0,112	-0,069	0,107	-0,076	-0,261	0,207	0,004	0,215
	p	0,264	0,562	0,723	0,579	0,695	0,171	0,281	0,985	0,263
HAB Toplam Puan	r	0,118	-0,248	0,004	0,109	-0,019	-0,109	0,002	-0,203	0,060
	p	0,540	0,195	0,983	0,574	0,923	0,573	0,990	0,290	0,757
HAB Sözcük Anlama	r	-0,242	-0,010	0,163	0,250	0,035	0,198	-0,088	-0,105	0,019
	p	0,206	0,960	0,399	0,191	0,858	0,304	0,648	0,589	0,921

Tablo 4.6. ***(Devam)*** *Alzheimer Hastalığının Hafif Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
HAB Cümle Anlama	r	0,037	-0,272	0,071	0,163	0,048	-0,127	0,097	-0,139	0,110
	p	0,849	0,153	0,714	0,399	0,803	0,513	0,618	0,474	0,568
HAB Sözcük Bulma	r	0,345	0,113	-0,042	-0,146	0,036	-0,202	0,067	-0,181	-0,125
	p	0,066	0,559	0,829	0,451	0,855	0,293	0,731	0,347	0,519
HAB Dil Bilgisi Yapısı	r	0,445	-0,203	-0,450	-0,350	-0,047	-0,369	-0,283	0,051	-0,118
	p	**0,015**	0,290	**0,014**	0,062	0,809	**0,049**	0,137	0,793	0,541
HAB Motor Konuşma Programlama	r	0,202	-0,308	-0,163	-0,251	-0,278	-0,189	0,028	-0,190	0,092
	p	0,294	0,104	0,398	0,189	0,145	0,326	0,885	0,324	0,633
HAB Tekrarlama	r	-0,103	-0,357	0,163	0,168	-0,224	-0,153	0,143	-0,209	0,183
	p	0,595	0,057	0,400	0,383	0,243	0,428	0,459	0,276	0,342
HAB Okuma	r	0,220	-0,208	-0,091	0,056	-0,028	-0,038	-0,034	-0,210	0,062
	p	0,251	0,279	0,639	0,774	0,886	0,846	0,860	0,275	0,749

Alzheimer hastalığının orta evresinde bilişsel iletişim becerileri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 4.7'de sunulmuştur. Bu bulgulara göre;

- ✓ SMMT Toplam Puan ile SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,376; p=0,045) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,381; p=0,041) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ SMMT Kayıt Hafızası ile SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,498 p=0,006) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR Toplam Puan ile ZBI (r=0,621; p<0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,440; p=0,017), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,436; p=0,018) ve SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,533; p=0,003) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR Sohbet ile ZBI (r=0,571; p=0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,490; p=0,007) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR Farkındalık ve Bilgi ile ZBI (r=0,466; p=0,011) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=-0,414; p=0,026), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,386; p=0,039) ve SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,407; p=0,028) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR İletişim ile ZBI (r=0,412; p=0,026) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,429; p=0,020) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ HAB Dil Bilgisi Yapısı ile ZBI (r=0,431; p=0,020) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,510; p=0,005), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,448; p=0,015), SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,380; p=0,042) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,616; p<0,001) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HAB Motor Konuşma Programlama ile SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,439; p=0,017), SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,498; p=0,006), SF-36 Ağrı (r=-

0,427; p=0,021) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,452; p=0,014) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

- ✓ HAB Tekrarlama ile SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=-0,502; p=0,006) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,535; p=0,003) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7. *Alzheimer Hastalığının Orta Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
ACE-III-TR Toplam Skor	r	-0,002	0,118	0,047	0,133	0,006	-0,045	0,047	0,128	-0,053
	p	0,992	0,542	0,810	0,492	0,975	0,817	0,810	0,507	0,784
Toplam M ACE-III-TR Skoru	r	-0,112	0,117	-0,076	-0,053	0,015	-0,288	0,123	-0,034	-0,247
	p	0,564	0,545	0,693	0,786	0,938	0,130	0,526	0,861	0,196
ACE-III-TR Dikkat	r	0,080	0,142	-0,021	0,012	-0,024	-0,261	0,085	0,160	-0,115
	p	0,681	0,462	0,915	0,952	0,902	0,172	0,662	0,406	0,552
ACE-III-TR Bellek	r	-0,076	0,117	-0,032	0,042	-0,151	-0,241	0,197	0,096	-0,185
	p	0,695	0,547	0,869	0,827	0,434	0,208	0,306	0,622	0,338
ACE-III-TR Akıcılık	r	-0,127	0,082	-0,057	0,035	-0,034	-0,318	-0,065	-0,141	-0,300
	p	0,510	0,672	0,769	0,857	0,861	0,093	0,738	0,467	0,113
ACE-III-TR Dil	r	0,126	-0,110	0,019	0,162	-0,115	0,016	-0,137	-0,030	-0,122
	p	0,516	0,570	0,921	0,401	0,553	0,935	0,478	0,875	0,527
ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevler	r	-0,212	0,222	0,140	0,166	0,151	0,121	0,108	0,141	0,113
	p	0,269	0,247	0,470	0,389	0,433	0,532	0,579	0,464	0,560
SMMT Toplam Puan	r	0,248	-0,055	-0,171	-0,032	-0,034	-0,376	-0,188	-0,038	-0,381
	p	0,194	0,778	0,374	0,869	0,861	**0,045**	0,329	0,843	**0,041**
SMMT Yönelim	r	0,243	0,010	-0,039	-0,024	0,005	-0,259	-0,028	0,159	-0,195
	p	0,204	0,959	0,841	0,902	0,981	0,176	0,886	0,410	0,312
SMMT Kayıt Hafızası	r	0,088	0,188	-0,246	-0,106	-0,020	-0,498	0,011	-0,194	-0,267
	p	0,649	0,328	0,197	0,583	0,916	**0,006**	0,955	0,314	0,162
SMMT Dikkat	r	0,004	-0,083	0,067	0,147	0,039	0,023	-0,002	0,046	0,016
	p	0,983	0,670	0,731	0,446	0,842	0,906	0,992	0,815	0,935
SMMT Hatırlama	r	0,097	-0,141	-0,016	-0,031	0,057	0,057	0,138	0,212	-0,076
	p	0,616	0,466	0,935	0,874	0,769	0,771	0,474	0,269	0,694
SMMT Lisan	r	0,001	-0,049	-0,018	0,131	-0,203	-0,154	-0,245	-0,168	-0,234
	p	0,997	0,799	0,927	0,498	0,290	0,425	0,199	0,384	0,222
HCS-TR Toplam Puan	r	0,621	-0,307	-0,440	-0,436	-0,268	-0,071	-0,533	-0,356	-0,268
	p	**<0,001**	0,105	**0,017**	**0,018**	0,160	0,715	**0,003**	0,058	0,160
HCS-TR Sohbet	r	0,571	-0,176	-0,331	-0,310	-0,278	-0,153	-0,490	-0,272	-0,286
	p	**0,001**	0,362	0,079	0,102	0,145	0,429	**0,007**	0,153	0,133
HCS-TR Farkındalık ve Bilgi	r	0,466	-0,414	-0,310	-0,386	-0,157	-0,049	-0,407	-0,364	-0,184
	p	**0,011**	**0,026**	0,102	**0,039**	0,417	0,800	**0,028**	0,052	0,338
HCS-TR İletişim	r	0,412	-0,214	-0,335	-0,303	-0,147	0,109	-0,429	-0,221	-0,078
	p	**0,026**	0,264	0,076	0,110	0,447	0,574	**0,020**	0,249	0,689
HAB Toplam Puan	r	0,076	0,002	-0,033	0,099	-0,088	-0,154	0,042	0,039	-0,308
	p	0,696	0,992	0,866	0,611	0,651	0,424	0,827	0,841	0,104
HAB Sözcük Anlama	r	0,332	0,057	-0,097	-0,015	-0,004	-0,191	0,051	0,130	-0,169
	p	0,078	0,771	0,618	0,939	0,985	0,320	0,793	0,502	0,380

Tablo 4.7.(Devam) *Alzheimer Hastalığının Orta Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
HAB Cümle Anlama	r	-0,021	-0,028	0,106	0,245	-0,062	0,078	0,084	0,030	-0,058
	p	0,916	0,885	0,584	0,200	0,751	0,689	0,663	0,878	0,765
HAB Sözcük Bulma	r	-0,040	-0,218	0,169	0,164	0,136	-0,001	-0,098	-0,085	-0,005
	p	0,835	0,257	0,380	0,395	0,482	0,995	0,614	0,661	0,980
HAB Dil Bilgisi Yapısı	r	0,431	-0,154	-0,510	-0,448	-0,224	-0,380	-0,335	-0,232	-0,616
	p	**0,020**	0,425	**0,005**	**0,015**	0,242	**0,042**	0,076	0,226	**<0,001**
HAB Motor Konuşma Programlama	r	0,220	-0,166	-0,289	-0,245	-0,439	-0,498	-0,197	-0,427	-0,452
	p	0,252	0,389	0,128	0,199	**0,017**	**0,006**	0,306	**0,021**	**0,014**
HAB Tekrarlama	r	0,056	-0,093	-0,151	0,025	-0,345	-0,502	-0,179	-0,209	-0,535
	p	0,773	0,631	0,435	0,899	0,067	**0,006**	0,353	0,277	**0,003**
HAB Okuma	r	-0,018	0,069	0,126	0,133	-0,158	0,101	0,052	0,261	-0,028
	p	0,925	0,723	0,515	0,492	0,412	0,602	0,790	0,171	0,886

Alzheimer hastalığının ileri evresinde bilişsel iletişim becerileri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 4.8'de sunulmuştur. Alzheimer hastalığının ileri evresinde SMMT Hatırlama değişkeninin örneklemi sabit değer alması nedeniyle korelasyon analizlerine dahil edilememiştir. Bu bulgulara göre;

- ✓ HCS-TR Toplam Puan ile ZBI (r=0,394; p=0,035) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,399; p=0,032), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,387; p=0,038) ve SF-36 Ağrı (r=-0,379; p=0,043) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR Farkındalık ve Bilgi ile ZBI (r=0,412; p=0,026) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,452; p=0,014), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,450; p=0,014), SF-36 Ağrı (r=-0,513; p=0,004) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,403; p=0,030) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HCS-TR İletişim ile ZBI (r=0,407; p=0,028) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, SF-36 Enerji/Canlılık (r=-0,406; p=0,029), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=-0,464; p=0,011) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=-0,428; p=0,020) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ HAB Cümle Anlama ile SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=-0,464; p=0,011) ve SF-36 Ağrı (r=-0,378; p=0,043) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8. *Alzheimer Hastalığının İleri Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
ACE-III-TR Toplam Skor	r	0,057	0,150	0,072	0,042	0,178	0,059	0,205	0,245	0,034
	p	0,770	0,436	0,710	0,829	0,355	0,760	0,286	0,201	0,861
Toplam M ACE-III-TR Skoru	r	0,238	0,054	0,067	-0,019	0,068	-0,105	0,010	-0,010	-0,002
	p	0,213	0,782	0,729	0,921	0,727	0,588	0,957	0,960	0,992
ACE-III-TR Dikkat	r	0,101	-0,041	-0,061	-0,118	0,065	-0,155	0,037	0,053	-0,072
	p	0,603	0,833	0,753	0,543	0,737	0,421	0,848	0,785	0,709
ACE-III-TR Bellek	r	0,097	-0,082	-0,058	-0,036	-0,055	-0,023	0,062	0,120	-0,004
	p	0,616	0,672	0,765	0,853	0,776	0,904	0,748	0,537	0,983
ACE-III-TR Akıcılık	r	0,243	0,022	-0,065	-0,069	0,074	0,022	0,103	0,129	-0,004
	p	0,203	0,912	0,736	0,723	0,704	0,912	0,594	0,506	0,984
ACE-III-TR Dil	r	-0,035	0,213	0,108	0,118	0,251	0,130	0,220	0,304	0,027
	p	0,857	0,268	0,577	0,544	0,190	0,502	0,251	0,108	0,889
ACE-III-TR Görsel Mekansal İşlevler	r	-0,061	0,190	0,110	0,099	0,097	0,013	0,205	0,219	0,071
	p	0,755	0,324	0,569	0,608	0,617	0,947	0,286	0,255	0,713
SMMT Toplam Puan	r	0,099	0,103	0,020	-0,056	0,053	-0,063	0,115	0,036	-0,086
	p	0,609	0,593	0,918	0,772	0,783	0,745	0,551	0,853	0,657
SMMT Yönelim	r	0,134	-0,063	-0,022	-0,107	0,015	-0,223	0,031	0,036	-0,065
	p	0,488	0,747	0,911	0,582	0,938	0,245	0,874	0,851	0,738
SMMT Kayıt Hafızası	r	0,288	-0,121	-0,243	-0,279	-0,174	-0,261	-0,119	-0,126	-0,267
	p	0,130	0,532	0,204	0,143	0,366	0,172	0,539	0,515	0,161
SMMT Dikkat	r	0,159	-0,115	-0,184	-0,226	0,238	-0,068	-0,057	-0,136	-0,159
	p	0,411	0,551	0,339	0,238	0,213	0,725	0,769	0,481	0,411
SMMT Hatırlama	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SMMT Lisan	r	-0,061	0,277	0,153	0,073	0,205	0,161	0,259	0,047	0,019
	p	0,753	0,146	0,428	0,707	0,285	0,403	0,174	0,807	0,922
HCS-TR Toplam Puan	r	0,394	-0,168	-0,214	-0,159	-0,399	-0,248	-0,387	-0,379	-0,347
	p	**0,035**	0,383	0,264	0,410	**0,032**	0,195	**0,038**	**0,043**	0,065
HCS-TR Sohbet	r	0,315	-0,015	-0,010	0,033	-0,282	-0,156	-0,192	-0,214	-0,173
	p	0,096	0,939	0,959	0,866	0,138	0,418	0,318	0,265	0,368
HCS-TR Farkındalık ve Bilgi	r	0,412	-0,185	-0,318	-0,315	-0,452	-0,292	-0,450	-0,513	-0,403
	p	**0,026**	0,337	0,093	0,097	**0,014**	0,125	**0,014**	**0,004**	**0,030**
HCS-TR İletişim	r	0,407	-0,204	-0,267	-0,175	-0,406	-0,283	-0,464	-0,355	-0,428
	p	**0,028**	0,290	0,162	0,363	**0,029**	0,137	**0,011**	0,059	**0,020**
HAB Toplam Puan	r	-0,121	0,110	-0,085	-0,117	-0,007	-0,057	-0,021	-0,025	-0,031
	p	0,531	0,568	0,660	0,547	0,970	0,770	0,913	0,898	0,871
HAB Sözcük Anlama	r	-0,240	0,062	-0,075	-0,047	0,061	-0,104	0,082	0,060	0,039
	p	0,210	0,748	0,698	0,809	0,754	0,590	0,674	0,758	0,842

Tablo 4.8. ***(Devam)*** *Alzheimer Hastalığının İleri Evresinde Bilişsel İletişim Becerileri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
HAB Cümle Anlama	r	0,248	-0,049	-0,333	-0,464	-0,067	-0,128	-0,240	-0,378	-0,363
	p	0,195	0,801	0,077	**0,011**	0,729	0,507	0,211	**0,043**	0,053
HAB Sözcük Bulma	r	-0,203	-0,020	-0,048	0,000	0,068	-0,040	0,062	0,091	0,038
	p	0,291	0,920	0,804	0,999	0,727	0,835	0,748	0,638	0,846
HAB Dil Bilgisi Yapısı	r	-0,079	0,046	0,001	-0,094	-0,013	-0,063	-0,087	-0,126	-0,082
	p	0,685	0,813	0,998	0,628	0,945	0,746	0,655	0,515	0,673
HAB Motor Konuşma Programlama	r	0,024	0,178	-0,074	-0,209	-0,145	-0,031	-0,090	-0,190	-0,019
	p	0,900	0,355	0,703	0,276	0,452	0,872	0,644	0,324	0,922
HAB Tekrarlama	r	-0,002	0,154	-0,008	-0,088	-0,036	-0,015	0,003	-0,093	-0,041
	p	0,991	0,425	0,966	0,651	0,852	0,938	0,989	0,631	0,831
HAB Okuma	r	-0,183	0,072	-0,047	0,066	0,176	0,010	-0,045	0,101	0,082
	p	0,343	0,709	0,807	0,735	0,361	0,959	0,815	0,602	0,672

Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde AH olan bireylerin cinsiyetlerine göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan t testi ve Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.9'da yer almaktadır. Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde AH olan bireylerin cinsiyetlerine göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Cinsiyeti	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p
ZBI Puanı	Hafif Evre	Kadın	16	28,31	18,275	15,50	-0,351	0,725
		Erkek	13	30,31	25,908	14,38		
	Orta Evre	Kadın	20	35,30	17,971	16,43	-1,345	0,179
		Erkek	9	26,00	13,238	11,83		
	İleri Evre	Kadın	18	45,39	22,863	15,17	-0,135	0,892
		Erkek	11	44,73	21,100	14,73		
	Toplam	Kadın	54	36,59	20,629	45,98	0,564[1]	0,574
		Erkek	33	33,94	22,310	40,76		
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Kadın	16	80,83	25,115	16,72	-1,217	0,224
		Erkek	13	73,21	26,183	12,88		
	Orta Evre	Kadın	20	81,71	24,635	14,85	-0,147	0,883
		Erkek	9	85,93	24,125	15,33		
	İleri Evre	Kadın	18	82,59	22,508	16,58	-1,310	0,190
		Erkek	11	65,23	32,690	12,41		
	Toplam	Kadın	54	81,74	23,645	47,06	0,428[1]	0,670
		Erkek	33	74,02	28,342	39,00		
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Kadın	16	63,02	34,824	16,16	-0,832	0,405
		Erkek	13	51,92	36,029	13,58		
	Orta Evre	Kadın	20	50,25	35,373	13,98	-0,991	0,321
		Erkek	9	63,89	41,667	17,28		
	İleri Evre	Kadın	18	47,22	46,880	15,78	-0,685	0,494
		Erkek	11	34,09	45,101	13,73		
	Toplam	Kadın	54	53,02	39,258	44,81	-0,396	0,692
		Erkek	33	49,24	41,214	42,67		
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Kadın	16	58,85	37,697	15,38	-0,271	0,787
		Erkek	13	53,85	39,766	14,54		
	Orta Evre	Kadın	20	55,00	39,404	14,13	-0,880	0,379
		Erkek	9	66,67	40,825	16,94		
	İleri Evre	Kadın	18	51,85	44,608	15,22	-0,190	0,850
		Erkek	11	48,48	45,616	14,64		
	Toplam	Kadın	54	55,09	40,061	43,64	-0,177	0,859
		Erkek	33	55,56	41,389	44,59		
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Kadın	16	43,83	11,641	13,50	-1,066	0,286
		Erkek	13	46,54	15,131	16,85		
	Orta Evre	Kadın	20	49,16	13,048	14,18	-0,786	0,432
		Erkek	9	54,44	12,360	16,83		
	İleri Evre	Kadın	18	50,52	9,968	16,03	-0,836	0,403
		Erkek	11	41,93	19,303	13,32		
	Toplam	Kadın	54	48,03	11,797	43,06	-0,445	0,656
		Erkek	33	47,16	16,278	45,53		
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Kadın	16	56,75	10,142	14,75	-0,178	0,858
		Erkek	13	58,92	12,237	15,31		
	Orta Evre	Kadın	20	57,20	12,142	14,60	-0,380	0,704
		Erkek	9	59,56	15,677	15,89		
	İleri Evre	Kadın	18	56,13	9,009	16,50	-1,222	0,222
		Erkek	11	50,67	13,240	12,55		
	Toplam	Kadın	54	56,71	10,402	44,62	-0,295	0,768
		Erkek	33	56,34	13,750	42,98		
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Kadın	16	68,59	21,369	17,59	-1,891	0,059
		Erkek	13	52,50	19,974	11,81		
	Orta Evre	Kadın	20	60,00	21,689	14,58	-0,411	0,681
		Erkek	9	62,50	21,651	15,94		
	İleri Evre	Kadın	18	56,51	25,652	14,97	-0,023	0,982
		Erkek	11	57,05	33,482	15,05		
	Toplam	Kadın	54	61,38	23,096	45,56	0,879[1]	0,382
		Erkek	33	56,74	25,175	41,45		

Tablo 4.9. ***(Devam)*** *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Cinsiyeti	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Kadın	16	67,66	25,747	14,31	-0,484	0,628
		Erkek	13	72,69	23,104	15,85		
	Orta Evre	Kadın	20	61,50	23,611	13,70	-1,228	0,219
		Erkek	9	72,78	35,255	17,89		
	İleri Evre	Kadın	18	57,64	29,624	14,61	-0,317	0,752
		Erkek	11	59,32	37,551	15,64		
	Toplam	Kadın	54	62,04	26,176	40,96	-0,995[1]	0,323
		Erkek	33	68,26	31,508	48,97		
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Kadın	16	58,75	21,302	14,59	-0,286	0,775
		Erkek	13	60,50	13,388	15,50		
	Orta Evre	Kadın	20	53,68	16,777	14,30	-0,662	0,508
		Erkek	9	57,22	18,769	16,56		
	İleri Evre	Kadın	18	51,89	13,430	15,39	-0,316	0,752
		Erkek	11	49,27	22,317	14,36		
	Toplam	Kadın	54	54,58	17,182	42,70	-0,329[1]	0,743
		Erkek	33	55,86	18,306	46,12		

[1]t Testi

Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde AH olan bireylerin medeni durumlarına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan t testi ve Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.10'da yer almaktadır. İleri evre AH olan bireylerin medeni durumlarına göre SF-36 Fiziksel İşlevsellikte anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde ileri evre SF-36 Fiziksel İşlevsellikte bekarların ortalamasının evlilerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Medeni Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p	r
ZBI Puanı	Hafif Evre	Bekar	17	28,82	19,053	15,50	-0,377	0,706	-
		Evli	12	29,75	25,723	14,29			
	Orta Evre	Bekar	18	30,39	17,607	14,08	-0,743	0,458	-
		Evli	11	35,73	16,156	16,50			
	İleri Evre	Bekar	20	45,30	24,581	15,10	-0,095	0,925	-
		Evli	9	44,78	15,246	14,78			
	Toplam	Bekar	55	35,33	21,818	43,78	-0,149[1]	0,882	-
		Evli	32	36,03	20,408	44,38			
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Bekar	17	78,92	24,580	15,56	-0,424	0,671	-
		Evli	12	75,28	27,544	14,21			
	Orta Evre	Bekar	18	83,19	23,716	14,92	-0,070	0,944	-
		Evli	11	82,73	25,951	15,14			
	İleri Evre	Bekar	20	82,42	26,093	17,20	-2,121	**0,034**	-0,394
		Evli	9	61,76	26,863	10,11			
	Toplam	Bekar	55	81,59	24,474	47,09	1,331[1]	0,187	-
		Evli	32	74,04	27,273	38,69			
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Bekar	17	56,37	33,272	14,59	-0,318	0,750	-
		Evli	12	60,42	39,107	15,58			
	Orta Evre	Bekar	18	54,44	34,551	14,86	-0,115	0,908	-
		Evli	11	54,55	43,038	15,23			
	İleri Evre	Bekar	20	48,75	46,222	16,18	-1,205	0,228	-
		Evli	9	27,78	44,096	12,39			
	Toplam	Bekar	55	52,97	38,295	44,79	-0,394	0,694	-
		Evli	32	49,22	42,826	42,64			
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Bekar	17	55,39	35,472	14,47	-0,410	0,682	-
		Evli	12	58,34	42,936	15,75			
	Orta Evre	Bekar	18	59,26	35,343	14,61	-0,336	0,737	-
		Evli	11	57,58	47,354	15,64			
	İleri Evre	Bekar	20	53,33	47,634	15,35	-0,348	0,728	-
		Evli	9	44,44	37,269	14,22			
	Toplam	Bekar	55	55,91	39,632	43,97	-0,014	0,989	-
		Evli	32	54,17	42,122	44,05			
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Bekar	17	42,35	12,278	12,68	-1,772	0,076	-
		Evli	12	48,85	13,893	18,29			
	Orta Evre	Bekar	18	52,67	14,743	16,42	-1,158	0,247	-
		Evli	11	47,73	8,765	12,68			
	İleri Evre	Bekar	20	47,47	10,608	14,58	-0,403	0,687	-
		Evli	9	46,81	21,733	15,94			
	Toplam	Bekar	55	47,59	13,036	43,15	-0,417	0,677	-
		Evli	32	47,89	14,693	45,47			
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Bekar	17	56,71	9,822	14,56	-0,338	0,735	-
		Evli	12	59,17	12,748	15,63			
	Orta Evre	Bekar	18	57,28	13,564	14,78	-0,181	0,856	-
		Evli	11	59,00	12,861	15,36			
	İleri Evre	Bekar	20	55,50	10,739	16,30	-1,234	0,217	-
		Evli	9	50,84	11,239	12,11			
	Toplam	Bekar	55	56,45	11,299	44,60	-0,293	0,770	-
		Evli	32	56,77	12,562	42,97			
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Bekar	17	64,85	21,000	15,82	-0,644	0,520	-
		Evli	12	56,46	23,244	13,83			
	Orta Evre	Bekar	18	62,50	18,689	15,92	-0,761	0,446	-
		Evli	11	57,95	25,783	13,50			
	İleri Evre	Bekar	20	62,24	28,178	16,68	-1,594	0,111	-
		Evli	9	44,44	25,853	11,28			
	Toplam	Bekar	55	63,13	22,833	47,39	1,821[1]	0,072	-
		Evli	32	53,59	24,756	38,17			

Tablo 4.10.(Devam) *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Medeni Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p	r
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Bekar	17	71,18	23,932	15,38	-0,289	0,773	-
		Evli	12	68,13	25,764	14,46			
	Orta Evre	Bekar	18	65,42	24,574	14,92	-0,068	0,946	-
		Evli	11	64,32	33,243	15,14			
	İleri Evre	Bekar	20	60,00	33,492	15,43	-0,403	0,687	-
		Evli	9	54,44	30,689	14,06			
	Toplam	Bekar	55	65,23	27,852	44,57	0,357[1]	0,722	-
		Evli	32	62,97	29,447	43,02			
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Bekar	17	58,97	18,824	14,71	-0,222	0,824	-
		Evli	12	60,33	17,312	15,42			
	Orta Evre	Bekar	18	54,81	18,058	14,89	-0,090	0,928	-
		Evli	11	54,73	16,434	15,18			
	İleri Evre	Bekar	20	52,08	17,115	15,48	-0,449	0,653	-
		Evli	9	48,28	17,459	13,94			
	Toplam	Bekar	55	55,10	17,857	43,97	0,022[1]	0,983	-
		Evli	32	55,02	17,213	44,05			

[1]t Testi

Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde AH olan bireylerin ek tıbbi tanı durumlarına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan t testi ve Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.11'de yer almaktadır. Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde AH olan bireylerin ek tıbbi tanı durumlarına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Ek Tıbbi Tanı Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Ek Tıbbi Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p
ZBI Puanı	Hafif Evre	Yok	11	24,91	17,026	14,05	-0,472	0,637
		Var	18	31,83	24,091	15,58		
	Orta Evre	Yok	9	32,22	16,460	14,89	-0,047	0,962
		Var	20	32,50	17,632	15,05		
	İleri Evre	Yok	10	44,50	22,614	14,50	-0,230	0,818
		Var	19	45,47	22,026	15,26		
	Toplam	Yok	30	33,63	20,090	42,25	-0,621[1]	0,536
		Var	57	36,61	21,855	44,92		
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Yok	11	75,53	28,108	14,82	-0,091	0,928
		Var	18	78,57	24,425	15,11		
	Orta Evre	Yok	9	78,33	26,964	12,44	-1,126	0260
		Var	20	85,13	23,164	16,15		
	İleri Evre	Yok	10	75,25	35,906	16,20	-0,563	0,573
		Var	19	76,40	23,269	14,37		
	Toplam	Yok	30	76,28	29,580	42,85	-0,667[1]	0,507
		Var	57	80,15	23,486	44,61		
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Yok	11	61,36	39,312	15,91	-0,461	0,645
		Var	18	56,02	33,432	14,44		
	Orta Evre	Yok	9	61,11	43,501	16,83	-0,798	0,425
		Var	20	51,50	34,872	14,18		
	İleri Evre	Yok	10	60,00	45,947	18,00	-1,498	0,134
		Var	19	32,89	44,137	13,42		
	Toplam	Yok	30	60,83	41,358	49,87	1,585[1]	0,117
		Var	57	46,73	38,456	40,91		
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Yok	11	57,58	42,403	15,14	-0,069	0,945
		Var	18	56,02	36,360	14,92		
	Orta Evre	Yok	9	62,96	48,432	17,00	-0,905	0,366
		Var	20	56,67	36,032	14,10		
	İleri Evre	Yok	10	63,33	42,890	17,40	-1,161	0,246
		Var	19	43,86	44,518	13,74		
	Toplam	Yok	30	61,11	42,959	48,07	-1,132	0,258
		Var	57	52,19	38,914	41,86		
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Yok	11	39,09	16,337	12,05	-1,480	0,139
		Var	18	48,68	9,505	16,81		
	Orta Evre	Yok	9	51,67	14,361	14,89	-0,048	0,962
		Var	20	50,41	12,504	15,05		
	İleri Evre	Yok	10	50,25	16,779	17,50	-1,153	0,249
		Var	19	45,69	13,435	13,68		
	Toplam	Yok	30	46,58	16,439	42,93	-0,288	0,773
		Var	57	48,29	11,934	44,56		
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Yok	11	57,09	10,290	15,14	-0,069	0,945
		Var	18	58,11	11,651	14,92		
	Orta Evre	Yok	9	63,22	16,384	17,89	-1,234	0,217
		Var	20	55,55	10,976	13,70		
	İleri Evre	Yok	10	55,23	12,193	16,80	-0,831	0,406
		Var	19	53,44	10,481	14,05		
	Toplam	Yok	30	58,31	12,963	48,43	-1,197	0,231
		Var	57	55,65	11,000	41,67		

Tablo 4.11. ***(Devam)*** *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Ek Tıbbi Tanı Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Ek Tıbbi Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Yok	11	60,00	24,673	15,27	-0,140	0,889
		Var	18	62,22	20,826	14,83		
	Orta Evre	Yok	9	54,17	25,000	12,50	-1,089	0,276
		Var	20	63,75	19,407	16,13		
	İleri Evre	Yok	10	57,50	32,914	15,45	-0,208	0,835
		Var	19	56,30	26,499	14,76		
	Toplam	Yok	30	57,42	26,914	43,27	-0,623[1]	0,535
		Var	57	60,79	22,266	44,39		
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Yok	11	68,18	26,079	14,73	-0,135	0,892
		Var	18	70,97	23,858	15,17		
	Orta Evre	Yok	9	64,44	37,391	15,72	-0,307	0,756
		Var	20	65,25	23,097	14,68		
	İleri Evre	Yok	10	59,75	39,113	15,90	-0,415	0,678
		Var	19	57,50	29,095	14,53		
	Toplam	Yok	30	64,25	33,284	45,58	0,032[1]	0,974
		Var	57	64,47	25,616	43,17		
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Yok	11	62,32	19,032	15,77	-0,383	0,702
		Var	18	57,83	17,523	14,53		
	Orta Evre	Yok	9	55,78	17,664	15,89	-0,378	0,705
		Var	20	54,33	17,374	14,60		
	İleri Evre	Yok	10	47,95	21,339	14,05	-0,437	0,662
		Var	19	52,45	14,650	15,50		
	Toplam	Yok	30	55,57	19,738	45,35	0,191[1]	0,849
		Var	57	54,81	16,417	43,29		

[1]t Testi

Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde AH olan bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.12'de yer almaktadır. İleri evre AH olan bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre SF-36 Fiziksel İşlevsellik ve SF-36 Sosyal İşlevsellikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde;

- ✓ İleri evre SF-36 Fiziksel İşlevsellikte çocuğuyla yaşayanların ortalamasının eşiyle yaşayanların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ İleri evre SF-36 Sosyal İşlevsellikte çocuğuyla yaşayanların ortalamasının eşiyle yaşayanların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.12. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Birlikte Yaşadığı Kişi	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2/Z	p	r
ZBI Puanı	Hafif Evre	Kendi Başına	1	14,00	–	7,50	0,875	0,646	-
		Eşiyle	7	35,29	31,159	16,00			
		Çocuğuyla	21	27,90	18,36	15,02			
	Orta Evre	Eşiyle	8	34,50	16,204	16,06	0,118	0,943	-
		Çocuğuyla	20	31,60	18,048	14,48			
		Kardeşiyle	1	32,00	–	17,00			
	İleri Evre	Eşiyle	7	52,29	20,097	17,71	0,971	0,332	-
		Çocuğuyla	22	42,86	22,304	14,14			
	Toplam	Kendi Başına	1	14,00	–	15,00	2,280	0,519	-
		Eşiyle	22	40,41	23,439	48,84			
		Çocuğuyla	63	34,30	20,476	42,76			
		Kardeşiyle	1	32,00	–	44,50			
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Kendi Başına	1	100,00	–	26,00	4,047	0,132	-
		Eşiyle	7	64,40	30,900	10,43			
		Çocuğuyla	21	80,68	22,867	16,00			
	Orta Evre	Eşiyle	8	84,58	25,755	15,75	0,118	0,943	-
		Çocuğuyla	20	81,79	24,561	14,65			
		Kardeşiyle	1	95,00	–	16,00			
	İleri Evre	Eşiyle	7	54,64	31,166	8,36	-2,423	**0,015**	-0,450
		Çocuğuyla	22	82,80	23,216	17,11			
	Toplam	Kendi Başına	1	100,00	–	73,00	5,959	0,114	-
		Eşiyle	22	68,64	30,652	34,05			
		Çocuğuyla	63	81,77	23,171	46,84			
		Kardeşiyle	1	95,00	–	55,00			
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Kendi Başına	1	75,00	–	18,00	0,959	0,619	-
		Eşiyle	7	46,43	44,320	12,43			
		Çocuğuyla	21	61,11	32,738	15,71			
	Orta Evre	Eşiyle	8	65,63	44,194	17,94	1,438	0,487	-
		Çocuğuyla	20	50,25	35,373	13,98			
		Kardeşiyle	1	50,00	–	12,00			
	İleri Evre	Eşiyle	7	21,43	39,340	11,36	-1,414	0,157	-
		Çocuğuyla	22	48,86	46,597	16,16			
	Toplam	Kendi Başına	1	75,00	–	56,00	0,822	0,844	-
		Eşiyle	22	45,45	44,746	40,48			
		Çocuğuyla	63	53,39	38,668	45,08			
		Kardeşiyle	1	50,00	–	41,50			
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Kendi Başına	1	66,67	–	15,50	0,046	0,977	-
		Eşiyle	7	52,39	42,416	14,43			
		Çocuğuyla	21	57,54	38,362	15,17			
	Orta Evre	Eşiyle	8	70,83	45,207	18,56	2,211	0,331	-
		Çocuğuyla	20	53,33	38,083	13,60			
		Kardeşiyle	1	66,67	–	14,50			
	İleri Evre	Eşiyle	7	33,33	38,490	11,93	-1,155	0,248	-
		Çocuğuyla	22	56,06	45,293	15,98			
	Toplam	Kendi Başına	1	66,67	–	46,00	0,025	0,999	-
		Eşiyle	22	53,03	43,229	43,48			
		Çocuğuyla	63	55,69	40,212	44,12			
		Kardeşiyle	1	66,67	–	46,00			
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Kendi Başına	1	56,25	–	26,00	3,426	0,180	-
		Eşiyle	7	46,61	16,373	18,14			
		Çocuğuyla	21	43,99	12,366	13,43			
	Orta Evre	Eşiyle	8	49,38	9,039	14,19	2,675	0,262	-
		Çocuğuyla	20	50,16	13,472	14,65			
		Kardeşiyle	1	75,00	–	28,50			
	İleri Evre	Eşiyle	7	39,46	25,391	13,50	-0,538	0,591	-
		Çocuğuyla	22	49,74	8,422	15,48			
	Toplam	Kendi Başına	1	56,25	–	71,00	4,174	0,243	-
		Eşiyle	22	45,34	17,501	44,23			
		Çocuğuyla	63	47,96	11,705	42,82			
		Kardeşiyle	1	75,00	–	86,50			

Tablo 4.12. (Devam) *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişiye Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Hastanın Birlikte Yaşadığı Kişi	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2/Z	p	r
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Kendi Başına	1	68,00	–	26,50	2,124	0,346	-
		Eşiyle	7	59,71	16,830	15,71			
		Çocuğuyla	21	56,57	8,698	14,21			
	Orta Evre	Eşiyle	8	61,13	14,691	17,19	2,796	0,247	-
		Çocuğuyla	20	55,95	12,424	13,58			
		Kardeşiyle	1	72,00	–	26,00			
	İleri Evre	Eşiyle	7	46,51	11,971	10,29	-1,693	0,090	-
		Çocuğuyla	22	56,45	9,640	16,50			
	Toplam	Kendi Başına	1	68,00	–	76,50	4,038	0,257	-
		Eşiyle	22	56,03	15,441	42,48			
		Çocuğuyla	63	56,33	10,162	43,42			
		Kardeşiyle	1	72,00	–	81,50			
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Kendi Başına	1	75,00	–	23,00	1,466	0,480	-
		Eşiyle	7	51,79	25,443	12,86			
		Çocuğuyla	21	63,93	20,790	15,33			
	Orta Evre	Eşiyle	8	64,06	26,252	15,69	0,085	0,959	-
		Çocuğuyla	20	59,38	20,227	14,70			
		Kardeşiyle	1	62,50	–	15,50			
	İleri Evre	Eşiyle	7	32,14	23,780	8,00	-2,520	**0,012**	-0,468
		Çocuğuyla	22	64,53	25,293	17,23			
	Toplam	Kendi Başına	1	75,00	–	66,50	3,853	0,278	-
		Eşiyle	22	50,00	27,549	35,82			
		Çocuğuyla	63	62,69	22,063	46,44			
		Kardeşiyle	1	62,50	–	48,00			
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Kendi Başına	1	75,00	–	14,50	0,460	0,795	-
		Eşiyle	7	64,29	27,565	13,14			
		Çocuğuyla	21	71,55	24,154	15,64			
	Orta Evre	Eşiyle	8	70,31	36,436	17,44	1,943	0,379	-
		Çocuğuyla	20	61,63	24,010	13,65			
		Kardeşiyle	1	90,00	–	22,50			
	İleri Evre	Eşiyle	7	40,00	34,065	10,43	-1,641	0,101	-
		Çocuğuyla	22	64,09	30,075	16,45			
	Toplam	Kendi Başına	1	75,00	–	48,00	1,357	0,716	-
		Eşiyle	22	58,75	34,198	41,00			
		Çocuğuyla	63	65,79	26,250	44,59			
		Kardeşiyle	1	90,00	–	69,00			
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Kendi Başına	1	55,00	–	11,50	0,221	0,895	-
		Eşiyle	7	60,29	14,511	15,71			
		Çocuğuyla	21	59,50	19,611	14,93			
	Orta Evre	Eşiyle	8	57,19	18,681	16,81	1,155	0,561	-
		Çocuğuyla	20	53,30	17,178	13,98			
		Kardeşiyle	1	65,00	–	21,00			
	İleri Evre	Eşiyle	7	39,21	18,712	9,57	-1,943	0,052	-
		Çocuğuyla	22	54,61	15,013	16,73			
	Toplam	Kendi Başına	1	55,00	–	43,00	0,793	0,851	-
		Eşiyle	22	52,45	19,077	41,50			
		Çocuğuyla	63	55,83	17,262	44,60			
		Kardeşiyle	1	65,00	–	62,50			

[1]Mann Whiteny U Testi

Alzheimer hastalığı olan bireylerin özellikleri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson ve Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Bu bulgulara göre toplam örneklemde hasta eğitim seviyesi ile SF-36 Ağrı (r=0,236; p=0,028) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 4.13. *Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Demografik Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
Hasta Yaşı	Hafif Evre	r	-0,110	-0,213	0,138	0,176	-0,172	0,047	0,295	-0,004	0,240
		p	0,570	0,267	0,474	0,360	0,372	0,807	0,121	0,982	0,211
	Orta Evre	r	-0,038	-0,224	0,063	-0,073	0,101	0,024	0,028	0,039	-0,084
		p	0,844	0,242	0,744	0,707	0,601	0,903	0,883	0,842	0,663
	İleri Evre	r	-0,036	0,099	0,056	0,133	-0,214	-0,152	0,070	0,008	0,187
		p	0,851	0,609	0,771	0,490	0,265	0,431	0,716	0,969	0,333
	Toplam	r	0,042[1]	-0,167[1]	0,032	0,048[1]	-0,081	-0,076[1]	0,090[1]	-0,058[1]	0,040[1]
		p	0,697	0,122	0,766	0,660	0,458	0,486	0,410	0,597	0,714
Hasta Eğitim Seviyes	Hafif Evre	r	0,267	-0,161	-0,258	-0,152	-0,016	-0,148	-0,103	-0,043	-0,128
		p	0,161	0,404	0,177	0,432	0,933	0,443	0,595	0,825	0,507
	Orta Evre	r	-0,005	0,223	0,102	0,118	0,224	0,146	0,095	0,325	0,126
		p	0,978	0,245	0,598	0,542	0,243	0,450	0,623	0,085	0,513
	İleri Evre	r	-0,147	-0,224	-0,096	0,131	0,045	-0,106	0,102	0,303	0,174
		p	0,447	0,244	0,621	0,499	0,816	0,585	0,599	0,110	0,365
	Toplam	r	-0,040	-0,058	-0,049	0,038	0,060	0,009	0,074	0,236	0,110
		p	0,713	0,595	0,651	0,730	0,578	0,937	0,494	**0,028**	0,312

[1]Pearson Testi

Tüm örneklem ve AH'nin evrelerinde bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan t testi ve Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.14'te yer almaktadır. Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre ileri evre ZBI Puanı, tüm örneklem SF-36 Fiziksel İşlevsellik, tüm örneklem SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Enerji/Canlılık, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Ruhsal İyi Oluş, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Sosyal İşlevsellik, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Ağrı, hafif evre, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Genel Sağlık Algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde;

- ✓ İleri evre ZBI Puanı kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Tüm örneklem SF-36 Fiziksel İşlevsellikte erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Tüm örneklem SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığında erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ İleri evre ve tüm örneklem SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığında erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılıkların orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ İleri evre ve tüm örneklem SF-36 Enerji/Canlılıkta erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. İleri evredeki farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu ve tüm örneklemdeki farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ İleri evre ve tüm örneklem SF-36 Ruhsal İyi Oluşta erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılıkların orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

- ✓ İleri evre ve tüm örneklem SF-36 Sosyal İşlevsellikte erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. İleri evredeki farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu ve tüm örneklemdeki farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ İleri evre ve tüm örneklem SF-36 Ağrıda erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. İleri evredeki farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu ve tüm örneklemdeki farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hafif evre, ileri evre ve tüm örneklem SF-36 Genel Sağlık Algısında erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. İleri evredeki farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu, hafif evre ve tüm örneklemdeki farklılıkların orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.14. *Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Cinsiyeti	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p	d/r
ZBI Puanı	Hafif Evre	Kadın	19	30,74	17,278	16,71	-1,493	0,135	-
		Erkek	10	26,30	29,040	11,75			
	Orta Evre	Kadın	13	34,23	14,709	16,23	-0,703	0,482	-
		Erkek	16	30,94	18,975	14,00			
	İleri Evre	Kadın	18	52,17	18,618	17,69	-2,186	**0,029**	-0,406
		Erkek	11	33,64	22,593	10,59			
	Toplam	Kadın	50	39,36	19,467	49,51	1,962[1]	0,053	-
		Erkek	37	30,49	22,597	36,55			
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Kadın	19	72,94	27,748	13,66	-1,180	0,238	-
		Erkek	10	85,92	18,685	17,55			
	Orta Evre	Kadın	13	78,78	24,044	12,19	-1,662	0,096	-
		Erkek	16	86,46	24,410	17,28			
	İleri Evre	Kadın	18	69,86	29,214	13,19	-1,494	0,135	-
		Erkek	11	86,06	22,487	17,95			
	Toplam	Kadın	50	73,35	27,072	37,90	-2,672	**0,008**	-0,286
		Erkek	37	86,19	21,819	52,24			
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Kadın	19	51,75	37,431	13,66	-1,201	0,230	-
		Erkek	10	70,00	28,382	17,55			
	Orta Evre	Kadın	13	51,92	41,409	14,42	-0,337	0,736	-
		Erkek	16	56,56	34,724	15,47			
	İleri Evre	Kadın	18	30,56	42,492	12,94	-1,809	0,070	-
		Erkek	11	61,36	46,588	18,36			
	Toplam	Kadın	50	44,17	40,834	39,53	-1,972	**0,049**	-0,211
		Erkek	37	61,62	36,573	50,04			
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Kadın	19	53,07	37,599	14,13	-0,779	0,436	-
		Erkek	10	63,34	39,908	16,65			
	Orta Evre	Kadın	13	56,41	41,688	14,65	-0,210	0,833	-
		Erkek	16	60,42	38,909	15,28			
	İleri Evre	Kadın	18	35,19	43,495	11,94	-2,607	**0,009**	-0,484
		Erkek	11	75,76	33,637	20,00			
	Toplam	Kadın	50	47,50	41,111	39,28	-2,106	**0,035**	-0,226
		Erkek	37	65,77	37,257	50,38			
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Kadın	19	43,68	13,120	13,71	-1,139	0,255	-
		Erkek	10	47,63	13,469	17,45			
	Orta Evre	Kadın	13	47,07	14,355	12,88	-1,218	0,223	-
		Erkek	16	53,83	11,044	16,72			
	İleri Evre	Kadın	18	42,47	16,117	11,58	-2,779	**0,005**	-0,516
		Erkek	11	55,11	6,409	20,59			
	Toplam	Kadın	50	44,13	14,395	36,63	-3,187	**0,001**	-0,342
		Erkek	37	52,53	10,819	53,96			
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Kadın	19	56,53	13,129	13,66	-1,190	0,234	-
		Erkek	10	60,00	4,619	17,55			
	Orta Evre	Kadın	13	54,92	10,283	12,96	-1,170	0,242	-
		Erkek	16	60,38	14,877	16,66			
	İleri Evre	Kadın	18	50,41	10,321	11,92	-2,511	**0,012**	-0,466
		Erkek	11	60,02	9,455	20,05			
	Toplam	Kadın	50	53,91	11,559	37,31	-2,895	**0,004**	-0,310
		Erkek	37	60,17	11,064	53,04			

Tablo 4.14. (Devam) *Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Cinsiyeti	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	t/Z	p	d/r
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Kadın	19	61,45	24,499	15,55	-0,501	0,617	-
		Erkek	10	61,25	17,290	13,95			
	Orta Evre	Kadın	13	55,77	19,509	12,69	-1,350	0,177	-
		Erkek	16	64,84	22,462	16,88			
	İleri Evre	Kadın	18	45,40	21,871	11,61	-2,767	**0,006**	-0,514
		Erkek	11	75,23	28,624	20,55			
	Toplam	Kadın	50	54,20	23,002	38,52	-2,543[1]	**0,013**	-0,551
		Erkek	37	66,96	23,334	51,41			
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Kadın	19	66,18	25,731	13,66	-1,175	0,240	-
		Erkek	10	77,00	20,676	17,55			
	Orta Evre	Kadın	13	59,42	32,551	13,62	-0,791	0,429	-
		Erkek	16	69,53	22,917	16,13			
	İleri Evre	Kadın	18	44,03	29,977	11,14	-3,142	**0,002**	-0,583
		Erkek	11	81,59	20,318	21,32			
	Toplam	Kadın	50	56,45	30,170	37,30	-3,364[1]	**0,001**	-0,695
		Erkek	37	75,14	21,634	53,05			
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Kadın	19	54,05	17,116	12,34	-2,323	**0,020**	-0,431
		Erkek	10	69,95	15,093	20,05			
	Orta Evre	Kadın	13	52,12	16,982	13,38	-0,924	0,356	-
		Erkek	16	56,94	17,544	16,31			
	İleri Evre	Kadın	18	43,83	13,528	11,58	-2,774	**0,006**	-0,515
		Erkek	11	62,45	16,172	20,59			
	Toplam	Kadın	50	49,87	16,225	36,14	-3,410[1]	**0,001**	-0,739
		Erkek	37	62,09	16,936	54,62			

[1]t Testi

Tüm örneklem ve AH evrelerinde bakım verenlerin yakınlığına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.15'te yer almaktadır. İleri evrede bakım verenlerin yakınlığına göre SF-36 Sosyal İşlevsellikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde ileri evre SF-36 Sosyal İşlevsellikte AH olan bireylere bakım veren çocukların ortalamasının bakım vereni eşleri ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.15. *Bakım Verenin Yakınlığına Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Yakınlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
ZBI Puanı	Hafif Evre	Eş	7	35,29	31,159	16,00	1,869	0,393	-	-
		Çocuk	20	25,95	18,240	13,93				
		Gelin	2	40,50	14,849	22,25				
	Orta Evre	Eş	8	34,50	16,204	16,06	0,260	0,967	-	-
		Çocuk	19	31,74	18,532	14,50				
		Gelin	1	29,00	–	14,00				
		Kardeş	1	32,00	–	17,00				
	İleri Evre	Eş	7	52,29	20,097	17,71	3,550	0,314	-	-
		Çocuk	19	42,68	22,311	14,05				
		Gelin	2	58,50	14,849	20,25				
		Damat	1	15,00	–	3,50				
	Toplam	Eş	22	40,41	23,439	48,84	4,103	0,392	-	-
		Çocuk	58	33,33	20,632	41,37				
		Gelin	5	45,40	16,592	58,30				
		Damat	1	15,00	–	18,00				
		Kardeş	1	32,00	–	44,50				
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Eş	7	64,40	30,900	10,43	2,741	0,254	-	-
		Çocuk	20	81,38	23,229	16,35				
		Gelin	2	83,34	23,568	17,50				
	Orta Evre	Eş	8	84,58	25,755	15,75	0,327	0,955	-	-
		Çocuk	19	81,36	25,156	14,84				
		Gelin	1	90,00	–	11,00				
		Kardeş	1	95,00	–	16,00				
	İleri Evre	Eş	7	54,64	31,166	8,36	7,142	0,068	-	-
		Çocuk	19	80,53	24,210	16,37				
		Gelin	2	95,84	5,890	20,50				
		Damat	1	100,00	–	24,50				
	Toplam	Eş	22	68,64	30,652	34,05	6,120	0,190	-	-
		Çocuk	58	81,09	23,768	46,47				
		Gelin	5	89,67	13,661	51,10				
		Damat	1	100,00	–	73,00				
		Kardeş	1	95,00	–	55,00				
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Eş	7	46,43	44,320	12,43	1,262	0,532	-	-
		Çocuk	20	60,42	32,430	15,48				
		Gelin	2	75,00	35,355	19,25				
	Orta Evre	Eş	8	65,63	44,194	17,94	1,905	0,592	-	-
		Çocuk	19	48,95	35,846	13,68				
		Gelin	1	75,00	–	19,50				
		Kardeş	1	50,00	–	12,00				
	İleri Evre	Eş	7	21,43	39,340	11,36	3,191	0,363	-	-
		Çocuk	19	46,05	45,843	15,74				
		Gelin	2	50,00	70,711	16,00				
		Damat	1	100,00	–	24,50				
	Toplam	Eş	22	45,45	44,746	40,48	2,585	0,629	-	-
		Çocuk	58	51,95	38,207	44,16				
		Gelin	5	65,00	41,833	52,00				
		Damat	1	100,00	–	75,00				
		Kardeş	1	50,00	–	41,50				
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Eş	7	52,39	42,416	14,43	0,181	0,913	-	-
		Çocuk	20	57,08	37,782	14,98				
		Gelin	2	66,66	47,143	17,25				
	Orta Evre	Eş	8	70,83	45,207	18,56	2,225	0,527	-	-
		Çocuk	19	52,63	38,994	13,55				
		Gelin	1	66,67	–	14,50				
		Kardeş	1	66,67	–	14,50				
	İleri Evre	Eş	7	33,33	38,490	11,93	2,394	0,495	-	-
		Çocuk	19	54,39	44,736	15,68				
		Gelin	2	50,00	70,711	14,75				
		Damat	1	100,00	–	24,00				
	Toplam	Eş	22	53,03	43,229	43,48	1,545	0,819	-	-
		Çocuk	58	54,74	39,893	43,41				
		Gelin	5	60,00	43,462	46,90				
		Damat	1	100,00	–	73,00				
		Kardeş	1	66,67	–	46,00				

Tablo 4.15. ***(Devam)*** *Bakım Verenin Yakınlığına Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Yakınlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Eş	7	46,61	16,373	18,14	1,339	0,512	-	-
		Çocuk	20	44,31	12,917	14,13				
		Gelin	2	46,88	4,419	12,75				
	Orta Evre	Eş	8	49,38	9,039	14,19	2,956	0,399	-	-
		Çocuk	19	49,90	13,791	14,42				
		Gelin	1	55,00	–	19,00				
		Kardeş	1	75,00	–	28,50				
	İleri Evre	Eş	7	39,46	25,391	13,50	1,159	0,763	-	-
		Çocuk	19	49,97	8,711	15,76				
		Gelin	2	45,00	7,071	10,75				
		Damat	1	55,00	–	19,50				
	Toplam	Eş	22	45,34	17,501	44,23	3,617	0,460	-	-
		Çocuk	58	48,00	12,121	43,41				
		Gelin	5	47,75	5,890	38,10				
		Damat	1	55,00	–	60,50				
		Kardeş	1	75,00	–	86,50				
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Eş	7	59,71	16,830	15,71	0,136	0,934	-	-
		Çocuk	20	56,80	8,859	14,63				
		Gelin	2	60,00	11,314	16,25				
	Orta Evre	Eş	8	61,13	14,691	17,19	3,084	0,379	-	-
		Çocuk	19	55,74	12,727	13,34				
		Gelin	1	60,00	–	18,00				
		Kardeş	1	72,00	–	26,00				
	İleri Evre	Eş	7	46,51	11,971	10,29	2,866	0,413	-	-
		Çocuk	19	56,53	10,325	16,50				
		Gelin	2	56,00	5,657	16,50				
		Damat	1	56,00	–	16,50				
	Toplam	Eş	22	56,03	15,441	42,48	2,501	0,644	-	-
		Çocuk	58	56,36	10,544	43,62				
		Gelin	5	58,40	6,693	48,30				
		Damat	1	56,00	–	40,50				
		Kardeş	1	72,00	–	81,50				
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Eş	7	51,79	25,443	12,86	0,771	0,680	-	-
		Çocuk	20	63,38	19,556	15,48				
		Gelin	2	75,00	35,355	17,75				
	Orta Evre	Eş	8	64,06	26,252	15,69	0,095	0,992	-	-
		Çocuk	19	59,21	20,767	14,66				
		Gelin	1	62,50	–	15,50				
		Kardeş	1	62,50	–	15,50				
	İleri Evre	Eş[1]	7	32,14	23,780	8,00	8,843	**0,034**	0,233	1<2
		Çocuk[2]	19	66,18	23,708	17,71				
		Gelin[3]	2	37,38	35,532	9,50				
		Damat[4]	1	87,50	–	23,50				
	Toplam	Eş	22	50,00	27,549	35,82	4,624	0,328	-	-
		Çocuk	58	62,93	21,198	46,72				
		Gelin	5	57,45	31,464	41,70				
		Damat	1	87,50	–	74,00				
		Kardeş	1	62,50	–	48,00				
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Eş	7	64,29	27,565	13,14	0,852	0,653	-	-
		Çocuk	20	70,63	24,399	15,23				
		Gelin	2	82,50	10,607	19,25				
	Orta Evre	Eş	8	70,31	36,436	17,44	2,194	0,533	-	-
		Çocuk	19	62,50	24,338	13,87				
		Gelin	1	45,00	–	9,50				
		Kardeş	1	90,00	–	22,50				
	İleri Evre	Eş	7	40,00	34,065	10,43	3,879	0,275	-	-
		Çocuk	19	64,34	30,252	16,53				
		Gelin	2	48,75	37,123	12,25				
		Damat	1	90,00	–	23,50				
	Toplam	Eş	22	58,75	34,198	41,00	2,508	0,643	-	-
		Çocuk	58	65,91	26,211	44,69				
		Gelin	5	61,50	27,249	39,20				
		Damat	1	90,00	–	69,00				
		Kardeş	1	90,00	–	69,00				

Tablo 4.15. ***(Devam)*** *Bakım Verenin Yakınlığına Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Yakınlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Eş	7	60,29	14,511	15,71	0,156	0,925	-	-
		Çocuk	20	58,68	18,898	14,60				
		Gelin	2	65,50	28,991	16,50				
	Orta Evre	Eş	8	57,19	18,681	16,81	2,345	0,504	-	-
		Çocuk	19	52,42	17,181	13,50				
		Gelin	1	70,00	–	23,00				
		Kardeş	1	65,00	–	21,00				
	İleri Evre	Eş	7	39,21	18,712	9,57	4,678	0,197	-	-
		Çocuk	19	54,18	15,697	16,45				
		Gelin	2	51,00	5,657	15,50				
		Damat	1	70,00	–	24,50				
	Toplam	Eş	22	52,45	19,077	41,50	1,994	0,737	-	-
		Çocuk	58	55,16	17,240	43,69				
		Gelin	5	60,60	17,271	50,00				
		Damat	1	70,00	–	68,50				
		Kardeş	1	65,00	–	62,50				

Tüm örneklem ve AH evrelerinde bakım verenlerin medeni durumlarına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.16'da yer almaktadır. Tüm örneklem ve AH evrelerinde bakım verenlerin medeni durumlarına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. *Bakım Verenin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Medeni Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p
ZBI Puanı	Hafif Evre	Bekar	4	16,50	12,793	10,25	1,464	0,481
		Evli	23	30,17	20,685	15,70		
		Boşanmış	2	43,50	45,962	16,50		
	Orta Evre	Bekar	4	40,00	25,781	10,25	0,686	0,710
		Evli	22	32,09	16,065	15,70		
		Boşanmış	3	24,67	11,150	16,50		
	İleri Evre	Bekar	1	0,00	–	1,00	3,175	0,204
		Evli	27	47,04	20,726	15,69		
		Boşanmış	1	39,00	–	10,50		
	Toplam	Bekar	9	25,11	23,181	31,61	2,700	0,259
		Evli	72	37,08	20,666	45,87		
		Boşanmış	6	33,33	23,771	40,17		
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	Bekar	4	82,50	25,981	17,25	3,468	0,177
		Evli	23	79,78	23,595	15,52		
		Boşanmış	2	40,00	28,284	4,50		
	Orta Evre	Bekar	4	72,92	31,457	17,25	0,753	0,686
		Evli	22	83,22	24,240	15,52		
		Boşanmış	3	95,00	8,660	4,50		
	İleri Evre	Bekar	1	91,67	–	16,50	0,279	0,870
		Evli	27	74,72	28,221	14,80		
		Boşanmış	1	95,00	–	19,00		
	Toplam	Bekar	9	79,26	25,861	45,94	0,063	0,969
		Evli	72	78,94	25,507	43,80		
		Boşanmış	6	76,67	31,570	43,50		
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Bekar	4	75,00	35,355	19,00	2,788	0,248
		Evli	23	57,97	35,398	15,00		
		Boşanmış	2	25,00	0,000	7,00		
	Orta Evre	Bekar	4	31,25	23,936	19,00	2,426	0,297
		Evli	22	57,95	40,375	15,00		
		Boşanmış	3	60,00	13,229	7,00		
	İleri Evre	Bekar	1	100,00	–	24,50	1,528	0,466
		Evli	27	40,74	46,071	14,65		
		Boşanmış	1	25,00	–	15,00		
	Toplam	Bekar	9	58,33	37,500	48,28	0,531	0,767
		Evli	72	51,50	41,451	43,89		
		Boşanmış	6	42,50	20,917	38,92		
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	Bekar	4	83,34	19,243	20,25	3,730	0,155
		Evli	23	55,44	38,568	14,83		
		Boşanmış	2	16,67	23,568	6,50		
	Orta Evre	Bekar	4	33,34	38,492	20,25	2,442	0,295
		Evli	22	60,61	40,677	14,83		
		Boşanmış	3	77,78	19,243	6,50		
	İleri Evre	Bekar	1	100,00	–	24,00	2,669	0,263
		Evli	27	46,91	43,618	14,33		
		Boşanmış	1	100,00	–	24,00		
	Toplam	Bekar	9	62,96	38,889	47,56	0,325	0,850
		Evli	72	53,82	40,991	43,33		
		Boşanmış	6	61,11	38,969	46,75		

Tablo 4.16. (Devam) *Bakım Verenin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Medeni Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	Bekar	4	43,75	9,465	13,13	4,887	0,087
		Evli	23	47,45	12,004	16,37		
		Boşanmış	2	20,00	0,000	3,00		
	Orta Evre	Bekar	4	50,00	17,321	13,13	0,547	0,761
		Evli	22	51,28	12,795	16,37		
		Boşanmış	3	48,33	11,547	3,00		
	İleri Evre	Bekar	1	60,00	–	25,50	1,935	0,380
		Evli	27	46,50	14,782	14,44		
		Boşanmış	1	55,00	–	19,50		
	Toplam	Bekar	9	48,33	13,229	41,00	1,198	0,549
		Evli	72	48,26	13,315	45,19		
		Boşanmış	6	40,00	17,321	34,25		
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	Bekar	4	62,00	5,164	19,88	2,194	0,334
		Evli	23	58,17	10,285	14,61		
		Boşanmış	2	44,00	22,627	9,75		
	Orta Evre	Bekar	4	46,25	14,292	19,88	3,070	0,215
		Evli	22	59,95	12,867	14,61		
		Boşanmış	3	58,67	6,110	9,75		
	İleri Evre	Bekar	1	72,00	–	28,00	5,074	0,079
		Evli	27	52,73	10,085	14,04		
		Boşanmış	1	72,00	–	28,00		
	Toplam	Bekar	9	56,11	13,569	46,33	0,331	0,848
		Evli	72	56,67	11,357	43,33		
		Boşanmış	6	56,00	15,179	48,58		
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	Bekar	4	60,63	3,750	13,88	4,133	0,127
		Evli	23	63,80	23,084	16,15		
		Boşanmış	2	35,00	14,142	4,00		
	Orta Evre	Bekar	4	46,88	18,750	13,88	2,546	0,280
		Evli	22	61,93	21,643	16,15		
		Boşanmış	3	70,83	19,094	4,00		
	İleri Evre	Bekar	1	100,00	–	27,50	3,863	0,145
		Evli	27	53,88	27,175	14,17		
		Boşanmış	1	90,00	–	25,00		
	Toplam	Bekar	9	58,89	20,544	42,33	0,077	0,962
		Evli	72	59,51	24,371	44,05		
		Boşanmış	6	62,08	26,097	45,92		
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	Bekar	4	72,50	30,957	17,00	0,371	0,831
		Evli	23	71,20	20,888	14,85		
		Boşanmış	2	50,00	56,569	12,75		
	Orta Evre	Bekar	4	46,88	14,773	17,00	2,134	0,344
		Evli	22	67,73	29,989	14,85		
		Boşanmış	3	69,17	11,273	12,75		
	İleri Evre	Bekar	1	100,00	–	27,00	3,236	0,198
		Evli	27	55,56	31,678	14,24		
		Boşanmış	1	90,00	–	23,50		
	Toplam	Bekar	9	64,17	28,035	42,94	0,088	0,957
		Evli	72	64,27	28,580	43,90		
		Boşanmış	6	66,25	30,239	46,75		
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	Bekar	4	71,75	23,429	19,88	2,350	0,309
		Evli	23	59,33	14,696	14,67		
		Boşanmış	2	37,50	31,820	9,00		
	Orta Evre	Bekar	4	44,25	20,222	19,88	1,091	0,580
		Evli	22	57,02	17,200	14,67		
		Boşanmış	3	52,33	10,786	9,00		
	İleri Evre	Bekar	1	77,50	–	28,00	4,669	0,097
		Evli	27	49,02	16,064	14,07		
		Boşanmış	1	75,00	–	27,00		
	Toplam	Bekar	9	60,17	24,300	51,11	0,803	0,669
		Evli	72	54,76	16,426	43,22		
		Boşanmış	6	51,17	20,932	42,67		

Tüm örneklem ve AH evrelerinde bakım verenlerin çalışma durumlarına göre bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarında farklılığı belirleyebilmek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz bulguları Tablo 4.17'de yer almaktadır. Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre toplam örneklem ZBI Puanı, hafif evre ve tüm örneklem SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı, tüm örneklem SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı, hafif evre SF-36 Enerji/Canlılık, hafif evre SF-36 Ruhsal İyi Oluş, tüm örneklem SF-36 Ağrı ve tüm örneklem SF-36 Genel Sağlık Algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde;

- ✓ Tüm örneklem ZBI Puanı işsizlerin ortalamasının tam zamanlı çalışanların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hafif evre SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığında tam zamanlı çalışanların ortalamasının emeklilerin ortalamasından daha yüksek olduğu ve tüm örneklem SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığında tam zamanlı çalışanların ortalamasının işsizlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hafif evredeki farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu ve tüm örneklemdeki farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Tüm örneklem SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığında tam zamanlı çalışanların ortalamasının işsizlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hafif evre SF-36 Enerji/Canlılıkta tam zamanlı çalışanların ortalamasının emeklilerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hafif evre SF-36 Ruhsal İyi Oluşta işsizlerin ve tam zamanlı çalışanların ortalamalarının emeklilerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Tüm örneklem SF-36 Ağrıda tam zamanlı çalışanların ortalamasının işsizlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

- ✓ Tüm örneklem SF-36 Genel Sağlık Algısında tam zamanlı çalışanların ortalamasının işsizlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17. *Bakım Verenin Çalışma Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
ZBI Puanı	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	35,13	28,568	16,50	5,923	0,052	-	-
		Tam Zamanlı[2]	18	22,28	13,961	12,64				
		Emekli[3]	3	55,00	21,517	25,17				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	46,17	15,092	21,33	4,454	0,108	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	30,50	17,469	14,21				
		Emekli[3]	11	27,00	14,415	12,41				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	55,44	23,394	20,33	5,148	0,076	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	39,08	19,998	12,58				
		Emekli[3]	8	42,63	21,105	12,63				
	Toplam	İşsiz[1]	23	45,96	24,289	55,87	8,382	**0,015**	0,075	2<1
		Tam Zamanlı[2]	42	29,43	17,890	36,96				
		Emekli[3]	22	36,50	20,049	45,02				
SF-36 Fiziksel İşlevsellik	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	81,04	20,835	15,88	3,809	0,149	-	-
		Tam Zamanlı[2]	18	81,90	20,191	16,11				
		Emekli[3]	3	40,83	42,744	6,00				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	68,47	23,180	9,25	3,831	0,147	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	90,00	17,100	17,04				
		Emekli[3]	11	83,33	29,221	15,91				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	68,15	30,225	12,56	1,194	0,551	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	79,51	25,466	16,50				
		Emekli[3]	8	79,58	29,544	15,50				
	Toplam	İşsiz[1]	23	72,72	25,122	36,87	3,093	0,213	-	-
		Tam Zamanlı[2]	42	83,53	20,967	48,14				
		Emekli[3]	22	76,17	32,883	43,55				
SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	57,29	33,759	14,88	6,586	**0,037**	0,176	3<2
		Tam Zamanlı[2]	18	66,67	32,084	16,94				
		Emekli[3]	3	8,33	14,434	3,67				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	29,17	33,229	9,25	3,910	0,142	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	58,33	37,437	15,63				
		Emekli[3]	11	64,09	35,834	17,45				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	16,67	35,355	10,50	4,516	0,105	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	58,33	46,872	17,67				
		Emekli[3]	8	46,88	47,127	16,06				
	Toplam	İşsiz[1]	23	34,06	37,345	33,20	7,233	**0,027**	0,062	1<2
		Tam Zamanlı[2]	42	61,90	37,546	50,31				
		Emekli[3]	22	50,23	41,561	43,25				

Tablo 4.17.(Devam) *Bakım Verenin Çalışma Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	55,21	35,897	15,13	4,569	0,102	-	-
		Tam Zamanlı[2]	18	64,82	36,999	16,53				
		Emekli[3]	3	11,11	19,243	5,50				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	33,34	36,517	9,50	3,591	0,166	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	63,89	41,337	16,38				
		Emekli[3]	11	66,67	36,515	16,50				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	22,22	37,268	9,67	5,709	0,058	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	63,89	41,338	17,58				
		Emekli[3]	8	62,50	45,207	17,13				
	Toplam	İşsiz[1]	23	36,60	37,836	33,17	6,605	**0,037**	0,054	1<2
		Tam Zamanlı[2]	42	64,29	38,532	49,29				
		Emekli[3]	22	57,58	41,381	45,23				
SF-36 Enerji/Canlılık	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	48,13	4,226	15,25	7,840	**0,020**	0,225	3<2
		Tam Zamanlı[2]	18	48,40	10,700	17,00				
		Emekli[3]	3	16,67	5,774	2,33				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	45,31	19,251	11,67	1,402	0,496	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	51,25	10,897	15,08				
		Emekli[3]	11	53,30	11,044	16,73				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	38,75	18,114	9,83	4,899	0,086	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	51,62	7,596	17,00				
		Emekli[3]	8	50,31	15,609	17,81				
	Toplam	İşsiz[1]	23	43,72	15,069	35,17	3,892	0,143	-	-
		Tam Zamanlı[2]	42	50,13	9,856	47,48				
		Emekli[3]	22	47,22	17,286	46,59				
SF-36 Ruhsal İyi Oluş	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	62,25	12,163	16,63	8,075	**0,018**	0,234	3<1 3<2
		Tam Zamanlı[2]	18	59,33	5,861	16,44				
		Emekli[3]	3	36,00	8,000	2,00				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	49,83	14,757	10,33	3,060	0,217	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	57,33	7,303	14,75				
		Emekli[3]	11	63,00	15,640	17,82				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	48,81	11,165	10,06	4,614	0,100	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	57,67	8,606	17,83				
		Emekli[3]	8	54,53	12,642	16,31				
	Toplam	İşsiz[1]	23	53,75	13,502	35,96	3,749	0,153	-	-
		Tam Zamanlı[2]	42	58,29	7,020	48,54				
		Emekli[3]	22	56,24	16,107	43,75				

Tablo 4.17.(Devam) *Bakım Verenin Çalışma Durumuna Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler	Bakım Verenin Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	X^2	p	η^2	Fark
SF-36 Sosyal İşlevsellik	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	67,19	24,033	16,69	1,784	0,410	-	-
		Tam Zamanlı[2]	18	63,33	14,877	15,19				
		Emekli[3]	3	34,17	39,555	9,33				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	45,83	15,138	8,83	4,814	0,090	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	61,46	18,813	15,29				
		Emekli[3]	11	68,18	23,955	18,05				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	40,81	26,373	9,56	5,703	0,058	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	67,71	24,690	18,25				
		Emekli[3]	8	58,13	30,200	16,25				
	Toplam	İşsiz[1]	23	51,29	25,175	33,83	5,277	0,071	-	-
		Tam Zamanlı[2]	42	64,05	18,878	47,92				
		Emekli[3]	22	59,89	29,292	47,16				
SF-36 Ağrı	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	71,56	18,753	14,25	5,405	0,067	-	-
		Tam Zamanlı[2]	18	75,97	19,100	17,03				
		Emekli[3]	3	29,17	33,198	4,83				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	42,50	13,229	7,67	5,639	0,060	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	71,88	24,797	17,00				
		Emekli[3]	11	69,77	31,354	16,82				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	40,83	33,866	10,50	3,767	0,152	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	67,50	29,291	17,46				
		Emekli[3]	8	64,06	30,235	16,38				
	Toplam	İşsiz[1]	23	51,96	27,991	32,61	7,670	**0,022**	0,068	1<2
		Tam Zamanlı[2]	42	72,38	23,646	50,67				
		Emekli[3]	22	62,16	32,635	43,18				
SF-36 Genel Sağlık Algısı	Hafif Evre	İşsiz[1]	8	58,44	12,653	13,75	5,396	0,067	-	-
		Tam Zamanlı[2]	18	64,11	16,919	17,19				
		Emekli[3]	3	35,00	20,000	5,17				
	Orta Evre	İşsiz[1]	6	44,58	19,392	10,00	2,804	0,246	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	56,17	12,114	15,58				
		Emekli[3]	11	58,82	19,808	17,09				
	İleri Evre	İşsiz[1]	9	42,17	16,348	10,22	4,410	0,110	-	-
		Tam Zamanlı[2]	12	56,46	13,629	17,96				
		Emekli[3]	8	52,38	20,135	15,94				
	Toplam	İşsiz[1]	23	48,46	17,032	33,70	6,686	**0,035**	0,560	1<2
		Tam Zamanlı[2]	42	59,65	14,939	50,45				
		Emekli[3]	22	53,23	20,596	42,45				

Bakım verenlerin özellikleri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson ve Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 4.18'de sunulmuştur. Bu bulgulara göre;

- ✓ Bakım veren yaşı ile hafif evre SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=−0,494; p=0,006), ileri evre SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=−0,462; p=0,012) ve tüm örneklem SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=−0,335; p=0,002) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ Bakım veren eğitim seviyesi ile ileri evre ZBI Puanı (r=−0,463; p=0,011) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, ileri evre SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=0,370; p=0,048), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=0,440; p=0,017) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=0,457; p=0,013) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu, tüm örneklemde SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=−0,232; p=0,030) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ Bakım verme süresi ile orta evre SF-36 Ağrı (r=−0,408; p=0,028), ileri evrede SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=−0,381; p=0,041) ve tüm örneklemde SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=−0,219; p=0,042) ve SF-36 Ağrı (r=−0,253; p=0,018) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.
- ✓ Günlük bakım süresi ile ileri evre ZBI Puanı (r=0,451; p=0,014) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, ileri evre SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=−0,368; p=0,049), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=−0,452; p=0,014) ve SF-36 Ağrı (r=−0,375; p=0,045) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu, tüm örneklem ZBI Puanı (r=0,295; p=0,006) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=−0,247; p=0,021) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ Haftalık bakım gün sayısı ile ileri evre ZBI Puanı (r=0,502; p=0,006) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, ileri evre SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=−0,460; p=0,012), SF-36 Ağrı (r=−0,431; p=0,019) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=−0,418; p=0,024) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu, tüm örneklemde ZBI Puanı (r=0,245; p=0,022) ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- ✓ Bakım veren sosyoekonomik düzeyi ile orta evre SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=0,431; p=0,020) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, ileri evre SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=0,375; p=0,045), SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle

Rol Kısıtlılığı (r=0,395; p=0,034), SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı (r=0,443; p=0,016), SF-36 Ruhsal İyi Oluş (r=0,456; p=0,013), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=0,564; p=0,001), SF-36 Ağrı (r=0,474; p=0,009) ve SF-36 Genel Sağlık Algısı (r=0,535; p=0,003) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu, tüm örneklem SF-36 Fiziksel İşlevsellik (r=0,376; p<0,001), SF-36 Sosyal İşlevsellik (r=0,284; p=0,008) ve SF-36 Ağrı (r=0,303; p=0,004) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Tablo 4.18. *Bakım Verenlerin Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
Bakım Veren Yaşı	Hafif Evre	r	0,156	-0,494	-0,270	0,002	-0,050	-0,011	0,052	-0,191	0,037
		p	0,418	**0,006**	0,157	0,990	0,796	0,955	0,787	0,320	0,848
	Orta Evre	r	-0,008	0,002	0,287	0,299	0,142	0,204	0,175	0,320	0,071
		p	0,968	0,992	0,130	0,115	0,462	0,288	0,364	0,090	0,714
	İleri Evre	r	0,050	-0,462	-0,137	-0,018	0,015	-0,290	-0,217	-0,140	-0,112
		p	0,797	**0,012**	0,478	0,926	0,937	0,127	0,259	0,468	0,562
	Toplam	r	0,149[1]	-0,335[1]	-0,080	0,060[1]	0,051	-0,035[1]	-0,072[1]	-0,093[1]	-0,078[1]
		p	0,169	**0,002**	0,459	0,579	0,641	0,746	0,510	0,391	0,474
Bakım Veren Eğitim Seviyesi	Hafif Evre	r	0,008	0,168	-0,108	-0,157	-0,339	-0,229	-0,158	0,015	0,027
		p	0,969	0,383	0,576	0,416	0,072	0,232	0,414	0,940	0,889
	Orta Evre	r	0,008	0,214	-0,031	-0,057	-0,006	-0,079	0,069	0,232	0,086
		p	0,966	0,266	0,873	0,768	0,976	0,682	0,724	0,226	0,658
	İleri Evre	r	-0,463	0,370	0,271	0,362	0,208	0,316	0,440	0,307	0,457
		p	**0,011**	**0,048**	0,155	0,053	0,280	0,095	**0,017**	0,105	**0,013**
	Toplam	r	-0,175	-0,232	0,070	0,054	-0,050	0,017	0,122	0,183	0,193
		p	0,105	**0,030**	0,519	0,617	0,647	0,879	0,261	0,090	0,073
Bakım Verme Süresi (Yıl)	Hafif Evre	r	-0,033	-0,002	0,198	0,251	0,021	0,153	0,101	0,245	0,130
		p	0,867	0,993	0,303	0,189	0,912	0,428	0,601	0,201	0,503
	Orta Evre	r	-0,029	-0,027	-0,197	-0,053	-0,204	-0,144	-0,267	-0,408	-0,069
		p	0,880	0,891	0,306	0,784	0,287	0,456	0,162	**0,028**	0,721
	İleri Evre	r	0,063	-0,210	-0,113	-0,135	-0,200	-0,195	-0,381	-0,324	-0,147
		p	0,747	0,274	0,561	0,486	0,298	0,310	**0,041**	0,086	0,448
	Toplam	r	0,141	-0,085	-0,118	-0,028	-0,105	-0,138	-0,219	-0,253	-0,120
		p	0,194	0,433	0,276	0,798	0,332	0,203	**0,042**	**0,018**	0,268
Günlük Bakım Süresi	Hafif Evre	r	0,025	0,214	0,147	0,209	0,136	0,203	-0,058	0,191	0,193
		p	0,896	0,264	0,448	0,278	0,480	0,291	0,766	0,321	0,315
	Orta Evre	r	0,333	-0,172	-0,284	-0,267	-0,326	-0,233	-0,196	-0,307	-0,252
		p	0,078	0,371	0,135	0,162	0,084	0,225	0,307	0,106	0,187
	İleri Evre	r	0,451	-0,219	-0,314	-0,368	-0,192	-0,249	-0,452	-0,375	-0,242
		p	**0,014**	0,254	0,097	**0,049**	0,318	0,193	**0,014**	**0,045**	0,205
	Toplam	r	0,295	-0,106	-0,175	-0,154	-0,153	-0,158	-0,247	-0,199	-0,143
		p	**0,006**	0,327	0,106	0,153	0,156	0,144	**0,021**	0,065	0,188

Tablo 4.18. (Devam) *Bakım Verenlerin Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Sonuçları Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları*

Değişken	Evreler		ZBI Puanı	SF-36 Fiziksel İşlevsellik	SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı	SF-36 Enerji/ Canlılık	SF-36 Ruhsal İyi Oluş	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık Algısı
Haftalık Bakım Gün Sayısı	Hafif Evre	r	0,154	-0,277	-0,017	0,271	-0,090	0,010	0,164	0,068	0,170
		p	0,424	0,147	0,931	0,155	0,641	0,959	0,396	0,726	0,377
	Orta Evre	r	0,135	0,054	-0,150	-0,192	0,070	0,038	-0,084	-0,024	-0,038
		p	0,486	0,783	0,439	0,319	0,719	0,844	0,666	0,902	0,846
	İleri Evre	r	0,502	-0,193	-0,229	-0,344	-0,206	-0,173	-0,460	-0,431	-0,418
		p	**0,006**	0,315	0,232	0,068	0,283	0,368	**0,012**	**0,019**	**0,024**
	Toplam	r	0,245	-0,130	-0,133	-0,091	-0,069	-0,050	-0,146	-0,142	-0,111
		p	**0,022**	0,229	0,219	0,400	0,523	0,643	0,177	0,191	0,305
Bakım Veren Sosyoekonomik Düzeyi	Hafif Evre	r	-0,038	0,304	0,003	-0,182	-0,104	-0,122	0,124	0,027	-0,144
		p	0,845	0,109	0,987	0,345	0,591	0,529	0,522	0,888	0,455
	Orta Evre	r	0,034	0,431	0,108	0,127	0,251	0,017	0,180	0,353	0,152
		p	0,861	**0,020**	0,577	0,512	0,189	0,932	0,350	0,061	0,431
	İleri Evre	r	-0,342	0,375	0,395	0,443	0,237	0,456	0,564	0,474	0,535
		p	0,069	**0,045**	**0,034**	**0,016**	0,216	**0,013**	**0,001**	**0,009**	**0,003**
	Toplam	r	-0,200	0,376	0,188	0,129	0,124	0,126	0,284	0,303	0,195
		p	0,063	**<0,001**	0,081	0,234	0,253	0,245	**0,008**	**0,004**	0,070

[1]Pearson Testi

Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puanını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı ve HCS-TR Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.19'da yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin ZBIındaki varyansın %44,5'ini açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=7,271$; $p<0,001$),
- ✓ İşsizlere göre tam zamanlı çalışmanın ZBI üzerinde negatif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta=-0,254$),
- ✓ HCS-TR Toplam Puanın ZBI üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta=0,262$) belirlenmiştir.

Tablo 4.19. *Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puanı Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	18,402	8,618		2,135	0,036	1,229	35,575		
Tam Zamanlı Çalışan (Referans= İşsiz)	-10,633	4,470	-0,252	-2,379	**0,020**	-19,539	-1,726	0,581	1,720
Emekli (Referans= İşsiz)	-7,499	5,181	-0,155	-1,448	0,152	-17,823	2,824	0,572	1,748
Günlük Bakım Süresi	2,621	1,592	0,169	1,646	0,104	-0,551	5,793	0,618	1,617
Haftalık Bakım Gün Sayısı	-1,528	1,653	-0,094	-0,924	0,358	-4,822	1,766	0,631	1,586
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	9,512	5,420	0,223	1,755	0,083	-1,287	20,311	0,404	2,475
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	6,221	6,517	0,108	0,955	0,343	-6,765	19,207	0,506	1,977
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	10,552	8,288	0,127	1,273	0,207	-5,961	27,066	0,658	1,520
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	1,914	4,093	0,043	0,468	0,641	-6,242	10,070	0,779	1,284
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	7,986	5,429	0,179	1,471	0,146	-2,831	18,804	0,443	2,258
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	6,293	4,262	0,145	1,476	0,144	-2,200	14,785	0,678	1,474
HCS-TR Toplam Puan	0,425	0,191	0,248	2,225	**0,029**	0,044	0,805	0,525	1,905
R: 0,718 **R^2**: 0,516 **Düzeltilmiş R^2**: 0,445 **F**: 7,271 **p**: **<0,001** **Durbin Watson:** 2,281									
Bağımlı Değişken: Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puan									

- ✓ SF-36 Fiziksel İşlevselliğini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.20'te yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:
- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Fiziksel İşlevsellikteki varyansın %20,6'sını açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=3,784; p=0,001),
- ✓ Bakım veren yaşının SF-36 Fiziksel İşlevsellik üzerinde negatif yönde anlamlı etkisinin olduğu (β=-0,327),
- ✓ Bakım veren sosyoekonomik düzeyinin SF-36 Fiziksel İşlevsellik üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisinin olduğu (β=0,326) belirlenmiştir.

Tablo 4.20. *SF-36 Fiziksel İşlevselliği Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	104,432	19,983		5,226	<0,001	64,649	144,214		
Bakım Veren Yaşı	-0,755	0,277	-0,327	-2,727	**0,008**	-1,307	-0,204	0,641	1,560
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	6,881	5,623	0,133	1,224	0,225	-4,314	18,075	0,777	1,287
Bakım Veren Eğitim Seviyesi	-2,693	2,979	-0,122	-0,904	0,369	-8,624	3,238	0,508	1,967
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-0,253	7,833	-0,005	-0,032	0,974	-15,847	15,341	0,400	2,498
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	6,377	10,197	0,092	0,625	0,534	-13,924	26,678	0,428	2,338
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	3,454	11,198	0,034	0,308	0,759	-18,840	25,747	0,746	1,341
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-11,952	7,473	-0,221	-1,599	0,114	-26,830	2,927	0,484	2,067
Bakım Veren Sosyoekonomik Düzeyi	11,579	4,527	0,326	2,558	**0,012**	2,566	20,593	0,567	1,763
R: 0,529 **R^2**: 0,280 **Düzeltilmiş R^2**: 0,206 **F**: 3,784 **p**: **0,001** **Durbin Watson:** 2,124									
Bağımlı Değişken: SF-36 Fiziksel İşlevsellik									

SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.21'te yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığındaki varyansın %26,6'sını açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4,116$; $p<0,001$),
- ✓ İşsizlere göre tam zamanlı çalışmanın SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta=0,274$) belirlenmiştir.

Tablo 4.21. *SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	63,625	15,892		4,004	<0,001	31,973	95,277		
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	3,630	8,621	0,045	0,421	0,675	-13,540	20,799	0,736	1,358
Tam Zamanlı Çalışan (Referans= İşsiz)	21,685	9,670	0,274	2,243	**0,028**	2,426	40,943	0,573	1,746
Emekli (Referans= İşsiz)	14,930	11,408	0,164	1,309	0,195	-7,792	37,652	0,544	1,838
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-8,278	11,666	-0,103	-0,710	0,480	-31,514	14,957	0,402	2,487
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-5,171	13,883	-0,048	-0,372	0,711	-32,822	22,480	0,514	1,946
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-20,179	17,125	-0,129	-1,178	0,242	-54,286	13,928	0,710	1,408
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	-10,932	8,725	-0,130	-1,253	0,214	-28,309	6,445	0,791	1,265
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-16,084	11,748	-0,192	-1,369	0,175	-39,482	7,314	0,436	2,293
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	-17,156	9,006	-0,210	-1,905	0,061	-35,093	0,781	0,700	1,428
HCS-TR Toplam Puan	-0,222	0,356	-0,069	-0,623	0,535	-0,931	0,487	0,696	1,436
R: 0,593 **R^2**: 0,351 **Düzeltilmiş R^2**: 0,266 **F**: 4,116 **p**: **<0,001** **Durbin Watson:** 2,123									
Bağımlı Değişken: SF-36 Fiziksel Sağlık Nedeniyle Rol Kısıtlılığı									

SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.22'da yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığındaki varyansın %15,9'unu açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=2,622; p=0,009),
- ✓ İşsizlere göre tam zamanlı çalışmanın SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisinin olduğu (β=0,279) belirlenmiştir.

Tablo 4.22. *SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	55,034	17,234		3,193	0,002	20,710	89,358		
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	5,768	9,348	0,071	0,617	0,539	-12,851	24,386	0,736	1,358
Tam Zamanlı Çalışan (Referans= İşsiz)	22,385	10,486	0,279	2,135	**0,036**	1,500	43,269	0,573	1,746
Emekli (Referans= İşsiz)	16,880	12,371	0,183	1,364	0,176	-7,760	41,520	0,544	1,838
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-6,283	12,651	-0,077	-0,497	0,621	-31,481	18,914	0,402	2,487
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	1,292	15,055	0,012	0,086	0,932	-28,693	31,278	0,514	1,946
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-8,369	18,570	-0,053	-0,451	0,654	-45,355	28,617	0,710	1,408
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	-13,346	9,461	-0,157	-1,411	0,162	-32,190	5,498	0,791	1,265
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-11,723	12,740	-0,138	-0,920	0,360	-37,096	13,650	0,436	2,293
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	-14,014	9,766	-0,170	-1,435	0,155	-33,465	5,437	0,700	1,428
HCS-TR Toplam Puan	-0,112	0,386	-0,034	-0,290	0,773	-0,881	0,657	0,696	1,436
R: 0,506 **R^2**: 0,257 **Düzeltilmiş R^2**: 0,159 **F**: 2,622 **p**: **0,009** **Durbin Watson:** 2,113									
Bağımlı Değişken: SF-36 Duygusal Sorunlar Nedeniyle Rol Kısıtlılığı									

SF-36 Enerji/Canlılığı yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.23'de yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Enerji/Canlılıktaki varyansın %11,8'ini açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=2,920; p=0,013),
- ✓ Erkek bakım veren olmanın SF-36 Enerji/Canlılık üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisinin olduğu (β=0,247) belirlenmiştir.

Tablo 4.23. *SF-36 Enerji/Canlılığı Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	44,098	5,630		7,833	<0,001	32,894	55,302		
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	6,735	2,959	0,247	2,276	**0,026**	0,847	12,624	0,874	1,144
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	1,353	4,214	0,050	0,321	0,749	-7,033	9,738	0,431	2,320
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-4,937	4,990	-0,134	-0,989	0,325	-14,866	4,993	0,556	1,797
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-2,152	6,237	-0,040	-0,345	0,731	-14,565	10,261	0,749	1,335
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-5,042	4,127	-0,176	-1,222	0,225	-13,255	3,171	0,494	2,023
HCS-TR Toplam Puan	-0,104	0,131	-0,095	-0,798	0,428	-0,364	0,156	0,724	1,381
R: 0,424 **R^2**: 0,180 **Düzeltilmiş R^2**: 0,118 **F**: 2,920 **p**: **0,013** **Durbin Watson:** 1,836									
Bağımlı Değişken: SF-36 Enerji/Canlılık									

SF-36 Ruhsal İyi Oluşu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.24'de yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Ruhsal İyi Oluştaki varyansın %15,0'ını açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=2,900; p=0,007),
- ✓ Regresyon modeli genel olarak anlamlı bulunmasına rağmen, modele dahil edilen değişkenlerin hiçbirinin diğer değişkenler kontrol edildiğinde SF-36 Ruhsal İyi Oluşu bağımsız olarak yordamadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.24. *SF-36 Ruhsal İyi Oluşu Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	57,378	4,846		11,841	<0,001	47,731	67,025		
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	4,415	2,544	0,188	1,736	0,087	-0,649	9,480	0,846	1,181
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-2,428	3,659	-0,103	-0,664	0,509	-9,713	4,857	0,409	2,444
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	0,299	4,290	0,009	0,070	0,945	-8,241	8,839	0,539	1,856
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-2,274	5,292	-0,050	-0,430	0,669	-12,810	8,262	0,745	1,343
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	-3,334	2,682	-0,135	-1,243	0,218	-8,674	2,006	0,837	1,194
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-2,751	3,709	-0,111	-0,742	0,460	-10,136	4,633	0,438	2,284
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	-4,313	2,845	-0,180	-1,516	0,134	-9,976	1,350	0,703	1,423
HCS-TR Toplam Puan	-0,063	0,113	-0,067	-0,562	0,576	-0,288	0,161	0,697	1,435
R: 0,479	**R^2**: 0,229	**Düzeltilmiş R^2**: 0,150		**F**: 2,900	**p**: **0,007**	**Durbin Watson:** 1,800			
Bağımlı Değişken: SF-36 Ruhsal İyi Oluş									

SF-36 Sosyal İşlevselliği yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.25'da yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Sosyal İşlevsellikteki varyansın %28,1'ini açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4,052$; $p<0,001$),
- ✓ Bakımın bakım verenin sağlığına etkisinin olmamasına karşın psikolojik sağlığına etkisinin olmasının SF-36 Sosyal İşlevsellik üzerinde negatif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta=-0,334$) belirlenmiştir.

Tablo 4.25. *SF-36 Sosyal İşlevselliği Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p	%95 Güven Aralığı (B)		Tolerans	VIF
						Alt	Üst		
Sabit	69,805	11,416		6,114	<0,001	47,062	92,547		
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	5,709	4,986	0,119	1,145	0,256	-4,223	15,641	0,775	1,290
Bakım Verme Süresi (Yıl)	-0,363	0,420	-0,083	-0,864	0,390	-1,200	0,474	0,915	1,093
Günlük Bakım Süresi	-1,987	1,781	-0,114	-1,115	0,268	-5,534	1,561	0,802	1,246
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-16,044	7,120	-0,334	-2,254	**0,027**	-30,227	-1,861	0,380	2,631
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-15,849	8,773	-0,245	-1,807	0,075	-33,326	1,628	0,453	2,207
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-8,116	9,957	-0,087	-0,815	0,418	-27,951	11,720	0,740	1,352
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	-9,941	5,092	-0,197	-1,952	0,055	-20,085	0,203	0,817	1,224
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-3,250	7,378	-0,065	-0,441	0,661	-17,947	11,447	0,389	2,568
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	-1,500	5,445	-0,031	-0,276	0,784	-12,347	9,347	0,675	1,482
Bakım Veren Sosyoekonomik Düzeyi	3,156	3,680	0,096	0,858	0,394	-4,175	10,487	0,674	1,485
HCS-TR Toplam Puan	-0,039	0,216	-0,020	-0,179	0,858	-0,469	0,392	0,666	1,501
R: 0,611 **R^2**: 0,373 **Düzeltilmiş R^2**: 0,281 **F**: 4,052 **p**: **<0,001** **Durbin Watson:** 2,003									
Bağımlı Değişken: SF-36 Sosyal İşlevsellik									

SF-36 Ağrıyı yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.26'da yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Ağrıdaki varyansın %33,2'sini açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4,287$; $p<0,001$),
- ✓ Bakım nedeniyle ekonomik durumun etkilenmemesine karşın ekonomik durumun etkilenmesinin SF-36 Ağrı üzerinde negatif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta=-0,235$) belirlenmiştir.

Tablo 4.26. *SF-36 Ağrıyı Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	51,932	12,020		4,320	<0,001	27,976	75,888		
Hasta Eğitim Seviyesi	3,535	2,243	0,150	1,576	0,119	-0,936	8,005	0,862	1,160
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	10,548	5,954	0,185	1,772	0,081	-1,318	22,414	0,710	1,409
Tam Zamanlı Çalışan (Referans= İşsiz)	7,556	7,175	0,134	1,053	0,296	-6,744	21,855	0,478	2,090
Emekli (Referans= İşsiz)	0,157	8,059	0,002	0,019	0,985	-15,905	16,218	0,501	1,995
Bakım Verme Süresi (Yıl)	-0,318	0,493	-0,061	-0,644	0,521	-1,301	0,665	0,866	1,155
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	1,983	8,157	0,035	0,243	0,809	-14,274	18,240	0,378	2,645
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	-3,382	10,182	-0,044	-0,332	0,741	-23,675	16,910	0,439	2,276
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	15,230	11,699	0,137	1,302	0,197	-8,086	38,545	0,700	1,429
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	-3,875	6,007	-0,065	-0,645	0,521	-15,846	8,096	0,767	1,304
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-15,121	8,618	-0,253	-1,755	0,084	-32,297	2,054	0,373	2,684
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	-13,642	6,236	-0,235	-2,188	**0,032**	-26,070	-1,214	0,672	1,489
Bakım Veren Sosyoekonomik Düzeyi	4,549	4,433	0,116	1,026	0,308	-4,287	13,384	0,606	1,650
HCS-TR Toplam Puan	-0,093	0,250	-0,041	-0,371	0,712	-0,591	0,406	0,649	1,542
R: 0,658	**R^2**: 0,433	**Düzeltilmiş R^2**: 0,332	**F**: 4,287	**p**: **<0,001**	**Durbin Watson:** 1,821				
Bağımlı Değişken: SF-36 Ağrı									

SF-36 Genel Sağlık Algısını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde AH olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, ACE Toplam Puanı, SMMT Toplam Puanı, HCS-TR Toplam Puanı ve HAB Toplam Puanına ilişkin ön analizlerde (korelasyon ve grup karşılaştırmaları) bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren değişkenlerin dahil edilmesiyle parsimony (yalınlık) ilkesine uygun olarak regresyon modeli oluşturulmuştur. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.27'de yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- ✓ Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin SF-36 Genel Sağlık Algısındaki varyansın %23,0'ını açıkladığı ve regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=3,566$; $p=0,001$),
- ✓ Erkek bakım veren olmanın SF-36 Genel Sağlık Algısı üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta=0,282$) belirlenmiştir.

Tablo 4.27. *SF-36 Genel Sağlık Algısını Yordayan Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Bulguları*

Değişkenler	**B**	**Standart Hata**	**β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı (B)**		**Tolerans**	**VIF**
						Alt	**Üst**		
Sabit	48,576	7,164		6,781	<0,001	34,308	62,844		
Bakım Veren Cinsiyeti (Referans= Kadın)	9,953	3,886	0,282	2,561	**0,012**	2,214	17,693	0,736	1,358
Tam Zamanlı Çalışan (Referans= İşsiz)	5,289	4,359	0,152	1,213	0,229	-3,392	13,971	0,573	1,746
Emekli (Referans= İşsiz)	-2,960	5,143	-0,074	-0,576	0,567	-13,202	7,282	0,544	1,838
Bakımın Bakım Veren Psikolojik Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	0,863	5,259	0,024	0,164	0,870	-9,611	11,337	0,402	2,487
Bakımın Bakım Veren Fiziksel Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	7,712	6,258	0,163	1,232	0,222	-4,752	20,176	0,514	1,946
Bakımın Bakım Veren Sosyal Sağlığına Etkisine (Referans= Sağlığına Etkisi Olmayan)	12,298	7,719	0,179	1,593	0,115	-3,076	27,673	0,710	1,408
Bakım Nedeniyle İş/Meslek Hayatına Etkisi (Referans= Hayır)	-3,097	3,933	-0,084	-0,787	0,434	-10,930	4,736	0,791	1,265
Bakım Nedeniyle Sosyal Yaşama Etkisi (Referans= Hayır)	-5,759	5,296	-0,156	-1,087	0,280	-16,306	4,788	0,436	2,293
Bakım Nedeniyle Ekonomik Duruma Etkisi (Referans= Hayır)	-4,627	4,060	-0,129	-1,140	0,258	-12,713	3,458	0,700	1,428
HCS-TR Toplam Puan	-0,245	0,161	-0,173	-1,524	0,132	-0,564	0,075	0,696	1,436
R: 0,565	**R^2**: 0,319	**Düzeltilmiş R^2**: 0,230		**F**: 3,566	**p**: **0,001**	**Durbin Watson:** 1,625			
Bağımlı Değişken: SF-36 Genel Sağlık Algısı									

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, AH olan bireylerde bilişsel iletişim becerileri ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri evre temelli bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamıştır. Çalışma kapsamında AH'nin farklı evrelerinde bilişsel iletişim becerilerinin nasıl değiştiği, bu değişimlerin bakım veren deneyimine nasıl yansıdığı ve bakım yükü ile yaşam kalitesini hangi değişkenlerin yordadığı ele alınmıştır.

Çalışmada sosyodemografik özellikler, bilişsel performans, işlevsel iletişim becerileri ve bakım verenlere ilişkin değişkenler birlikte değerlendirilmiş; hastalığın evresinin ilerleyişi ile paralel olarak ortaya çıkan örüntüler çok boyutlu biçimde analiz edilmiştir. Bu doğrultuda AH'de bilişsel iletişim becerilerindeki bozulmaların yalnızca AH olan bireye etkisi değil; aynı zamanda bakım sürecinin niteliğini ve bakım verenlerin bakım yükü ile yaşam kalitesini etkileme durumu da değerlendirilmiştir.

5.1. Sosyodemografik Bilgilerin Tartışılması

Bu çalışmada AH olan bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, ek tıbbi tanı durumu ve birlikte yaşama özellikleri ile hastalığın evreleri arasındaki ilişkiler incelenmiş; söz konusu sosyodemografik değişkenlerin hiçbirinde AH evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, örneklemin sosyodemografik özellikler açısından evreler arasında homojen bir dağılım sergilediğini göstermektedir. Örneklemin demografik açıdan homojen olması, çalışmanın ilerleyen bölümlerinde ele alınan bilişsel iletişim becerileri, bakım yükü ve yaşam kalitesi bulgularının demografik değişkenlerden görece bağımsız biçimde yorumlanmasına olanak sağlamış; böylece elde edilen sonuçların iç geçerliliğini güçlendirmiştir.

Literatürde AH'nin evresel ilerleyişinin temel olarak nöropatolojik yayılım, sinaptik kayıplar ve beyin ağlarındaki dejenerasyonla belirlendiği; sosyodemografik değişkenlerin ise hastalığın başlangıç yaşı, tanıya erişim süreci ve bilişsel rezerv gibi dolaylı mekanizmalar üzerinden etkili olabildiği vurgulanmaktadır (Braak ve Braak, 1991; McKhann vd., 2011; Stern, 2012). Brodaty ve Donkin (2009) ile Chan ve arkadaşları (2021), klinik evrelemenin demografik değişkenlerden çok nörobiyolojik

süreçlerle ilişkili olduğunu rapor etmiştir. Farklı AH fenotiplerinde hafif klinik evrelerde dahi belirgin nöroanatomik değişikliklerin gözlenmesi, hastalığın evresel ilerleyişinin büyük ölçüde biyolojik temelli olduğunu desteklemektedir (Ossenkoppele vd., 2015). Bu bağlamda çalışmamızda sosyodemografik değişkenlerin evreler arasında farklılaşmaması, AH'nin biyolojik temelli progresyon modelini destekleyen literatürle tutarlıdır.

Cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, bu çalışmadaki AH olan bireylerin %62.1'inin kadın olduğu görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 verilerine göre yaşlı nüfusun %55.4'ü kadınlar oluşturmaktadır (ref). AH için risk faktörlerinden birisi de ileri yaştır ve yaşlanma ile AH görülme olasılığının artması beklenmektedir. Çalışmamızdaki AH olan bireylerin ortalama yaşı 75.51 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da yaşlı nüfus TÜİK verileri ve literatürle uyumlu şekilde cinsiyet sonucu elde edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2025). Literatürde kadın cinsiyetin AH prevalansının daha yüksek olabileceği, bunun ise yaşam süresinin uzunluğu ve hormonal faktörlerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ferretti vd., 2018; Arenaza-Urquijo ve Vemuri, 2020). Ayrıca yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti ve evresel ilerleyişin cinsiyete göre farklılaşmadığı da belirtilmektedir (vd., 2006; Mielke, 2018). Çalışmamızda da cinsiyet açısından evresel bir farklılık saptanmamış olması, bu bulgularla uyumludur.

Yaş ve eğitim düzeyi değişkenleri açısından elde edilen bulgular da literatürde sıklıkla vurgulanan bilişsel rezerv kavramı çerçevesinde değerlendirilebilmektedir (Stern, 2012). Eğitim durumu bilişsel rezerv için, yaş ise bilişsel gerilemeyi etkilediği için önemli sosyodemografik verilerdir (Katzman, 1993; Cholerton vd., 2013). Bu çalışmada AH evreleri arası yaş ve cinsiyet faktörlerinin farklılık göstermemiştir. Bu durum farklı AH evreleri arası homojenliğin sağlandığını göstermektedir. Böylece, AH olan bireylerin bilişsel iletişim becerilerindeki değişimde etki edebilecek yaş ve eğitimden ziyade; hastalığın şiddetinin etkisinin incelenmesini sağlamıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda bilişsel rezervin, hastalığın klinik belirtilerinin ortaya çıkışını geciktirebildiği; ancak hastalık ilerledikten sonra evresel şiddeti doğrudan belirlemediği bildirilmektedir (Stern, 2012; Cheng, 2017). Cheng (2017), eğitim düzeyi ve bilişsel rezervin klinik belirtilerin başlangıç zamanını etkileyebileceğini, ancak hastalık ilerledikçe bilişsel ve işlevsel kaybın benzer bir örüntü izleyebildiğini belirtmiştir. Çalışmamızda yaş ve eğitim düzeyinin evreler arasında farklılaşmaması,

AH şiddetindeki ilerleyişin demografik faktörlerden ziyade nörodejeneratif süreçler tarafından belirlendiğini desteklemektedir.

Medeni durum ve birlikte yaşama özellikleri açısından evreler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaması, bu değişkenlerin hastalık şiddetinden ziyade bakım sürecinin niteliği ve bakım veren deneyimi ile daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim birlikte yaşama düzeni ve aile yapısının bakım yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu; ancak hastalık evresiyle doğrudan ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Lindeza ve arkadaşları (2020) ile Engel ve arkadaşları (2022). Bu bulgular, sosyodemografik değişkenlerin klinik evrelemeden çok bakım bağlamında belirleyici rol oynadığını göstermektedir.

Alzheimer hastalığı evreleri arasında bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve klinik değişkenler incelenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, evre gruplarının temel özellikler bakımından görece homojen olduğunu düşündürmekte ve bulguların yorumlanmasında önemli bir metodolojik avantaj sağlamaktadır. AH bakım verenlerinde yük ve yaşam kalitesinin; bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve bakım koşulları gibi çok sayıda sosyodemografik ve çevresel değişkenle ilişkilenebildiği, bu değişkenlerin etkisinin sonuçların yorumunu güçleştirebildiği önceki çalışmalarda vurgulanmıştır (Tulek vd., 2020; van den Kieboom vd., 2020). Bu nedenle, evreler arasında sosyodemografik farklılıkların belirgin olmaması, bakım yükü ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinde olası karıştırıcı etkenleri azaltarak hastalığa özgü belirleyicilere daha net odaklanılmasına katkı sunmuştur.

Bu çalışmada AH olan bireylerin bakım verenlerinin %57,5'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Literatürde AH'de bakım verme rolünün ağırlıklı olarak kadınlar tarafından üstlenildiği bildirilmektedir. Tay vd. (2025), AH'nin bakım verenlerinin %63,7'sinin kadın olduğunu; Ameri vd. (2024) ise bu oranın %78'e ulaştığını bildirmiştir. Bulgularımız bu çalışmalarla uyumludur. Kadın cinsiyetim bakım verme sıklığının yüksek olması bakım sorumluluğunun aile içinde paylaşım biçimlerinden kaynaklandığı düşünülmektir (Zygouri vd., 2021).

Bakım veren yaş ortalamasının 54.37 olduğu ve bakım verme yakınlık durumunun %66.7'sinin çocuğu olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaş

ortalamasının yüksek olması çalışmaya katılan AH olan bireylerin yaş ortalamasının 75 yıl gibi olması ve çocuk sahibi olma yaşları ile ilişki olabilir. Literatürde veya TÜİK verilende yaşlı bireylere bakım verenlerin yakınlık düzeyi açısından en çok çocukları olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızın bulguları bu sonuçları destekler niteliktedir. Bu durum Bu durum kişinin eşinin de yaşının yüksek olması nedeniyle bakımı üstenebilecek düzeyde olmaması veya vefat durumlarının olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (TÜİK, 2025).

5.2. Bilişsel İletişim Becerilerinin Tartışılması

Literatürde AH'nin hafif evrelerinden itibaren dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalara paralel olarak dil kullanımı, söylem örgütlenmesi ve iletişimsel karşılıklılıkta giderek artan güçlüklerin ortaya çıktığı bildirilmektedir (Pistono vd., 2015; Wilson vd., 2018). Konuşma ve dil örneklerine dayalı sistematik incelemeler, sözcük bulma güçlüğü, semantik bozulma ve söylem bütünlüğündeki azalmanın AH'de hafif dönemlerden itibaren gözlenebildiğini ortaya koymakta; bu özelliklerin hastalığa özgü ayırt edici iletişimsel göstergeler arasında yer aldığını vurgulamaktadır (Petti vd., 2020). Bu çalışmada da AH olan bireylerin HAB ortalaması 4,56 çıkmıştır. Afazi için HAB'ın kesme puanı 8.825'tir. Bu bulgu AH olan bireylerde afazi benzeri semptomların olabileceğini ve dil ve konuşma becerilerinde bozulma olduğunu göstermektedir (Parlak ve Köse, 2024).

Çalışmamızda HAB alt alanları incelendiğinde, en düşük puanların cümle anlama ve kelime anlama, bunu takiben kelime bulma ve tekrarlama becerilerinde elde edildiği görülmektedir. Bu durum, AH'de erken evrede dahi bellek temelli dil süreçlerinin etkilenmeye başladığını ve özellikle tekrarlama becerisinin, yüksek düzeyde anlık bellek ve dikkat bütünlüğü gerektirmesi nedeniyle daha kırılgan bir alan olabileceğini düşündürmektedir. HAB kullanılarak yapılan çalışmalarda da alıcı dil ve tekrarlama alt alanlarının, bilişsel yükle yakından ilişkili olduğu ve hastalık ya da hasar ilerledikçe bu alanlarda belirgin performans düşüşleri görüldüğü bildirilmektedir (Wilson vd., 2019).

Wilson ve arkadaşları (2019) yürüttükleri çalışmada, cümle anlama ve kelime anlama becerilerinin, dil bilgisel yapılara kıyasla daha fazla bilişsel kaynak gerektirdiği; bu nedenle çalışma belleği, dikkat ve anlamsal ağ bütünlüğündeki

bozulmalara daha duyarlı olduğu vurgulanmıştır. AH'de anlamsal belleğin bütünlüğünün bozulması ve yeni bilginin tutulmasında yaşanan güçlükler, alıcı dil performansındaki bu erken ve belirgin düşüşleri açıklayan temel mekanizmalar arasında değerlendirilmektedir.

HAB tekrarlama alt alanında özellikle ileri evrede gözlenen belirgin puan düşüşü, bu becerinin yalnızca işitsel algıya değil, aynı zamanda anlık bellek, dikkat ve sıralı işlemleme süreçlerine dayanmasıyla ilişkilendirilebilir. HAB tekrarlama performansının, bilişsel yıkımın ilerlemesiyle birlikte toplam puandaki düşüşle paralel seyrettiği ve bilişsel yük artışına duyarlı bir gösterge olduğu bildirilmektedir (Wilson vd., 2019).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, AH'de motor konuşma programlama ile ilişkili becerilerin, yalnızca konuşmanın motor yönleriyle sınırlı olmayan; bilişsel iletişim süreçleriyle yakından ilişkili bir alan olduğunu düşündürmektedir. Motor konuşma programlama, ardışık artikülatuvar hareketlerin planlanması, sürdürülmesi ve hızının korunmasını gerektiren bir beceri olup; bu yönüyle dikkat, anlık bellek, sıralama ve yürütücü işlevler gibi bilişsel süreçlere yüksek düzeyde bağımlıdır.

Alzheimer hastalığında konuşma üretiminin motor yönlerini inceleyen çalışmalar, özellikle diadokokinetik görevler ve ardışık hece üretimi gibi maksimum performans gerektiren ölçümlerde, konuşma motor çevikliğinde ve üretim hızında azalma olduğunu göstermektedir (Midi vd., 2011; Östberg vd., 2009). Bu görevlerin ortak özelliği, yalnızca artikülatuvar hareketlerin yapılmasını değil, aynı zamanda ardışıklığın korunmasını, üretimin sürekliliğini ve hızın bilişsel olarak düzenlenmesini gerektirmesidir. Bu nedenle söz konusu performans düşüşleri, motor konuşma sisteminin primer bir bozukluğundan ziyade, bilişsel kontrol süreçlerindeki zayıflama ile ilişkili olarak değerlendirilmektedir.

Benzer biçimde, AH'de konuşma üretimini inceleyen çalışmalar, konuşma çıktısında görülen fonetik-motor değişimlerin; segment sürelerinin uzaması, artikülatuvar hassasiyetin azalması ve üretim akışında bozulmalar şeklinde ortaya çıktığını bildirmektedir (Cera vd., 2023). Bu tür değişimlerin, bilişsel yükün arttığı ve ardışık üretimin sürdürülemediği durumlarda daha belirgin hâle gelmesi, motor konuşma çıktısının bilişsel iletişim becerilerinden bağımsız ele alınamayacağını göstermektedir.

Bu bağlamda, çalışmamızda motor konuşma programlama alt alanında gözlenen performans düşüşü; konuşmanın motor bileşenlerinde izole bir yetersizlikten ziyade, bilişsel iletişim becerilerinin bütünlüğündeki bozulmanın konuşma üretimine yansıması olarak değerlendirilebilir. Ardışık üretim sırasında bireyin hangi hareketi hangi sırayla sürdüreceğini korumakta zorlanması, üretimin hızını ve sürekliliğini düzenleyememesi ya da dikkatini görev üzerinde sürdürememesi, motor konuşma programlama performansındaki azalmanın olası bilişsel mekanizmaları arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda ACE-III-TR alt alanları birlikte değerlendirildiğinde, en düşük puanların özellikle bellek ve dikkat alt alanlarında elde edildiği, buna karşılık görece en yüksek puanların dil ve görsel-mekânsal işlevler alt alanlarında gözlendiği görülmektedir. Bellek alt alanında saptanan düşük performans, AH'de episodik bellek, yeni bilgi öğrenme ve geri çağırma süreçlerinin erken ve belirgin biçimde etkilenmesiyle ilişkili olabilir. ACE-III-TR kullanan çalışmalarda da bellek alt alanının AH'de en duyarlı ve en erken bozulan alanlardan biri olduğu bildirilmektedir (Hsieh vd., 2013; Takenoshita vd., 2019). Dikkat alt alanında gözlenen düşük puanlar ise yalnızca temel dikkat süreçlerinin değil, aynı zamanda sürdürülen dikkat ve bilişsel kontrol gerektiren işlevlerin de etkilendiğini düşündürmektedir. ACE-III-TR çalışmalarında, dikkat gerektiren görevlerin hastalık şiddeti arttıkça belirgin biçimde düştüğü ve toplam bilişsel performansla yakından ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Takenoshita vd., 2019). Buna karşılık, dil alt alanında görece daha yüksek puanların elde edilmesi, AH'de temel ve otomatik dil süreçlerinin belirli bir süre korunabildiğini düşündürmektedir. Ancak ACE-III-TR kullanılarak yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, hastalık ilerledikçe sözcük erişimi, adlandırma ve anlamsal işlemleme gerektiren dil görevlerinde performansın azaldığı bildirilmiştir (Matías-Guiu vd., 2017). Bu nedenle çalışmamızda dil alanında gözlenen görece yüksek performans, dilin bilişsel yükü daha düşük olan bileşenlerinin korunmasıyla ilişkili olabilir. Görsel-mekânsal işlevlerde elde edilen görece yüksek puanlar, mekânsal algı ve görsel yapılandırma becerilerinin bellek ve dikkat süreçlerine kıyasla daha geç etkilendiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte ACE-III-TR literatüründe, ileri düzey bilişsel yıkımda görsel-mekânsal performansın belirgin biçimde düştüğü ve bu alanın hastalık şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Takenoshita vd., 2019). Sözel akıcılık alt alanında bellek ve dile kıyasla daha düşük puanların elde edilmesi, bu becerinin sözcük

erişimi, işlemleme hızı ve dikkat süreçlerine eş zamanlı olarak bağımlı olmasıyla açıklanabilir. ACE-III-TR kullanan çalışmalarda da akıcılık performansının bilişsel yük artışına duyarlı olduğu ve AH'de belirgin biçimde azaldığı gösterilmiştir (Hsieh vd., 2013).

Çalışmamızda AH'nin evrelerine göre SMMT toplam puan ortalamasının 10,56 olduğu görülmektedir. Alt alanlar birlikte değerlendirildiğinde, en düşük puanların dikkat ve hatırlama alt alanlarında, en yüksek puanların ise lisan ve görece olarak kayıt hafızası alt alanlarında elde edildiği dikkati çekmektedir. SMMT dikkat alt alanı ortalamalasının 0,41 olması, bu alanın AH'de bilişsel yük artışına en duyarlı alt alanlardan biri olduğunu düşündürmektedir. Dikkat alt alanının seri çıkarma gibi yüksek düzeyde çalışma belleği ve dikkat bütünlüğü gerektiren görevleri içermesi, hastalık ilerledikçe bu alanda belirgin performans düşüşleri görülmesini açıklayabilir. Literatürde de SMMT dikkat alt alanının demansın ilerleyen evrelerinde hızla düşen ve ayırt ediciliği sınırlı bir alt bölüm olduğu bildirilmektedir (Creavin vd., 2016). Benzer biçimde hatırlama alt alanında 0,29 gibi oldukça düşük ortalamaların elde edilmesi, AH'nin temel özelliklerinden biri olan episodik bellek bozukluğu ile uyumludur. Bu alt alanın kısa gecikme sonrası bilginin geri çağrılmasını gerektirmesi nedeniyle, AH'de en erken ve en belirgin biçimde etkilenen bölümlerden biri olduğu belirtilmektedir (Güngen vd., 2002; Creavin vd., 2016). Buna karşılık kayıt hafızası alt alanı ortalamasının 2,08 olması; bu bölümün daha çok anlık tekrar ve ilk kodlama düzeyinde kalması ve karmaşık bilişsel işlemleme gerektirmemesiyle açıklanabilir. Benzer şekilde lisan alt alanında 4,77 gibi görece daha yüksek puanların elde edilmesi, SMMT'de yer alan bazı dil maddelerinin otomatik ve aşina dil çıktıları üzerinden puanlanması ve bu nedenle dikkat ve bellek yükü yüksek görevlere kıyasla daha geç etkilenmesiyle ilişkili olabilir (Güngen vd., 2002). Bu bağlamda çalışmamızda SMMT alt alanlarında gözlenen sayısal örüntü, AH'de özellikle dikkat ve gecikmeli hatırlama gerektiren bilişsel süreçlerin daha kırılgan olduğunu; buna karşın otomatik dil çıktıları ve anlık kayıt süreçlerinin görece daha uzun süre korunabildiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada HCS-TR kullanılarak AH'de iletişimle ilişkili işlevsel güçlükler değerlendirilmiştir. HCS-TR toplam puan ortalaması 21,77 olarak bulunmuş olup, bu değer AH'de iletişimsel işlevselliğin belirgin biçimde etkilendiğini göstermektedir. HCS-TR, dilsel doğruluktan ziyade iletişimin günlük yaşamda nasıl sürdürüldüğünü değerlendiren bir ölçek olduğundan, elde edilen bu bulgu iletişim sorunlarının bilişsel

ve etkileşimsel boyutlarına işaret etmektedir (Holden ve Woods, 1989). Ayrıca Türkçe uyarlama çalışmasında HCS-TR'nin 12 maddelik ve üç alt boyutlu yapısının doğrulandığı ve yüksek puanın daha fazla iletişim güçlüğü anlamına geldiği belirtilmiştir (Munis ve Parlak, 2023).

Holden iletişim ölçeği sohbet alanında genel ortalamanın 6,54 olması, AH'de karşılıklı konuşmayı sürdürme, konuşma sırasını takip etme ve konu bütünlüğünü koruma gibi becerilerde belirgin güçlükler yaşandığını düşündürmektedir. Sohbet becerisi; dikkat, çalışma belleği ve yürütücü işlevlerin eş zamanlı kullanımını gerektiren bir bilişsel iletişim alanıdır. AH'de bu bilişsel süreçlerdeki bozulmaların, sohbetin akıcılığını ve etkileşimsel niteliğini olumsuz etkilediği literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2014). Türkçe geçerlilik çalışmasının ölçüt geçerliği bulguları da, HCS-TR puanları ile SMMSE arasında güçlü ve anlamlı negatif ilişki olduğunu ($r = -.842$) göstererek, iletişim işlevselliğindeki bozulmanın bilişsel düzeyle yakından ilişkili olduğunu desteklemektedir (Munis ve Parlak, 2023).

Holden iletişim ölçeği farkındalık ve bilgi alt alanında genel ortalamanın 8,59 olarak belirlenmesi, bireyin kendi iletişim yetersizliklerine ilişkin farkındalığında ve iletişim bağlamında uygun bilgiyi kullanabilme becerisinde bozulmalar olduğunu göstermektedir. AH'de içgörü, öz değerlendirme ve bağlamsal farkındalık gibi üst düzey bilişsel süreçlerin etkilenmesi, bireyin iletişimsel hatalarını fark edememesine ve iletişim ortamına uygun davranışlar sergileyememesine yol açabilmektedir. Bu durum, iletişim farkındalığındaki azalmanın bakım verenler tarafından daha fazla yönlendirme ve kontrol gereksinimi olarak algılandığını bildiren çalışmalarla uyumludur (Orange, 1991). HCS-TR çalışmasında, ölçeğin alt boyutlarının bilişsel düzeyle ilişkili biçimde iletişim güçlüğünü yansıttığı ve maddelerin ilgili boyutlara yeterli katkı sağladığı (faktör yükleri 0.700–0.831) gösterilmiştir (Munis ve Parlak, 2023).

Holden iletişim ölçeği iletişim alt alanında genel ortalamanın 6,69 olması, AH'de iletişimin günlük yaşamda işlevsel olarak kullanılmasında belirgin güçlükler bulunduğunu düşündürmektedir. Bu alt alan, bireyin iletişimsel amaçlara ulaşabilme, ihtiyaçlarını ifade edebilme ve sosyal etkileşimi sürdürebilme becerilerini yansıtmaktadır. AH'de bilişsel iletişim becerilerindeki bozulmanın, iletişimin işlevselliğini doğrudan etkilediği ve bireyin sosyal katılımını azalttığı literatürde

bildirilmektedir (Bayles ve Tomoeda, 2014). Türkçe geçerlilik çalışmasındaki ölçüt geçerliği bulgusu bu işlevsel iletişim güçlüğünün bilişsel düzey azaldıkça arttığını desteklemektedir (Munis ve Parlak, 2023).

5.3. Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin Tartışılması

Demansta bakım yükü önemli bir sorundur ve AH olan bireylerin bakım verenlerinde bakım yükünü değerlendiren çalışmalarda en sık kullanılan ölçüm aracı ZBI'dir. ZBI kullanılarak bakım yükünün değerlendirildiği bu çalışmada, tüm bakım ZBI ortalamasının 35,59 olduğu belirlenmiştir. ZBI'nin bu değerİ bakım verenlerin orta düzeyde ve klinik açıdan anlamlı bir bakım yükü yaşadığını göstermektedir. Benzer şekilde, Erkuran ve Altay (2020) AH'a bakım verenlerde ZBI ortalamasını 42,35 olarak bildirerek bakım yükünün orta–yüksek düzeyde olduğunu raporlamıştır. Ayrıca Tosun ve Lök (2024) AH bakım verenlerinde ZBI ortalamasını 61,29 ± 10,3 olarak bulmuş ve özellikle hastalık evresi ilerledikçe bakım yükünün belirgin biçimde arttığını göstermiştir. Bu doğrultuda, çalışmamızda elde edilen bakım yükü düzeyi, AH'de bakım sürecinin bakım verenler üzerinde anlamlı bir yük oluşturduğunu ortaya koyan literatürle tutarlıdır.

Bu çalışmada SF-36, bakım verenlerin yaşam kalitesini fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla değerlendiren çok boyutlu bir ölçektir. Bu çalışmada AH'nin evrelerine göre bakım verenlerin SF-36 alt boyut puanları karşılaştırıldığında, alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış, ancak özellikle ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik alt alanlarında daha düşük ortalama puanlar dikkat çekmiştir. Bu durum, bakım verme sürecinin uzun süreli fiziksel zorlanma, uyku düzensizlikleri ve sürekli gözetim gereksinimi nedeniyle bakım verenlerde bedensel yakınmaları artırabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Tosun ve Lök (2024) AH'a bakım verenlerde SF-36'nın özellikle ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında düşük puanlar bildirmiş ve bu alanların bakım yükü ile anlamlı biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, Pinquart ve Sörensen (2003) bakım veren yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında, demans bakım verenlerinde fiziksel sağlık ve ağrıya ilişkin yaşam kalitesi alanlarının diğer boyutlara kıyasla daha fazla etkilendiğini raporlamıştır. Çalışmamızda en yüksek puanların duygusal rol kısıtlılığı ve ruhsal iyi oluş alanlarında gözlenmesi ise, bakım verenlerin duygusal açıdan bakım rolüne kısmen uyum sağladığını, ancak fiziksel yüklenmenin yaşam kalitesi üzerinde daha

belirgin bir etki oluşturduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular, AH bakım sürecinde yaşam kalitesinin özellikle fiziksel bileşenler üzerinden etkilendiğini ortaya koyan literatürle uyumludur.

5.4. Alzheimer Hastalığı Evrelerine Göre Bilişsel İletişim Becerilerinin Tartışılması

Bu çalışmada ACE-III-TR, SMMT, HAB ve HCS-TR ölçümlerinde hem alt alanların hem de toplam puanların AH'nin evresi ilerledikçe istatistiksel olarak anlamlı biçimde değiştiği görülmüştür. Genel bilişsel ve dil performansını yansıtan testlerde puanların düşmesi, işlevsel iletişim ölçeğinde ise güçlük puanlarının artması; bilişsel iletişim becerilerinin hastalık ilerledikçe sistematik biçimde bozulduğunu göstermektedir. Bu örüntü, AH'nin nörodejeneratif doğasıyla uyumlu olup iletişimsel süreçlerin evreye duyarlı biçimde etkilendiğini ortaya koymaktadır. AH evrelerine göre gözlenen farklılıklar, hastalığın yalnızca genel bilişsel işlevleri değil, günlük yaşam iletişimini doğrudan etkileyen karmaşık bilişsel-dilsel süreçleri de evresel olarak bozduğunu göstermektedir. Bu durum, AH'nin klinik tablosunun salt bellek kaybıyla sınırlı olmadığını; dikkat, yürütücü işlevler, dil ve pragmatik iletişim bileşenlerini kapsayan bütüncül bir etkilenim örüntüsü sergilediğini bildiren literatürle uyumludur (McKhann vd., 2011; Jack vd., 2018).

Toplam ve alt alan ACE-III-TR ve SMMT puanlarında evre ilerledikçe gözlenen anlamlı düşüşler, AH'de bilişsel etkilenimin süreklilik gösteren evresel bir ilerleme izlediğini desteklemektedir. Literatürde hafif evrede daha sınırlı ve alan-özgü bilişsel bozulmaların, orta ve ileri evrelerde daha yaygın ve bütüncül bir yapıya dönüştüğü bildirilmektedir (Pistono vd., 2021; Wilson vd., 2018). Özellikle dikkat, bellek ve dil alanlarındaki kademeli gerilemenin iletişimsel işlevlerin temel bilişsel altyapısını zayıflattığı düşünülmektedir.

İşlevsel iletişim açısından değerlendirildiğinde, HCS-TR toplam ve alt boyut puanlarının evre ilerledikçe artması iletişimsel güçlüklerin hastalık süreciyle paralel biçimde belirginleştiğini göstermektedir. Bu durum, iletişimde yaşanan bozulmaların yalnızca test performansına dayalı bir yetersizlik olmadığını, günlük yaşam etkileşimlerinde gözlenen işlevsel bir kayba karşılık geldiğini ortaya koymaktadır. Nemcikova ve arkadaşları (2023), iletişimde karşılıklılığın azalması ve iletişim

girişimlerinin sınırlanmasının bakım sürecinde önemli bir stres kaynağı olduğunu bildirmiştir. Benzer biçimde Watson ve arkadaşları (2012), iletişimsel başarısızlıkların bakım veren–hasta etkileşimini zorlaştırdığını ve bakım sürecini olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. Bu bulgular, işlevsel iletişim bozulmalarının AH bakım sürecindeki belirleyici rolünü desteklemektedir.

Holden iletişim ölçeğinin sohbet ve farkındalık alt boyutlarında evrelere göre saptanan farklılıklar, bilişsel iletişim bozulmalarının yalnızca dilsel üretimle sınırlı olmadığını; bağlamsal farkındalık, iletişim niyeti ve karşılıklı etkileşim gibi pragmatik bileşenleri de kapsadığını göstermektedir. Orange ve Colton-Hudson (1998), pragmatik bozulmaların özellikle sohbeti sürdürme ve bağlamı koruma süreçlerinde belirginleştiğini bildirmiştir. Cohen-Mansfield (2001) ve Brooker (2007) ise iletişim kopukluklarının sıklıkla davranışsal belirtiler şeklinde ortaya çıkabildiğini ve bunun karşılanmamış iletişim gereksinimlerinin bir yansıması olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çalışmamızda ileri evrede gözlenen artan iletişimsel sorunlar bu kuramsal çerçeveyle uyumludur.

Hasta performansına dayalı dil değerlendirmelerinde HAB toplam puanı ile sözcük bulma, sözcük ve cümle anlama, dil bilgisel yapı ve okuma alt alanlarında ileri evrede belirgin düşüşlerin görülmesi, dilsel süreçlerin AH'de evresel biçimde etkilendiğini göstermektedir. Pistono ve arkadaşları (2015; 2021), sözcük bulma, sözdizimsel yapı ve söylem bütünlüğünün hastalık ilerledikçe daha belirgin biçimde bozulduğunu bildirmiştir. Wilson ve arkadaşları (2018) ise hafif evrede görece korunan bazı dilsel becerilerin ileri evrelerde görsel-dilsel bütünleştirme güçlükleriyle birlikte zayıfladığını rapor etmiştir. Çalışmamızda elde edilen HAB bulguları bu literatürle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada bilişsel testler; işlevsel iletişim ölçekleri ve hasta performansına dayalı dil değerlendirmeleri birlikte ele alındığında, AH'de bilişsel iletişim becerilerinin hastalığın evresel ilerleyişine duyarlı, tutarlı ve bütüncül biçimde bozulduğu görülmektedir. Bu bozulmaların yalnızca dilsel performansı değil, işlevsel ve pragmatik iletişimi de kapsadığı belirlenmiştir. Bu örüntü, iletişim bozukluklarının bilişsel yıkımla paralel ilerlediğini ve özellikle orta–ileri evrelerde günlük yaşam iletişimini belirgin ölçüde sınırladığını bildiren çalışmalarla uyumludur (Ferris, 2013; Watson vd., 2012; Pistono vd., 2021). Bu bulgular bilişsel iletişim becerilerinin AH'de

evreye özgü biçimde değerlendirilmesinin klinik karar verme ve bakım sürecinin planlanması açısından kritik önem taşıdığını göstermektedir.

5.5. Alzheimer Hastalığı Evrelerine Göre Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin Tartışılması

Bu çalışmada AH'nin evreleri ilerledikçe bakım verenlerin algıladığı bakım yükünün arttığı ve buna paralel olarak yaşam kalitesinin belirgin biçimde azaldığı görülmektedir. Bu bulgu, bakım veren deneyiminin hastalığın evresinin ilerleyişine duyarlı biçimde değiştiğini ve bakım yükü ile yaşam kalitesinin dinamik bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu durumun AH'nin evresi ilerledikçe bakım sorumluluklarının süreklilik kazanması, bakım verenlere rol yüklenmesinin aşırı artması ve bunların yaşam kalitesini etkilemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (Froelich vd., 2021; Dellafiore, 2025). Literatürde AH'de bakım yükü ve yaşam kalitesinin, artan bakım gereksinimleri, bilişsel ve iletişimsel bozulmalar ile davranışsal belirtiler doğrultusunda evreye bağlı olarak farklılaştığı bildirilmektedir (Brodaty ve Donkin, 2009; Cheng, 2017). Chan ve arkadaşları (2021), hastalık ilerledikçe bakım süresinin uzadığını ve bakım görevlerinin çeşitlendiğini bildirirken; Menon ve Salini (2017), artan hastalık şiddetinin bakım veren stresini ve algılanan bakım yükünü yükselttiğini göstermiştir. Assunção ve arkadaşları (2022) ise hastalık ilerledikçe bakım sürecinin çok boyutlu bir yapı kazandığını ve bunun bakım veren deneyimini belirgin biçimde şekillendirdiğini vurgulamıştır.

Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde, bakım yükündeki artışın bakım verenlerin fiziksel sağlık, psikolojik iyi oluş, sosyal işlevsellik ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz etkiler yarattığı görülmektedir. Nemcikova ve arkadaşları (2023), bakım yükünün yaşam kalitesinde çok boyutlu bir düşüşle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Campbell ve arkadaşları (2025) ise yaşam kalitesindeki azalmanın hastalığın erken dönemlerinde başlayarak ileri evrelerde daha belirgin hâle geldiğini rapor etmiştir. Çalışmamızda evrelere göre gözlenen yaşam kalitesi farklılıkları bu literatürle uyumludur.

Bakım yükü ve yaşam kalitesindeki evresel değişimde iletişimsel ve davranışsal güçlüklerin önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Watson ve arkadaşları (2012), iletişimsel başarısızlıkların bakım veren stresini artırdığını; Petrovsky ve

arkadaşları (2020) ise ileri evrelerde artan davranışsal belirtilerin bakım sürecini daha zorlayıcı hâle getirdiğini bildirmiştir. Bu durum, hastalık ilerledikçe bakım veren deneyiminin daha yoğun ve karmaşık bir yapıya dönüştüğünü göstermektedir.

Sağlık ve sosyal hizmetlerden yararlanma düzeyi de bakım yükü ve yaşam kalitesiyle ilişkili görünmektedir. Stirling ve arkadaşları (2010), ileri evrelerde karşılanmamış hizmet ihtiyaçlarının daha yüksek stres ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Laparidou ve arkadaşları (2019) ise hastalık ilerledikçe bilgi eksikliği ve belirsizliğin arttığını ve bunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini rapor etmiştir. Bu bulgular, evresel ilerleyişle birlikte destek gereksinimlerinin arttığını göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, bakım yükü ve yaşam kalitesinin AH evresi ilerlemesiyle birlikte artan bakım gereksinimleri, bilişsel ve iletişimsel bozulmalar, davranışsal belirtiler ve destek sistemlerinin yeterliliği doğrultusunda şekillendiği görülmektedir. Literatürde bildirilen bulgularla birlikte ele alındığında (Brodaty ve Donkin, 2009; Chan vd., 2021; Nemcikova vd., 2023), bakım yükü ve yaşam kalitesinin AH bakım sürecinin birbirini karşılıklı etkileyen temel bileşenleri olduğu anlaşılmaktadır.

5.6. Sosyodemografik Bilgiler İle Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Yükü Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Bu çalışmada AH olan bireylerin bakım verenlerinde sosyodemografik değişkenler ile bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler, korelasyon analizleri ve çoklu regresyon modelleri birlikte değerlendirilmiştir. Bulgular, bakım yükü ve yaşam kalitesinin yalnızca hastalığın klinik özelliklerine değil; bakım verenin cinsiyeti, çalışma durumu, sosyoekonomik koşulları, hasta ile ilişkisi ve birlikte yaşama düzeni gibi bağlamsal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, demans bakımının çok boyutlu bir stres süreci olarak ele alınması gerektiğini vurgulayan klasik kuramsal yaklaşımlar ve güncel ampirik çalışmalarla uyumludur (Zarit vd., 1980; Schulz ve Martire, 2004; Pinquart ve Sörensen, 2006).

İleri evrede bakım verenin çocuk olması ve hasta ile birlikte yaşaması, SF-36'nın özellikle fiziksel işlevsellik ve sosyal işlevsellik alt alanlarında anlamlı

farklılıklarla ilişkili bulunmuştur. İleri evrede bakımın süreklilik kazanması, bakım verenin günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal katılımını daha fazla sınırlayabilmektedir. Literatürde birlikte yaşayan ve bakım sorumluluğunu yoğun biçimde üstlenen bakım verenlerde sosyal izolasyon, rol kısıtlılığı ve fiziksel tükenmişlik riskinin arttığı bildirilmektedir (Schulz ve Martire, 2004; Kim vd., 2011). Bu bulgu, bakım yükünün yaşam kalitesine yansımasının çoğunlukla sosyal ve rol temelli alanlarda ortaya çıktığını gösteren çalışmalarla da örtüşmektedir (Miura vd., 2005).

Bakım verenin medeni durumu ile SF-36 fiziksel işlevsellik alt alanı arasında saptanan ilişki, medeni durumun tek başına belirleyici bir faktör olmaktan ziyade, bakımın paylaşılması ve ev içi destek mekanizmalarıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Demans bakım literatüründe de medeni durumun bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin doğrudan değil, çoğunlukla sosyal destek, rol paylaşımı ve birlikte yaşama düzeni gibi aracı değişkenler üzerinden ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009). Bu bağlamda, fiziksel işlevselliğin bakım verenin günlük fiziksel yüklenmesiyle daha yakından ilişkili olması beklenen bir durumdur.

Hasta eğitim düzeyi ile bakım verenlerin SF-36 Ağrı alt alanı arasında tüm örneklemde saptanan ilişki, eğitim düzeyinin bakım sürecinde dolaylı bir koruyucu faktör olabileceğine işaret etmektedir. Daha yüksek eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine erişim ve bakımın daha öngörülebilir biçimde organize edilmesi gibi faktörler aracılığıyla bakım verenin bedensel yüklenmesini azaltabileceği düşünülmektedir (Banerjee vd., 2009; Oba vd., 2018). Bununla birlikte bu ilişkinin yalnızca ağrı alt alanıyla sınırlı kalması, hasta eğitim düzeyinin bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerinde genelleyici bir belirleyici olmaktan çok, belirli fiziksel boyutlarda etkili olabileceğini göstermektedir.

Bakım veren cinsiyeti, SF-36'nın birden fazla alt alanında (fiziksel işlevsellik, rol kısıtlılığı, enerji/canlılık, ruhsal iyi oluş ve sosyal işlevsellik) anlamlı farklılıklarla ilişkili bulunmuştur. Kadın bakım verenlerin daha düşük yaşam kalitesi bildirmesi, demans bakımında kadınların daha yoğun duygusal sorumluluk, daha uzun bakım süresi ve daha fazla rol çatışması yaşadığını gösteren literatürle uyumludur (Pinquart ve Sörensen, 2006; Kim vd., 2011). Bununla birlikte bazı çalışmalarda cinsiyetin

bakım yükü üzerindeki etkisinin doğrudan değil, iletişimden memnuniyet, ruhsal iyi oluş ve sosyal destek gibi değişkenler aracılığıyla ortaya çıktığı bildirilmektedir (Miura vd., 2005). Bu durum, cinsiyetin etkisinin bağlamsal ve dolaylı bir nitelik taşıdığını düşündürmektedir.

Bakım verenin çalışma durumu hem bakım yükü hem de yaşam kalitesi açısından bu çalışmada en tutarlı sosyodemografik belirleyicilerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Çalışma durumu ile ZBI ve SF-36 alt alanları arasında anlamlı korelasyonlar saptanmış; regresyon analizlerinde ise tam zamanlı çalışma durumu bakım yükünü anlamlı biçimde yordayan değişkenlerden biri olmuştur. İş yaşamı ile bakım rolünün eş zamanlı yürütülmesi, zaman kısıtlılığı, rol çatışması ve fiziksel/duygusal tükenmişlik riskini artırabilmektedir. Bakım yükü ve depresif belirtilerin yaşam kalitesini doğrudan etkilediği; hastaya ait işlevsel bozulmaların ise bu ilişkiyi dolaylı olarak güçlendirdiği gösterilmiştir (Oba vd., 2018).

Çoklu regresyon analizlerinde bakım veren yaşı ve sosyoekonomik durumu, SF-36 fiziksel işlevsellik alt alanını anlamlı biçimde yordayan değişkenler olarak bulunmuştur. İleri yaşla birlikte fiziksel dayanıklılığın azalması ve sınırlı sosyoekonomik kaynakların bakımın fiziksel taleplerini karşılamayı zorlaştırması, fiziksel işlevsellikte daha belirgin sınırlılıklara yol açabilmektedir. Sosyoekonomik düzeyin bakım hizmetlerine erişim, destek kaynakları ve bakımın paylaşılabilirliği üzerinde belirleyici olduğu; bu nedenle fiziksel ve genel yaşam kalitesi alanlarında önemli bir rol oynadığı literatürde de vurgulanmaktadır (Glozman, 2004; Maniamma vd., 2025).

Bu çalışmada korelasyon ve regresyon bulguları birlikte değerlendirildiğinde, ZBI etkileyen temel sosyodemografik faktörlerin özellikle çalışma durumu, cinsiyet ve bakım rolünün yoğunluğu etrafında kümelendiği; SF-36'nın fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarını etkileyen faktörlerin ise bakım veren yaşı, sosyoekonomik durumu ve birlikte yaşama düzeni ile ilişkili olduğu görülmektedir. Benzer biçimde, demans bakımında rol taleplerinin artması ve kaynakların sınırlı olması durumunda bakım verenlerin hem yük hem de yaşam kalitesi açısından daha kırılgan hâle geldiği bildirilmiştir (Pinquart ve Sörensen, 2006; Cross vd., 2018).

İletişimsel işlevselliğin bakım yükünü anlamlı biçimde yordaması, sosyodemografik değişkenlerin etkisinin hastanın iletişimsel gereksinimleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. İletişim güçlükleri arttıkça, özellikle sosyoekonomik açıdan daha kırılgan ve çalışan bakım verenlerde bakım yükünün daha da artması olasıdır. Bu bulgu, bakım yükünün yalnızca sosyal ya da yalnızca klinik bir olgu olmadığını; sosyodemografik yapı ile iletişimsel işlevselliğin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığını göstermektedir (Miura vd., 2005; Khan vd., 2021).

5.7. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bilişsel İletişim Becerileri Bakım Yükü Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Tüm örneklemde HCS-TR toplam puanı ile ZBI toplam puanı arasında saptanan pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki, hastanın iletişimsel yetersizlikleri arttıkça bakım verenlerin algıladığı bakım yükünün de arttığını göstermektedir. Bu bulgu, AH'de iletişimsel yeterliliğin azalmasının bakım veren–hasta etkileşimini zorlaştırdığı ve bakım sürecini daha stresli hâle getirdiğini vurgulayan literatürle uyumludur (Holden ve Woods, 1989; Watson vd., 2012). İletişim güçlüklerinin, bakım verenin hastanın temel ihtiyaçlarını anlamak ve ifade etmek için daha fazla zaman ve çaba harcamasına yol açtığı düşünülmektedir. Bu durum; tekrar eden açıklamalar yapma, sürekli yönlendirme sağlama ve günlük bakım süreçlerini daha yapılandırılmış biçimde yürütme gereksinimini artırarak bakım veren üzerinde ek bir sorumluluk oluşturabilir. Süreç yalnızca zaman yükünü artırmakla kalmayıp, sürekli dikkat ve karar verme gerektirdiği için bilişsel yükü de yükseltebilir (Holden ve Woods, 1989; Watson vd., 2012). Ayrıca iletişimde yaşanan başarısızlıkların bakım veren–hasta etkileşiminde belirsizliği artırması da olası bir etkendir. Artan belirsizlik, bakım verenin yanlış anlama kaygısını ve telafi çabasını yoğunlaştırabilir; bu durum ise bakım veren açısından sürekli bir gerilim ve duygusal yük oluşturabilir (Watson vd., 2012).

Alt boyutlar düzeyinde bulgular, iletişimsel bozulmaların bakım yükü üzerindeki etkisinin homojen olmadığını göstermektedir. HCS-TR sohbet boyutu ile ZBI arasında saptanan güçlü pozitif ilişki, sohbet başlatma ve sürdürme becerilerindeki bozulmanın bakım yükü açısından özellikle kritik olabileceğini düşündürmektedir. Sohbet, günlük yaşamda yalnızca bilgi aktarma değil; ilişkiyi sürdürme, duygusal paylaşım ve karşılıklılık sağlama işlevi taşımaktadır (Graham ve Bassett, 2006; Alsawy vd., 2017). Günlük sohbetin kaybı, bakım veren–hasta ilişkisinde karşılıklılığı ve duygusal

paylaşımı azaltarak bakım verenin sosyal izolasyon ve duygusal zorlanma yaşamasına neden olabilir (Orange ve Colton-Hudson, 1998; Volkmer vd., 2024).

Holden iletişim ölçeği farkındalık ve bilgi alt boyutunun ZBI ile pozitif yönde ilişkili bulunması ise hastanın iletişim bağlamındaki farkındalığının azalmasının bakım veren yükünü artırdığını göstermektedir. Farkındalık kaybı, bakım verenin sürekli yönlendirme, açıklama ve kontrol gereksinimini artırabilir. Bu tablo, bakım verenin dikkatini uzun süre yüksek düzeyde tutmasını gerektirdiği için tükenmişlik ve stresle ilişkilenebilir (Small vd., 2000; Watson vd., 2012).

Evre bazlı analizler, orta evrede HCS-TR toplam puanı ile ZBI arasındaki ilişkinin güçlendiğini ve ileri evrede de anlamlı biçimde sürdüğünü göstermektedir. Bu bulgu, iletişimsel yetersizliklerin özellikle hastalığın orta ve ileri dönemlerinde bakım yükünü belirgin biçimde şekillendirdiğini düşündürmektedir. Orta evrede karşılıklılığın azalmasıyla bakım verenin "iletişimi taşımak" zorunda kalması artarken, ileri evrede iletişimin tek yönlü hâle gelmesi bakım verenin hem pratik bakım sorumluluğunu hem de duygusal yükünü artırabilir. Bu aşamalarda davranışsal belirtiler ve olumsuz iletişim örüntülerinin daha sık eşlik etmesi de bakım sürecini daha zorlayıcı hale getirebilir (Koca vd, 2017; Petrovsky vd., 2020).

Hasta performansına dayalı ölçümlerde HAB toplam puanı ile ZBI arasında saptanan negatif ilişki, hastanın genel dil performansı azaldıkça bakım veren yükünün arttığını göstermektedir. Özellikle HAB sözcük anlama alt boyutunun ZBI ile negatif yönde ilişkili bulunması, alıcı dil becerilerindeki bozulmanın bakım sürecini zorlaştıran önemli bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Alıcı dil yetersizlikleri, bakım verenin hastanın ihtiyaçlarını doğru biçimde anlamasını ve uygun yanıt vermesini güçleştirerek bakım sürecinde ek bilişsel yük oluşturabilir. Hasta söyleneni anlamakta zorlandığında bakım veren daha fazla tekrar, daha fazla açıklama ve daha fazla kontrol uygulamak durumunda kalabilir; bu da bakım yükünü artırabilir (Wilson vd., 2018).

Bu çalışmada HCS-TR ile ZBI arasındaki ilişkilerin, HAB ve diğer performans temelli testlere kıyasla daha güçlü olması dikkat çekicidir. Bu durum, bakım yükünün yapılandırılmış test performansından ziyade günlük yaşamda deneyimlenen işlevsel iletişim güçlüklerini daha duyarlı biçimde yansıttığını düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle, bakım verenin zorlandığı alan; testte ölçülen dil bileşenlerinden ziyade gün

içinde tekrarlayan, süreğen ve bağlam içinde ortaya çıkan iletişim problemleri olabilir. Literatürde de bakım veren bakış açısına dayalı iletişim ölçümlerinin bakım yükünü açıklamada daha yakın değişkenler olduğu ve günlük yaşam deneyimini daha iyi temsil ettiği literatürde vurgulanmaktadır (Savundranayagam vd., 2005; Watson vd., 2012).

5.8. Alzheimer Hastalığı Olan Bireylerin Bilişsel İletişim Becerileri İle Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Bu çalışmada HCS-TR toplam puanının SF-36'nın çok sayıda alt alanı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum iletişimsel yetersizliklerin bakım verenlerin yaşam kalitesini çok boyutlu biçimde etkilediğini göstermektedir. Özellikle fiziksel sağlık nedeniyle rol kısıtlılığı, duygusal sorunlar nedeniyle rol kısıtlılığı, enerji/canlılık, ruhsal iyi oluş, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında gözlenen negatif ilişkiler; iletişimsel bozulmalar arttıkça hem fiziksel hem de psikolojik iyi oluşun olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir. Bu bulgunun olası bir nedeni; iletişim güçlüklerinin bakım sürecinde kronik stresin artmasına katkıda bulunması ve bunun fiziksel yorgunluk, somatik yakınmalar ve genel sağlık algısında bozulma ile ilişkili olabilmesi olabilir (Zarit vd., 1985; Pinquart ve Sörensen, 2003).

Yaşam kalitesi daha geniş bir çerçevede ele alındığında, bakım yükündeki artış ile yaşam kalitesindeki azalma arasındaki ilişkinin iletişimsel güçlükler aracılığıyla şekillenebileceği düşünülmektedir. İletişimsel başarısızlıklar bakım veren–hasta etkileşiminde belirsizliği artırabilir; bu durum bakım verenin sürekli dikkat, tekrar ve yönlendirme gerektiren bir bakım süreci deneyimlemesine yol açabilir. Böyle bir süreç, zaman ve bilişsel yükün artmasıyla ilişkili olabilir ve bu da yaşam kalitesinde düşüşle birlikte görülebilir (Watson vd., 2012; Petrovsky vd., 2020). Literatürde bakım yükünün artmasının yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Nemcikova ve arkadaşları (2023), yüksek bakım yükünün daha düşük yaşam kalitesi ile birlikte görülebildiğini; algılanan sosyal destek ve olumlu bakım deneyiminin ise koruyucu bir rol oynayabileceğini belirtmiştir. Benzer biçimde Cross ve arkadaşları (2018), bakım veren yaşam kalitesinin yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı olmadığını, duygusal ve

sosyal alanlarda da etkilenebileceğini vurgulamıştır. Bu çerçevede, iletişimsel güçlüklerin bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide Önemli bir faktör olarak rol oynayabileceği düşünülebilir.

Holden iletişim ölçeği iletişim alt boyutunun SF-36'daki özellikle fiziksel ve duygusal rol kısıtlılığı ile sosyal işlevsellik alanlarında negatif ilişkiler göstermesi, iletişimsel yetersizliklerin bakım verenlerin günlük rollerini sürdürmesini güçleştirdiğini ortaya koymaktadır. AH'de iletişimsel bozulmalar arttıkça bakım verenlerin sosyal rollerinin daraldığı, sosyal yaşamdan çekilme eğiliminin güçlendiği ve yalnızlık hissinin arttığı literatürde de vurgulanmaktadır (Brodaty ve Donkin, 2009; Reed vd., 2014). Petrovsky ve arkadaşları (2020), iletişimde artan olumsuzlukların bakım verenlerin duygusal yükünü ve depresyon riskini artırabildiğini bildirmiştir.

Literatürde bağlamsal farkındalık ve anlayıştaki bozulmaların bakım verenlerde daha yüksek stres ve tükenmişlikle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Small vd., 2000; Watson vd., 2012). Nemcikova ve arkadaşları (2023), farkındalık temelli iletişim kayıplarının bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir. Çalışmamızda HCS-TR'nin farkındalık alt boyutun SF-36'nın birçok alanı ile negatif yönde ilişkili bulunması, farkındalık kaybının bakım verenlerin hem fiziksel hem de ruhsal yaşam kalitesini etkilediğini desteklemektedir.

Yaşam kalitesi bulguları, bakım veren deneyiminin yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı olmadığını; duygusal, sosyal ve ilişkisel alanlarda da belirgin biçimde etkilendiğini bildiren çalışmalarla da paraleldir (Cross vd., 2018; Nemcikova vd., 2023). Ayrıca iletişimsel başarısızlıkların bakım veren stresini artırarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği; bakım yükü ve depresyon arttıkça bakım veren–hasta etkileşiminde sert ve olumsuz iletişim örüntülerinin daha sık görülebildiği rapor edilmiştir (Watson vd., 2012; Petrovsky vd., 2020). Çalışmamızda iletişimsel güçlüklerin yaşam kalitesindeki düşüşle birlikte seyretmesi, iletişimin bakım sürecindeki merkezi rolünü desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda elde edilen sonuçlar, AH'nin evresi ilerledikçe bireylerin bilişsel iletişim becerinde belirgin bir bozulma olduğunu göstermiştir. Hafif evrede görece korunmuş olan dikkat, bellek ve dil becerilerinin; orta evrede belirgin biçimde zayıfladığı, ileri evrede ise işlevsel iletişimi ciddi düzeyde sınırlayan bir tabloya dönüştüğü görülmüştür. Özellikle sözcük anlama, sohbeti sürdürme, bağlama uygun iletişim kurma ve iletişimsel farkındalık alanlarında evre ilerledikçe artan kayıplar saptanmıştır. Bu bulgu, AH'nin yalnızca bilişsel bir yıkım süreci olmadığını; aynı zamanda iletişim temelli işlevselliği de giderek azaltan bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmanın ikinci amacı kapsamında, bakım verenlerin bakım yükü AH'nin evresine göre incelenmiştir. Bulgular, bakım yükünün hafif evreden ileri evreye doğru kademeli olarak arttığını göstermiştir. Bu durum, bakım yükünün yalnızca bakım süresine değil; bakımın niteliğine ve hastalığın getirdiği işlevsel kayıplara bağlı olarak şekillendiğini göstermektedir.

Araştırmanın üçüncü amacı doğrultusunda, bakım verenlerin yaşam kalitesi AH'nin evrelerine göre değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, yaşam kalitesinin özellikle fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, enerji, ruhsal iyi oluş ve ağrı alt alanlarında evre ilerledikçe olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymuştur. İleri evrede bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu; bu bozulmanın hem fiziksel hem de psikososyal alanlarda belirginleştiği görülmüştür. Bu bulgu, uzun süreli ve yoğun bakımın bakım veren sağlığı üzerindeki çok boyutlu etkilerini vurgulamaktadır.

Araştırmanın dördüncü ve beşinci amaçları kapsamında, AH olan bireylerde görülen bilişsel iletişim bozuklukları ile bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlar, bilişsel iletişim becerileri bozuldukça bakım yükünün arttığını ve yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir. Özellikle işlevsel iletişimdeki bozulmaların, bakım verenlerin sosyal yaşamlarını, duygusal iyi oluşlarını ve fiziksel sağlık algılarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu durum, iletişim güçlüklerinin bakım sürecinde yalnızca hasta ile sınırlı bir sorun

olmadığını; bakım verenlerin günlük yaşam deneyimini doğrudan etkileyen temel bir etmen olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın son amaçları doğrultusunda yapılan analizler, bilişsel iletişim bozukluklarının bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bakım verenin yaşı, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu ve bakım süresine ilişkin değişkenlerin bu etkiyi güçlendirebildiği görülmüştür. Bu bulgular, bakım yükü ve yaşam kalitesinin çok boyutlu bir yapı olduğunu ve bireysel ile çevresel faktörlerin birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre öneriler şu şekilde sıralanmaktadır:

✓ Alzheimer hastalığı olan bireylerin değerlendirilmesinde bilişsel iletişim becerilerinin sistematik biçimde ele alınması önerilmektedir. Klinik uygulamalarda yalnızca genel bilişsel tarama testlerinin değil, işlevsel iletişimi değerlendiren ölçeklerin de kullanılması, bakım sürecinin daha bütüncül planlanmasına katkı sağlayabilir.

✓ Bakım verenlere yönelik olarak iletişim temelli destek programlarının geliştirilmesi önemlidir. Sözcük anlama, sohbeti sürdürme ve davranışsal iletişim sorunlarına yönelik eğitimlerin bakım yükünü azaltabilir ve yaşam kalitesini artırabilir.

✓ Bulgular, sosyoekonomik ve demografik değişkenlerin bakım yükü üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle destek politikalarının bireysel özellikler dikkate alınarak planlanabilir ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bakım verenlere ek destek sağlanabilir

✓ Gelecek araştırmalarda, bilişsel iletişim becerilerindeki bozulmaları ve uygulanan müdahalelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini uzunlamasına incelenebilir. Farklı demans türlerini kapsayan karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir. Değerlendirme süreçlerinde nitel yöntemler de kullanılabilir.

7. KAYNAKLAR

Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., ve Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, *311*(10), 1052-1060. https://doi.org/10.1001/jama.2014.304

Akyar, Ö. G. D. İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri [Nursing Care of Demented Patient and Care Models]. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *18*(2), 79-88. https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/article/103243

Alzheimer's, A. (2025). 2025 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's ve Dementia*, *21*(4). https://doi.org/10.1002/alz.70235

Alzheimer, A., Stelzmann, R. A., Schnitzlein, H. N., ve Murtagh, F. R. (1995). An English translation of Alzheimer's 1907 paper, "Uber eine eigenartige Erkankung der Hirnrinde". *Clin Anat*, *8*(6), 429-431. https://doi.org/10.1002/ca.980080612

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andreakou, M., Papadopoulos, A., Panagiotakos, D., ve Niakas, D. (2016). Assessment of Health-Related Quality of Life for Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. *International Journal of Alzheimer's Disease*, *2016*. https://doi.org/10.1155/2016/9213968

Arenaza-Urquijo, E., Boyle, R., Casaletto, K., Anstey, K., Vila-Castelar, C., Colverson, A., Palpatzis, E., Eissman, J., Ng, T. K. S., Raghavan, S., Akinci, M., Vonk, J., Machado, L., Zanwar, P., Shrestha, H. L., Wagner, M., Tamburin, S., Sohrabi, H., Loi, S.,…Buckley, R. (2024). Sex and gender differences in cognitive resilience to aging and Alzheimer's disease. *Alzheimer's ve Dementia*, *20*, 5695-5719. https://doi.org/10.1002/alz.13844

Bäckman, L., Small, B. J., ve Fratiglioni, L. (2001). Stability of the preclinical episodic memory deficit in Alzheimer's disease. *Brain*, *124*(Pt 1), 96-102. https://doi.org/10.1093/brain/124.1.96

Bakanlığı, T. C. S. (2022). *Türkiye Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2022–2030*.

Banović, S., ve Sinanović, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Socio-Medica*, *30*, 221-224. https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.221-224

Bayles, K. A., McCullough, K., ve Tomoeda, C. K. (2020). *Cognitive-communication disorders of MCI and dementia : definition, assessment, and clinical management* (Third edition. ed.). Plural Publishing.

Bayles, K. A., ve Tomoeda, C. K. (2014). *Cognitive-communication disorders of dementia* (2 ed.). Plural Publishing.

Bayles, K. A., Tomoeda, C. K., Cruz, R. F., ve Mahendra, N. (2000). Communication abilities of individuals with late-stage Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, *14*(3), 176-181. https://doi.org/10.1097/00002093-200007000-00009

Beatty, W. W., Salmon, D. P., Butters, N., Heindel, W. C., ve Granholm, E. L. (1988). Retrograde amnesia in patients with Alzheimer's disease or Huntington's disease. *Neurobiol Aging*, *9*(2), 181-186. https://doi.org/10.1016/s0197-4580(88)80048-4

Beauchamp, T., ve Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth*, *19*(11), 9-12. https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402

Berríos, G. E. (1990). Alzheimer's disease: A conceptual history. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *5*.

Bongelli, R., Busilacchi, G., Pacifico, A., Fabiani, M., Guarascio, C., Sofritti, F., Lamura, G., ve Santini, S. (2024). Caregiving burden, social support, and psychological well-being among family caregivers of older Italians: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1474967

Braak, H., ve Braak, E. (1991). Neuropathological stageing of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol*, *82*(4), 239-259. https://doi.org/10.1007/bf00308809

Brewster, G., Wang, D., McPhillips, M., Epps, F., ve Yang, I. (2022). Correlates of Sleep Disturbance Experienced by Informal Caregivers of Persons Living with Dementia: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*, *47*, 380-407. https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2139655

Brodaty, H., ve Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*, *11*(2), 217-228. https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty

Can, H., İrkeç, C., ve Karakaş, S. (2006). Alzheimer tipi demansın farklı evrelerinin nöropsikolojik profili. *Yeni Sempozyum*, *44*, 115-135.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., ve Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr*, *49*(1), 74-79. https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004

Chandra, V., Bharucha, N. E., ve Schoenberg, B. S. (1986). Conditions associated with Alzheimer's disease at death: case-control study. *Neurology*, *36*(2), 209-211. https://doi.org/10.1212/wnl.36.2.209

Cho, J., Sands, L., Stevens, A., Allore, H., ve Horstman, M. (2024). Profile of Caregiving Activities and Association With Physical Health Among Dementia Spousal Caregivers. *Innovation in Aging*, *8*. https://doi.org/10.1093/geroni/igae017

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Cömert, M., ve Yildiz, E. (2025). Leadershıp in the Context of Socıal Capıtal in Educatıon. *Journal of Posthumanism*. https://doi.org/10.63332/joph.v5i2.536

Creavin, S., Wisniewski, S., Noel-Storr, A., Trevelyan, C., Hampton, T., Rayment, D., Thom, V., Nash, K., Elhamoui, H., Milligan, R., Patel, A., Tsivos, D., Wing, T., Phillips, E., Kellman, S., Shackleton, H., Singleton, G., Neale, B., Watton, M., ve Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, *1*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd011145.pub2

Creswell, J. W., ve Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

Cui, P., Yang, M., Hu, H., Cheng, C., Chen, X., Shi, J., Li, S., Chen, C., ve Zhang, H. (2024). The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: a moderated mediation analysis of the role of psychological distress and family resilience. *BMC Public Health*, *24*. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18321-3

Darragh, A., Sommerich, C., Lavender, S., Tanner, K., Vogel, K., ve Campo, M. (2015). Musculoskeletal Discomfort, Physical Demand, and Caregiving Activities in Informal Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, *34*, 734-760. https://doi.org/10.1177/0733464813496464

Dauphinot, V., Delphin-Combe, F., Mouchoux, C., Dorey, A., Bathsavanis, A., Makaroff, Z., Rouch, I., ve Krolak-Salmon, P. (2015). Risk Factors of Caregiver Burden Among Patients with Alzheimer's Disease or Related Disorders: A Cross-Sectional Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *44*, 907-916. https://doi.org/10.3233/jad-142337

Del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., ve Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *16*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143

Dellafiore, F., Diamanti, O., Guardamagna, L., Modena, G., Servi, P., Rotondo, D. A., Nania, T., Saba, A., ve Artioli, G. (2025). The Transition to Caregiver in Advanced Alzheimer's Disease: From Emotional Connection to Care Responsibility—A Grounded Theory Approach. *Nursing Reports*, *15*. https://doi.org/10.3390/nursrep15080284

Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. (2013). In (5th ed. ed.). Arlington, VA :: American Psychiatric Association.

Elif, K., Taşkapılıoğlu, Ö., ve Bakar, M. (2017). Alzheimer hastalığında evrelere göre hastaya bakım veren kişilerin yükü. *Archives of Neuropsychiatry*, *54*, 82-86.

Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., Broe, G. A., Cummings, J., Dickson, D. W., Gauthier, S., Goldman, J., Goetz, C., Korczyn, A., Lees, A., Levy, R., Litvan, I., McKeith, I., Olanow, W., Poewe, W.,…Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord*, *22*(12), 1689-1707; quiz 1837. https://doi.org/10.1002/mds.21507

Ferretti, M. T., Iulita, M. F., Cavedo, E., Chiesa, P. A., Schumacher Dimech, A., Santuccione Chadha, A., Baracchi, F., Girouard, H., Misoch, S., Giacobini, E., Depypere, H., ve Hampel, H. (2018). Sex differences in Alzheimer disease - the gateway to precision medicine. *Nat Rev Neurol*, *14*(8), 457-469. https://doi.org/10.1038/s41582-018-0032-9

Fiebelkorn, I., ve Kastner, S. (2020). Functional Specialization in the Attention Network. *Annual review of psychology*. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103429

Folstein, M. F., Folstein, S. E., ve McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, *12*(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., ve Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*, *3*(6), 343-353. https://doi.org/10.1016/s1474-4422(04)00767-7

Frisoni, G. B., Pievani, M., Testa, C., Sabattoli, F., Bresciani, L., Bonetti, M., Beltramello, A., Hayashi, K. M., Toga, A. W., ve Thompson, P. M. (2007). The topography of grey matter involvement in early and late onsvdzheimer's disease. *Brain*, *130*(Pt 3), 720-730. https://doi.org/10.1093/brain/awl377

Froelich, L., Lladó, A., Khandker, R., Pedrós, M., Black, C., Díaz, E. S., Chekani, F., ve Ambegaonkar, B. (2021). Quality of Life and Caregiver Burden of Alzheimer's Disease Among Community Dwelling Patients in Europe: Variation by Disease Severity and Progression. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, *5*, 791-804. https://doi.org/10.3233/adr-210025

Fujimori, M., Imamura, T., Yamashita, H., Hirono, N., Ikejiri, Y., Shimomura, T., ve Mori, E. (1998). Age at onset and visuocognitive disturbances in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, *12*(3), 163-166. https://doi.org/10.1097/00002093-199809000-00007

Gallée, J., Gibbons, L. E., Choi, S. E., Lee, M., Scollard, P., Trittschuh, E. H., Mez, J., Saykin, A. J., Foldi, N. S., Mukherjee, S., ve Crane, P. K. (2025). Facets of language

performance in early-onset and late-onsvdzheimer's disease dementia. *Alzheimers Dement*, *21*(9), e70705. https://doi.org/10.1002/alz.70705

Glasdam, S., Xu, H., Slåtsveen, R.-E., Stilwell, C., Wind, G., Gulestø, R., ve Turcotte, P.-L. (2025). Older caregivers' responsibilities and strategies for their cohabiting partners living at home—a qualitative systematic literature review. *Frontiers in Public Health*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1658095

Goldberg, Z.-L., El-Omar, H., Foxe, D., Leyton, C., Ahmed, R., Piguet, O., ve Irish, M. (2021). Cognitive and Neural Mechanisms of Social Communication Dysfunction in Primary Progressive Aphasia. *Brain Sciences*, *11*. https://doi.org/10.3390/brainsci11121600

Goren, A., Montgomery, W., Kahle-Wrobleski, K., Nakamura, T., ve Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatrics*, *16*. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0298-y

Grady, C. L., Haxby, J. V., Horwitz, B., Sundaram, M., Berg, G., Schapiro, M., Friedland, R. P., ve Rapoport, S. I. (1988). Longitudinal study of the early neuropsychological and cerebral metabolic changes in dementia of the Alzheimer type. *J Clin Exp Neuropsychol*, *10*(5), 576-596. https://doi.org/10.1080/01688638808402796

Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., ve Engin, F. (2002). [Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population]. *Turk Psikiyatri Derg*, *13*(4), 273-281. (Standardize Mini Mental test'in türk toplumunda hafif demans tanisinda geçerlik ve güvenilirliği.)

Gürvit, İ. (2004). Demans sendromu, Alzheimer hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. In A. E. Öge (Ed.), *Demans sendromu, Alzheimer hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar* (pp. 367-415). Nobel Tıp Kitabevleri.

Hellis, E., ve Mukaetova-Ladinska, E. (2022). Informal Caregiving and Alzheimer's Disease: The Psychological Effect. *Medicina*, *59*. https://doi.org/10.3390/medicina59010048

Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., ve Hodges, J. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *36*, 242-250. https://doi.org/10.1159/000351671

Hu, Y., Guo, X., You, H., Liu, L., ve Wang, Y. (2025). Mediating effect of social support on the relationships between caregiver burden and quality of life in family caregivers of people with dementia: a cross-sectional study in Rural China. *BMC Nursing*, *24*. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02671-9

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W., Coben, L. A., ve Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *The British journal of psychiatry*, *140*(6), 566-572.

İnci, F., ve Erdem, M. (2010). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, *11*(4), 85-95. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/article/34004

Jack, C. R., Jr., Albert, M. S., Knopman, D. S., McKhann, G. M., Sperling, R. A., Carrillo, M. C., Thies, B., ve Phelps, C. H. (2011). Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, *7*(3), 257-262. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.004

Jack, C. R., Jr., Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeberlein, S. B., Holtzman, D. M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J. L., Montine, T., Phelps, C., Rankin, K. P., Rowe, C. C., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., ve Sperling, R. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological

definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, *14*(4), 535-562. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018

Jia, J., Wei, C., Chen, S., Li, F., Tang, Y., Qin, W., Zhao, L., Jin, H., Xu, H., Wang, F., Zhou, A., Zuo, X., Wu, L., Han, Y., Han, Y., Huang, L., Wang, Q., li, D., Chu, C., ve Gauthier, S. (2018). The cost of Alzheimer's disease in China and re-estimation of costs worldwide. *Alzheimer's ve Dementia*, *14*. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.12.006

Kaltsa, M., Tsolaki, A., Lazarou, I., Mittas, I., Papageorgiou, M., Papadopoulou, D., Tsimpli, I., ve Tsolaki, M. (2024). Language Markers of Dementia and Their Role in Early Diagnosis of Alzheimer's Disease: Exploring Grammatical and Syntactic Competence via Sentence Repetition. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, *8*, 1115-1132. https://doi.org/10.3233/adr-230204

Kang, H., Myung, W., Na, D., Kim, S., Lee, J.-H., Han, S.-H., Choi, S., Kim, S., Kim, S., ve Kim, D.-K. (2014). Factors Associated with Caregiver Burden in Patients with Alzheimer's Disease. *Psychiatry Investigation*, *11*, 152-159. https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.2.152

Karasar, N. (2007). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Nobel yayın dağıtım.

Katzman, R. (1976). Editorial: The prevalence and malignancy of Alzheimer disease. A major killer. *Arch Neurol*, *33*(4), 217-218. https://doi.org/10.1001/archneur.1976.00500040001001

Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K.-A., ve Motalebi, S. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*, *9*. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z

Kempler, D. (1995). Language Changes in Dementia of the Alzheimer Type. *Dementia and communication*.

Kim, E., ve Bayles, K. (2007). Communication in Late-Stage Alzheimer's Disease: Relation to Functional Markers of Disease Severity. *Alzheimer's Care Today*, *8*, 43-52.

Kimbarow, M. L., ve Wallace, S. E. (2024). *Cognitive communication disorders* (3 ed.). Plural Publishing.

Klimova, B., Marešová, P., Valis, M., Hort, J., ve Kuča, K. (2015). Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clinical Interventions in Aging*, *10*, 1401-1408. https://doi.org/10.2147/cia.s89714

Kocyigit, H., Aydemir, O., Olmez, N., ve Memiş, A. (1999). SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç Ve Tedavi Dergisi*, *12*, 102-106.

Kokje, E., Çelik, S., Wahl, H., ve Von Stutterheim, C. (2021). Can discourse processing performance serve as an early marker of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment? A systematic review of text comprehension. *European Journal of Ageing*, *19*, 3-18. https://doi.org/10.1007/s10433-021-00619-5

Kokorelias, K., Lu, F., Santos, J., Xu, Y., Leung, R., ve Cameron, J. (2019). "Caregiving is a full-time job" impacting stroke caregivers' health and well-being: A qualitative meta-synthesis. *Health ve social care in the community*. https://doi.org/10.1111/hsc.12895

Koyanagi, A., Devylder, J., Stubbs, B., Carvalho, A., Veronese, N., Haro, J., ve Santini, Z. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of psychiatric research*, *96*, 115-123. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001

Kraake, S., Luppa, M., Saur, D., Dietzel, J., Bach, J.-P., Riedel-Heller, S., ve Stein, J. (2025). Social functioning in individuals with Alzheimer's disease and the situation of

caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease*, *105*, 77-89. https://doi.org/10.1177/13872877251326029

Kwon, K., Kim, H., Han, S.-H., ve Shin, C.-Y. (2024). Future Therapeutic Strategies for Alzheimer's Disease: Focus on Behavioral and Psychological Symptoms. *International Journal of Molecular Sciences*, *25*. https://doi.org/10.3390/ijms252111338

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., ve Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment, 5th ed*. Oxford University Press.

Lin, C. C., Marques, I. V. P., Júnio, J. R. A. D. N., Lyra, C. R., Da Silva, E. Q., ve De Oliveira, D. V. (2025). Caregiver Burden among Caregivers of Older Adults with Alzheimer's Disease Impairs their Quality of Life: A Cross-sectional Study in Brazil. *Salud mental*. https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2025.014

Lindsey, A., Guernon, A., Stika, M., ve Pape, T. B. (2022). The diagnostic intersection of cognitive-communication disorders and aphasia secondary to TBI. *International journal of language ve communication disorders*. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12770

Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., Liu, J., Yu, T., ve Ji, Y. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, *26*, 1291. https://doi.org/10.1111/jocn.13601

Liu, Z., Heffernan, C., ve Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, *7*, 438-445. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K.,…Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*, *404*(10452), 572-628. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)01296-0

Matsuda, O., ve Saito, M. (2009). Multiple cognitive deficits in patients during the mild cognitive impairment stage of Alzheimer's disease: how are cognitive domains other than episodic memory impaired? *Int Psychogeriatr*, *21*(5), 970-976. https://doi.org/10.1017/s1041610209990330

McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A.,…Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, *89*(1), 88-100. https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000004058

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., ve Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, *34*(7), 939-944. https://doi.org/10.1212/wnl.34.7.939

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Jr., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., ve Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, *7*(3), 263-269. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005

Miyake, A., ve Friedman, N. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions. *Current Directions in Psychological Science*, *21*, 14-18. https://doi.org/10.1177/0963721411429458

Monfared, A. T., Khachatryan, A., Hummel, N., Kopiec, A., Martinez, M., Zhang, R., ve Zhang, Q. (2024). Assessing Quality of Life, Economic Burden, and Independence Across the Alzheimer's Disease Continuum Using Patient-Caregiver Dyad Surveys. *Journal of Alzheimer's Disease*, *99*, 191-206. https://doi.org/10.3233/jad-231259

Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, *43*(11), 2412-2414. https://doi.org/10.1212/wnl.43.11.2412-a

Munis, Ö. B., ve Parlak, M. M. (2023). Validity and reliability of the Turkish version of the Holden Communication Scale. *Brain and Behavior*, *13*. https://doi.org/10.1002/brb3.3223

Nagaratnam, J. M., Sharmin, S., Diker, A., Lim, W. K., ve Maier, A. B. (2022). Trajectories of Mini-Mental State Examination Scores over the Lifespan in General Populations: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Clin Gerontol*, *45*(3), 467-476. https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1756021

Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbieh, E., Akram, T. T., Al Hamad, H., Alahdab, F., Alanezi, F. M., Alipour, V., Almustanyir, S., Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., Ashraf, T.,…Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, *7*(2), e105-e125. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8

O'Brien, J. T., ve Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *Lancet*, *386*(10004), 1698-1706. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00463-8

Orange, J., ve Colton-Hudson, A. (1998). Enhancing Communication in Dementia of the Alzheimer's Type. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, *14*, 56-75. https://doi.org/10.1097/00013614-199812000-00007

Parlak, M. M., ve Köse, A. (2024). Turkish validity and reliability study on the quick aphasia battery. *Brain Behav*, *14*(1), e3343. https://doi.org/10.1002/brb3.3343

Parlak, M. M., Munis, Ö. B., Köse, A., Yıldırım, C., ve Ülker, C. A. (2024). The Turkish validity and reliability of Addenbrooke's Cognitive Examination III. *International journal of language ve communication disorders*, *60 1*. https://doi.org/10.1111/1460-6984.13147

P., Brown, J., Kaelin, D., Mattingly, E., Mello, C., Miller, E. S., Mitchell, G., Picon, L. M., Waldron-Perine, B., Wolf, T. J., Frymark, T., ve Bowen, R. (2022). American Speech-Language-Hearing Association Clinical Practice Guideline: Cognitive Rehabilitation for the Management of Cognitive Dysfunction Associated With Acquired Brain Injury. *Am J Speech Lang Pathol*, *31*(6), 2455-2526. https://doi.org/10.1044/2022_ajslp-21-00361

Perry, R. J., Watson, P., ve Hodges, J. R. (2000). The nature and staging of attention dysfunction in early (minimal and mild) Alzheimer's disease: relationship to episodic and semantic memory impairment. *Neuropsychologia*, *38*(3), 252-271. https://doi.org/10.1016/s0028-3932(99)00079-2

Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., ve Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med*, *275*(3), 214-228. https://doi.org/10.1111/joim.12190

Pinquart, M., ve Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*, *18*(2), 250-267. https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250

Pistono, A., Jucla, M., Barbeau, E., Saint-Aubert, L., Lemesle, B., Calvet, B., Köpke, B., Puel, M., ve Pariente, J. (2015). Pauses During Autobiographical Discourse Reflect Episodic Memory Processes in Early Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, *50*, 687-698. https://doi.org/10.3233/jad-150408

Pistono, A., Senoussi, M., Guerrier, L., Rafiq, M., Giméno, M., Péran, P., Jucla, M., ve Pariente, J. (2021). Language Network Connectivity Increases in Early Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, *82*, 447-460. https://doi.org/10.3233/jad-201584

Pitiyoskhopong, J., Loahasiriwong, W., ve Thammasarn, K. (2024). Role Of Socioeconomics, Psychological State, and Attitude Toward Care Giving on Quality of Life of Dependent Patients' Caregivers in the Northeast of Thailand. *The Open Public Health Journal*. https://doi.org/10.2174/0118749445350867241013104905

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., ve Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends*.

Raimo, S., Maggi, G., Ilardi, C., Cavallo, N., Torchia, V., Pilgrom, M. A., Cropano, M., Roldan-Tapia, M., ve Santangelo, G. (2024). The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis. *Neurological Sciences*, *45*, 2427-2443. https://doi.org/10.1007/s10072-024-07366-2

Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., van Swieten, J. C., Seelaar, H., Dopper, E. G., Onyike, C. U., Hillis, A. E., Josephs, K. A., Boeve, B. F., Kertesz, A., Seeley, W. W., Rankin, K. P., Johnson, J. K., Gorno-Tempini, M. L., Rosen, H.,…Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, *134*(Pt 9), 2456-2477. https://doi.org/10.1093/brain/awr179

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., ve Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*.

Robin, J., Xu, M., Balagopalan, A., Novikova, J., Kahn, L., Oday, A., Hejrati, M., Hashemifar, S., Negahdar, M., Simpson, W., ve Teng, E. (2023). Automated detection of progressive speech changes in early Alzheimer's disease. *Alzheimer's ve Dementia : Diagnosis, Assessment ve Disease Monitoring*, *15*. https://doi.org/10.1002/dad2.12445

Rodriguez, E., Belan, A. F. R., ve Radanovic, M. (2022). Cognitive-communication disorder following right hemisphere damage: Narrative production. *Cereb Circ Cogn Behav*, *3*, 100147. https://doi.org/10.1016/j.cccb.2022.100147

Roheger, M., Brenning, J., Riemann, S., Martin, A., Flöel, A., ve Meinzer, M. (2022). Progression of socio-cognitive impairment from healthy aging to Alzheimer's dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, *140*. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104796

Sachdev, P., Kalaria, R., O'Brien, J., Skoog, I., Alladi, S., Black, S. E., Blacker, D., Blazer, D. G., Chen, C., Chui, H., Ganguli, M., Jellinger, K., Jeste, D. V., Pasquier, F., Paulsen, J., Prins, N., Rockwood, K., Roman, G., ve Scheltens, P. (2014). Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, *28*(3), 206-218. https://doi.org/10.1097/wad.0000000000000034

Saxena, S., ve Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The world health organization perspective. *Eur Psychiatry*, *12 Suppl 3*, 263s-266s. https://doi.org/10.1016/s0924-9338(97)89095-5

Schacter, D. (1995). The cognitive neuroscience of memory. *Journal of the Neurological Sciences*, *134*. https://doi.org/10.1016/0022-510x(96)80078-5

Schulz, R., ve Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry*, *12*(3), 240-249.

Schulz, R., ve Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*, *108*(9 Suppl), 23-27; quiz 27. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c

Snowden, J. S., Gibbons, Z. C., Blackshaw, A., Doubleday, E., Thompson, J., Craufurd, D., Foster, J., Happé, F., ve Neary, D. (2003). Social cognition in frontotemporal dementia and Huntington's disease. *Neuropsychologia*, *41*(6), 688-701. https://doi.org/10.1016/s0028-3932(02)00221-x

Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*, *11*(11), 1006-1012. https://doi.org/10.1016/s1474-4422(12)70191-6

Strøm, B. S., Engedal, K., Šaltytė Benth, J., ve Grov, E. K. (2016). Psychometric evaluation of the Holden Communication Scale (HCS-TR) for persons with dementia. *BMJ Open*, *6*(12), e013447. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013447

Tabachnick, B., ve Fidell, L. (2013). Using multivariate statistics (6e éd.). Boston, É. *U.: Pearson*.

Tay, L. X., Ong, S., Ong, H. M., Teh, E. E., Ch'ng, A., Tiong, I. K., Razali, R. M., ve Parumasivam, T. (2025). Caregiver burden of Alzheimer's disease among informal caregivers: a cross-sectional study in Malaysia. *Scientific Reports*, *15*. https://doi.org/10.1038/s41598-025-95210-8

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2022). EYHGM istatistik bülteni Şubat 2022 [PDF file]. Retrieved from https://www.aile.gov.tr/media/102557/eyhgm_istatistik_bulteni_subat_2022.pdf

Tomoeda, C. K., ve Bayles, K. A. (2007). Cognitive-Communication Disorders of Dementia.

Tough, H., Brinkhof, M., ve Fekete, C. (2022). Untangling the role of social relationships in the association between caregiver burden and caregiver health: an observational study exploring three coping models of the stress process paradigm. *BMC Public Health*, *22*. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14127-3

Twiss, E., McPherson, C., ve Weaver, D. (2025). Global Diseases Deserve Global Solutions: Alzheimer's Disease. *Neurology International*, *17*. https://doi.org/10.3390/neurolint17060092

Van Den Kieboom, R. C., Snaphaan, L., Mark, R., ve Bongers, I. (2020). The Trajectory of Caregiver Burden and Risk Factors in Dementia Progression: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, *77*, 1107-1115. https://doi.org/10.3233/jad-200647

Vitaliano, P. P., Zhang, J., ve Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull*, *129*(6), 946-972. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946

Von Känel, R., Mausbach, B., Dimsdale, J., Ziegler, M., Mills, P., Allison, M., Patterson, T., Ancoli-Israel, S., ve Grant, I. (2019). Refining caregiver vulnerability for clinical practice: determinants of self-rated health in spousal dementia caregivers. *BMC Geriatrics*, *19*. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1033-2

Walker, Z., Possin, K., Boeve, B., ve Aarsland, D. (2015). Lewy body dementias. *The Lancet*, *386*, 1683-1697. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00462-6

Ware, J. E., ve Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, *23*(2), 49-73. https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449283

Ware, J. E., Jr., ve Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, *30*(6), 473-483.

Watson, C., Chenery, H., ve Carter, M. (2010). An analysis of trouble and repair in the natural conversations of people with dementia of the Alzheimer's type. *Aphasiology*, *13*. https://doi.org/10.1080/026870399402181

Wilk, C., ve Petrinec, A. (2021). Caregiver willingness to provide care in the ICU: A concept analysis. *Nursing forum*. https://doi.org/10.1111/nuf.12563

Wilson, S. M., Eriksson, D. K., Schneck, S. M., ve Lucanie, J. M. (2018). A quick aphasia battery for efficient, reliable, and multidimensional assessment of language function. *PLoS One*, *13*(2), e0192773. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192773

World Health Organization. (2021). Fact sheets of dementia. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia

World Health, O. (2023). *Dementia*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

World Health, O. (2025, 2025/03/31). *Dementia (Fact sheet)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J., ve Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*. https://doi.org/10.1186/s12955-016-0504-9

Zarit, S. H., Orr, N. K., ve Zarit, J. M. (1985). The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families Under Stress.

Zarit, S. H., Reever, K. E., ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, *20*(6), 649-655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *Int Psychogeriatr*, *29*(11), 1785-1800. https://doi.org/10.1017/s1041610217001429

Ameri, F., Rahmani, H., Mirhosseini, S., Basirinezhad, M. H., Saeedi, M., & Ebrahimi, H. (2024). Exploring Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: The Predictive Role Of Psychological Distress. *The Open Public Health Journal*, *17*. https://doi.org/https://doi.org/10.2174/0118749445327572240916091208

Assunção, S. S., Sperling, R. A., Ritchie, C., Kerwin, D. R., Aisen, P. S., Lansdall, C., Atri, A., & Cummings, J. (2022). Meaningful benefits: a framework to assess disease-modifying therapies in preclinical and early Alzheimer's disease. *Alzheimers Res Ther*, *14*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s13195-022-00984-y

Banerjee, S., Willis, R., Graham, N., & Gurland, B. J. (2010). The Stroud/ADI dementia quality framework: a cross-national population-level framework for assessing the quality of life impacts of services and policies for people with dementia and their family carers. *Int J Geriatr Psychiatry*, *25*(3), 249-257. https://doi.org/10.1002/gps.2330

Campbell, J., Lavoie, L., Farraia, M., Huelin, R., Zhang, Q., & Tahami Monfared, A. A. (2025). Quality of Life in Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia Associated with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Neurol Ther*, *14*(1), 7-26. https://doi.org/10.1007/s40120-024-00676-9

Cera, M., Ortiz, K., Bertolucci, P., Tsujimoto, T., & Minett, T. (2023). Speech and phonological impairment across Alzheimer's disease severity. *Journal of communication disorders*, *105*, 106364. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106364

Chan, C. Y., Cheung, G., Martinez-Ruiz, A., Chau, P. Y., Wang, K., Yeoh, E., & Wong, E. L. (2021). Caregiving burnout of community-dwelling people with dementia in Hong Kong and New Zealand: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 261.

Cheng, S. T. (2017). Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Curr Psychiatry Rep*, *19*(9), 64. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2

Cholerton, B., Larson, E. B., Baker, L. D., Craft, S., Crane, P. K., Millard, S. P., Sonnen, J. A., & Montine, T. J. (2013). Neuropathologic correlates of cognition in a population-based sample. *J Alzheimers Dis*, *36*(4), 699-709. https://doi.org/10.3233/jad-130281

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*(4), 361-381. https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00019442-200111000-00005

Creavin, S., Wisniewski, S., Noel-Storr, A., Trevelyan, C., Hampton, T., Rayment, D., Thom, V., Nash, K., Elhamoui, H., Milligan, R., Patel, A., Tsivos, D., Wing, T., Phillips, E., Kellman, S., Shackleton, H., Singleton, G., Neale, B., Watton, M., & Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, *1*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd011145.pub2

Cross, A. J., Garip, G., & Sheffield, D. (2018). The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Psychology & health*, *33*(11), 1321-1342.

Dellafiore, F., Diamanti, O., Guardamagna, L., Modena, G., Servi, P., Rotondo, D. A., Nania, T., Saba, A., & Artioli, G. (2025). The Transition to Caregiver in Advanced Alzheimer's Disease: From Emotional Connection to Care Responsibility—A Grounded Theory Approach. *Nursing Reports*, *15*(8), 284. https://www.mdpi.com/2039-4403/15/8/284

Engel, L., Loxton, A., Bucholc, J., Muldowney, A., Mihalopoulos, C., & McCaffrey, N. (2022). Providing informal care to a person living with dementia: the experiences of informal carers in Australia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *102*, 104742. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104742

Erkuran, H., & Altay, B. (2020). Alzheimer'lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi [The Effect of Care Burden on Coping with Stress in Persons Caring for Alzheimer's Patient]. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, *3*(2), 52-58. https://doi.org/10.35333/JOHSE.2020.133

Ferretti, M. T., Iulita, M. F., Cavedo, E., Chiesa, P. A., Schumacher Dimech, A., Santuccione Chadha, A., Baracchi, F., Girouard, H., Misoch, S., Giacobini, E., Depypere, H., & Hampel, H. (2018). Sex differences in Alzheimer disease - the gateway to precision medicine. *Nat Rev Neurol*, *14*(8), 457-469. https://doi.org/10.1038/s41582-018-0032-9

Ferris, S. H., & Farlow, M. (2013). Language impairment in Alzheimer's disease and benefits of acetylcholinesterase inhibitors. *Clin Interv Aging*, *8*, 1007-1014. https://doi.org/10.2147/cia.S39959

Froelich, L., Lladó, A., Khandker, R., Pedrós, M., Black, C., Díaz, E. S., Chekani, F., & Ambegaonkar, B. (2021). Quality of Life and Caregiver Burden of Alzheimer's Disease Among Community Dwelling Patients in Europe: Variation by Disease Severity and Progression. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, *5*, 791-804. https://doi.org/10.3233/adr-210025

Glozman, J. M. (2004). Quality of life of caregivers. *Neuropsychology review*, *14*(4), 183-196.

Graham, J. E., & Bassett, R. (2006). Reciprocal relations: The recognition and co-construction of caring with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, *20*(4), 335-349. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2005.12.003

Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, *36*(3-4), 242-250. https://doi.org/10.1159/000351671

Jack, C. R., Jr., Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeberlein, S. B., Holtzman, D. M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J. L., Montine, T., Phelps, C., Rankin, K. P., Rowe, C. C., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., & Sperling, R. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, *14*(4), 535-562. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018

Khan, Z., Da Silva, M. V., Nunez, K. M., Kalafatis, C., Nowicki, S., Walker, Z., Testad, I., Francis, P., & Ballard, C. (2021). Investigating the effects of impairment in non-verbal communication on neuropsychiatric symptoms and quality of life of people living with dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, *7*(1), e12172.

Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Caregiver Burden in Different Stages of Alzheimer's Disease. *Noro psikiyatri arsivi*, *54 1*, 82-86. https://doi.org/10.5152/npa.2017.11304

Laparidou, D., Middlemass, J., Karran, T., & Siriwardena, A. N. (2019). Caregivers' interactions with health care services–Mediator of stress or added strain? Experiences and perceptions of informal caregivers of people with dementia–A qualitative study. *Dementia*, *18*(7-8), 2526-2542.

Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M. M. (2020). Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ supportive & palliative care*, *14*(e1), e38-e49.

Maniamma, N. K., Hegde, V. N., kosgi, S., & Bhairappanavar, S. B. Sociodemographic and clinical profile, caregiver burden, and quality of life in dementia: A cross-sectional study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, *16*. https://doi.org/10.25259/JNRP_250_2025

Matias-Guiu, J. A., Cortés-Martínez, A., Valles-Salgado, M., Rognoni, T., Fernández-Matarrubia, M., Moreno-Ramos, T., & Matías-Guiu, J. (2017). Addenbrooke's cognitive examination III: diagnostic utility for mild cognitive impairment and dementia and correlation with standardized neuropsychological tests. *International Psychogeriatrics*, *29*(1), 105-113. https://doi.org/10.1017/S1041610216001496

Menon, B., Salini, P., Habeeba, K., Conjeevaram, J., & Munisusmitha, K. (2017). Female Caregivers and Stroke Severity Determines Caregiver Stress in Stroke Patients.

Annals of Indian Academy of Neurology, *20*(4), 418-424. https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_203_17

Midi, I., Doğan, M., Pata, Y. S., Kocak, I., Mollahasanoglu, A., & Tuncer, N. (2011). The effects of verbal reaction time in Alzheimer's disease. *Laryngoscope*, *121*(7), 1495-1503. https://doi.org/10.1002/lary.21753

Mielke, M. M. (2018). Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease Dementia. *Psychiatr Times*, *35*(11), 14-17.

Miura, H., Arai, Y., & Yamasaki, K. (2005). Feelings of burden and health-related quality of life among family caregivers looking after the impaired elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(5), 551-555.

Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1104250.

Oba, H., Matsuoka, T., Kato, Y., & Narumoto, J. (2018). Factors associated with quality of life of dementia caregivers: Direct and indirect effects. *Journal of advanced nursing*, *74*(9), 2126-2134.

Orange, J., & Colton-Hudson, A. (1998). Enhancing Communication in Dementia of the Alzheimer's Type. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, *14*, 56-75. https://doi.org/10.1097/00013614-199812000-00007

Orange, J. B. (1991). Perspectives of family members regarding communication changes. *Dementia and communication*, 168-186.

Ossenkoppele, R., Cohn-Sheehy, B. I., La Joie, R., Vogel, J. W., Möller, C., Lehmann, M., van Berckel, B. N., Seeley, W. W., Pijnenburg, Y. A., Gorno-Tempini, M. L., Kramer, J. H., Barkhof, F., Rosen, H. J., van der Flier, W. M., Jagust, W. J., Miller, B. L., Scheltens, P., & Rabinovici, G. D. (2015). Atrophy patterns in early clinical stages across distinct phenotypes of Alzheimer's disease. *Hum Brain Mapp*, *36*(11), 4421-4437. https://doi.org/10.1002/hbm.22927

Östberg, P., Bogdanović, N., & Wahlund, L.-O. (2009). Articulatory agility in cognitive decline. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *61*(5), 269-274.

Petrovsky, D. V., Sefcik, J. S., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2020). Harsh communication: characteristics of caregivers and persons with dementia. *Aging & Mental Health*, *24*(10), 1709-1716.

Pistono, A., Jucla, M., Barbeau, E., Saint-Aubert, L., Lemesle, B., Calvet, B., Köpke, B., Puel, M., & Pariente, J. (2015). Pauses During Autobiographical Discourse Reflect Episodic Memory Processes in Early Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, *50*, 687-698. https://doi.org/10.3233/jad-150408

Pistono, A., Senoussi, M., Guerrier, L., Rafiq, M., Giméno, M., Péran, P., Jucla, M., & Pariente, J. (2021). Language Network Connectivity Increases in Early Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, *82*, 447-460. https://doi.org/10.3233/jad-201584

Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L., & Montgomery, R. J. V. (2005). Investigating the Effects of Communication Problems on Caregiver Burden. *The Journals of Gerontology: Series B*, *60*(1), S48-S55. https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S48

Small, J., Geldart, K., & Gutman, G. (2000). Communication between individuals with dementia and their caregivers during activities of daily living. *American Journal of Alzheimer s Disease and Other Dementias*, *15*, 291-302. https://doi.org/10.1177/153331750001500511

Stirling, C., Andrews, S., Croft, T., Vickers, J., Turner, P., & Robinson, A. (2010). Measuring dementia carers' unmet need for services-an exploratory mixed method study. *BMC health services research*, *10*(1), 122.

Takenoshita, S., Terada, S., Yoshida, H., Yamaguchi, M., Yabe, M., Imai, N., Horiuchi, M., Miki, T., Yokota, O., & Yamada, N. (2019). Validation of Addenbrooke's cognitive examination III for detecting mild cognitive impairment and dementia in Japan. *BMC Geriatrics*, *19*. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1120-4

Tay, L. X., Ong, S., Ong, H. M., Teh, E. E., Ch'ng, A., Tiong, I. K., Razali, R. M., & Parumasivam, T. (2025). Caregiver burden of Alzheimer's disease among informal caregivers: a cross-sectional study in Malaysia. *Scientific Reports*, *15*. https://doi.org/10.1038/s41598-025-95210-8

Tosun, A. S., Lök, N., & Bademli, K. (2024). Predictors of caregiver burden in Alzheimer's disease: Caregiver stress, life satisfaction and quality of life levels. *Neurology Asia*. https://doi.org/10.54029/2024idz

Tulek, Z., Baykal, D., Erturk, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., & Gurvit, I. H. (2020). Caregiver Burden, Quality of Life and Related Factors in Family Caregivers of Dementia Patients in Turkey. *Issues Ment Health Nurs*, *41*(8), 741-749. https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1705945

Van Den Kieboom, R. C., Snaphaan, L., Mark, R., & Bongers, I. (2020). The Trajectory of Caregiver Burden and Risk Factors in Dementia Progression: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, *77*, 1107-1115. https://doi.org/10.3233/jad-200647

Volkmer, A., Cross, L., Highton, L., Jackson, C., Smith, C., Brotherhood, E., Harding, E., Mummery, C., Rohrer, J., Weil, R., Yong, K., Crutch, S., & Hardy, C. (2024). 'Communication is difficult': Speech, language and communication needs of people with young onset or rarer forms of non-language led dementia. *International journal of language & communication disorders*. https://doi.org/10.1111/1460-6984.13018

Watson, B., Dawn Aizawa, L., Savundranayagam, M. Y., & Orange, J. (2012). Links Among Communication, Dementia and Caregiver Burden. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, *36*(4).

Williams, M. M., Xiong, C., Morris, J. C., & Galvin, J. E. (2006). Survival and mortality differences between dementia with Lewy bodies vs Alzheimer disease. *Neurology*, *67*(11), 1935-1941. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000247041.63081.98

Wilson, S. M., Eriksson, D. K., Brandt, T. H., Schneck, S. M., Lucanie, J. M., Burchfield, A. S., Charney, S., Quillen, I. A., de Riesthal, M., Kirshner, H. S., Beeson, P. M., Ritter, L., & Kidwell, C. S. (2019). Patterns of Recovery From Aphasia in the First 2 Weeks After Stroke. *J Speech Lang Hear Res*, *62*(3), 723-732. https://doi.org/10.1044/2018_jslhr-l-18-0254

Zygouri, I., Cowdell, F., Ploumis, A., Gouva, M., & Mantzoukas, S. (2021). Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Health Serv Res*, *21*(1), 730. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06736-2

Ek-2. Çalışmanın Orjinallik Raporu

Özgür BOZDAĞ-ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BİLİŞSEL İLETİŞİM BOZUKLUĞUNUN BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNE VE BAKIM YÜKÜNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ.pdf

ORIGINALITY REPORT

13%	8%	9%	4%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	2%
2	openaccess.hacettepe.edu.tr Internet Source	1%
3	Karakaş, Neşe. "Malatya'da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Inonu University (Turkey), 2025 Publication	1%
4	Submitted to Bahcesehir University Student Paper	1%
5	dergipark.org.tr Internet Source	<1%
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	<1%
7	Çalişkan, Gülçin Kurtuluş. "İlkokul 1.Sınıf Öğrencilerinin Okula Uyum ve Okula Hazır Bulunuşluklarının Değerlendirilmesi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Publication	<1%
8	daahk.org Internet Source	<1%

Ek-3. Dijital Makbuzu

turnitin

Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	ÖZGÜR BOZDAĞ
Assignment title:	TEZ
Submission title:	Özgür BOZDAĞ-ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BİLİ...
File name:	Özgür_BOZDAĞ-ALZHEİMER_HASTALIĞI_OLAN_BİREYLERDE_Bİ...
File size:	3.33M
Page count:	182
Word count:	54,010
Character count:	292,291
Submission date:	10-Feb-2026 03:54AM (UTC+0300)
Submission ID:	2860710177



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BİLİŞSEL İLETİŞİM BOZUKLUĞUNUN BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNE VE BAKIM YÜKÜNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgür BOZDAĞ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ PROGRAMI

Ankara, 2026

Copyright 2026 Turnitin. All rights reserved.

Ek-4. Demografik Bilgi Formu

1. Bakım Veren Bilgi ve Bakım Özellikleri Formu

Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

Yaşınız:

Medeni durumunuz:

- EVLİ
- BEKAR
- BOŞANMIŞ

Eğitim durumunuz:

- Okur-yazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Lisansüstü

Mesleğiniz:

Çalışma durumu:

- Tam zamanlı
- Yarı zamanlı
- İşsiz
- Emekli

Alzheimer hastasıyla yakınlık dereceniz:

- Eş
- Çocuk
- Kardeş
- Torun
- Diğer

Kaç yıldır bakım veriyorsunuz:

Günlük bakım süreniz:

- 1–3 saat
- 4–6 saat
- 7–12 saat
- 13–24 saat

Haftalık bakım gününüz:

- 1–2 gün
- 3–4 gün
- 5–6 gün
- Her gün

Bakımın kendi sağlığınıza etkisi oldu mu?

- Hayır
- Evet, fiziksel
- Evet, psikolojik
- Evet, sosyal

Bakım nedeniyle iş/meslek hayatınız etkilendi mi

- Evet
- Hayır

Bakım nedeniyle sosyal yaşamınız etkilendi mi

- Evet
- Hayır

Bakım nedeniyle ekonomik durumunuz etkilendi mi

- Evet
- Hayır

2. Hasta Bilgi Formu

Cinsiyeti:

- Kadın
- Erkek

Yaşı:

Medeni durumu:

- EVLİ
- BEKAR
- BOŞANMIŞ

Eğitim durumu:

- Okur-yazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Lisansüstü

Alzheimer tanısı aldığı yıl:

Hastalığın evresi

- Hafif
- Orta
- İleri

Ek tıbbi hastalıklar var mı? Varsa Belirtiniz:

Ek-5. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

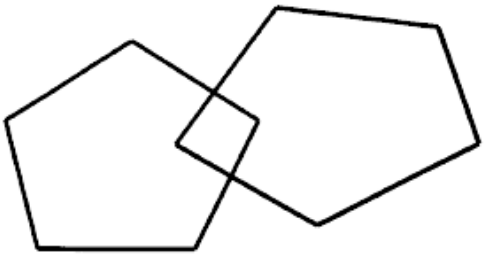
YÖNELİM (Toplam puan 10)
Hangi yıl içindeyiz..... ( )
Hangi mevsimdeyiz ..... ( )
Hangi aydayız ..... ( )
Bu gün ayın kaçı ..... ( )
Hangi gündeyiz ..... ( )

Hangi ülkede yaşıyoruz ..... ( )
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ..... ( )
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ..... ( )
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ..... ( )
Şu an bu binada kaçıncı kattasınız ..... ( )

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ..... ( )
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ..... ( )

HATIRLAMA (Toplam puan 3)
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ( )

LİSAN (Toplam puan 9)
a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)
..... ( )
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar
edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ( )
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi
yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere
bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ( )
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ( )
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ( )
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ..... ( )



Ek-6. Addenbrooke Kognitif Değerlendirmesi-III Türkçe (ACE-III-TR)

ADDENBROOK KOGNİTİF DEĞERLENDİRMESİ – ACE-III
Türkçe Versiyon A

İsim:
Doğum Yılı:
Yaş:
Testin yapıldığı yer:

Test Tarihi:_____/___/_____
Derğerlendiren:_____
Eğitim(yıl): _____
Meslek: _____
El tercihi: _____

Dikkat *(M-ACE puanı için yalnızca koyu renkliler içindeki öğeleri toplayın)

	Gün	Tarih	Ay	Yıl	Mevsim	Dikkat [Skor 0-5]
➢ Sorun: Nedir						*
➢ Sorun: Hangi	Oda no/Kat	Cadde/Hastane	İlçe	Şehir	Ülke	Dikkat [Skor 0-5]

DİKKAT

➢ Söyleyin: "Sana üç kelime söyleyeceğim ve benden sonra tekrar etmeni istiyorum: limon, anahtar ve top."
Kişi tekrarladıktan sonra "Hatırlamaya çalış çünkü sana sonra soracağım" de.
➢ Yalnızca ilk denemeyi puanlayın (Gerekirse 3 kez tekrarlayın).
➢ Deneme sayısını kaydeniz: ___

Dikkat [Skor 0-3]

DİKKAT

➢ Kişiye sorun: "100'den 7 çıkarabilir misiniz? Sana durmanı söyleyene kadar her yeni numaradan 7 çıkarmaya devam etmeni istiyorum."
➢ Kişi bir hata yaparsa, durdurmayın. Konunun devam etmesine ve sonraki cevapları kontrol etmesine izin verin (örneğin, 93, 84, 77, 70, 63 - puan 4).
➢ Beş çıkarma işleminden sonra durun (93, 86, 79, 72, 65):

Dikkat [Skor 0-5]

BELLEK

➢ Sor: 'Hangi 3 kelimeyi tekrarlamanı ve hatırlamanı istemiştim?' _____ _____

Bellek [Skor 0-3]

AKICILIK

➢ **Harfler**
Söyleyin: "Size alfabenin bir harfini vereceğim ve o harfle başlayan mümkün olduğunca çok kelime üretmenizi istiyorum, ancak kişi veya yer isimleri değil. Örneğin, size "S" harfini verirsem, bana "solucan,sallamak, saat" gibi kelimeler söyleyebilirsin. Ama bana Selim ya da Samsun gibi kelimeleri söyleyemezsin. Anlıyor musun? Hazır mısın? Bir dakikan var. Kullanmanı istediğim harf "K" harfi.

Akıcılık [Skor 0 – 7]

≥ 18	7
14-17	6
11-13	5
8-10	4
6-7	3
4-5	2
2-3	1
0-1	0
toplam	doğru

➢ **Hayvanlar**
Söyleyin: "Şimdi mümkün olduğunca çok hayvan ismi söyleyebilirsiniz. Herhangi bir harfle başlayabilir."

Akıcılık [Skor 0 – 7]

≥ 22	7
17-21	6
14-16	5
11-13	4
9-10	3
7-8	2
5-6	1
<5	0
toplam	doğru

Ek-7. Holden İletişim Ölçeği (*Holden Communication Scale:* HCS-TR)

Holden iletişim ölçeği (HCS), Una Holden tarafından geliştirilmiştir ve 12 maddeden oluşmaktadır. Puan 0-48 arasında değişir ve puan ne kadar yüksekse zorluk o kadar fazladır. Yalnızca **BİR** cevap seçin.

Holden		**Puan**
Sohbet		
1.Yanıt	0. Herhangi biriyle derinlemesine bir sohbet başlatır	
	1. Kişiye tanıdık gelenler için iyi yanıt verir	
	2. Yakınındakilere uygun yanıt verir; sohbeti başlatma yok	
	3.Oldukça kafası karışık; zayıf anlaması var	
	4. Nadiren sohbet eder veya hiç sohbet etmez	
2.Geçmiş olaylara ilgi	0. Geçmiş olayların tam, uzun açıklamasını yapar	
	1. Oldukça iyi bir açıklama yapar	
	2. Kısa açıklama yapar; biraz kafası karışık	
	3. Kafası karışmış veya geçmiş olaylara ilgisiz	
	4. Yanıt yok	
3.Sevinç (memnuniyet)	0. Durumlara/olaylara karşı memnuniyetini gösterir	
	1. Gülümser ve ilgi gösterir	
	2. Değişken yanıt; hafif gülümseme; belirsizlik	
	3. Nadiren bile olsa bir gülümseme gösterir	
	4. Sadece ağlar, yanıt yok	
4.Mizah (şaka)	0.Kendi inisiyatifiyle durum yaratır veya komik bir hikaye anlatır	
	1. Komik durumlardan veya hikayelerden hoşlanır	
	2. Cevap vermek için bir açıklamaya ve teşviğe ihtiyaç duyar	
	3. Belli belirsiz gülümseme; sadece başkalarını taklit eder	
	4. Yanıt yok veya olumsuz	
Farkındalık ve bilgi		
5.İsimler	0. Etrafındaki bir çok kişinin ismini bilir.	
	1.Birkaç isim bilir	
	2. Sürekli bir hatırlatmaya ihtiyaç duyar	
	3. Yalnızca kendi adını bilir	
	4. Kendi adını bile unuttur	
6. Genel oryantasyon	0. Gün, ay, hava durumu ve nerede olduğunu bilir	
	1. Bir veya iki öğeyi unutabilir (Gün, ay, hava durumu ve nerede olduğu)	
	2. Genellikle iki ögeyi doğru yapar ama diğerlerini de bilmeye çalışır(Gün, ay, hava durumu ve nerede olduğu)	
	3. Belirsiz; birini tahmin edebilir(Gün, ay, hava durumu ve nerede olduğu)	
	4. Bilinci çok karışık, hiç birini bilemez	
7.Genel Bilgi	0.Güncel olaylarda iyi bilir; genel olarak durumlara hakimdir	
	1. Yalnızca olağanüstü olayları bilir; genel bilgi konusunda ortadır	

Ek-8. Hızlı Afazi Bataryası (HAB)

- Her bir maddeye yanıt vermesi için 6 saniye bekleyin. 3 saniyeden sonra doğru verilen doğru yanıtlar gecikmeli olarak sayılır ve 3 puan verilir. Bir yanıtın 6 saniyeden önce başlatıldığı ve ardından devam ettiği durumlar dışında, yalnızca ilk 6 saniyede üretilen cevabı puanlayın.
- İlk tam yanıtı puanlayın (yani yanlış bir başlangıç veya bir eksik yanıtı değil).
- Sözlü olarak sunulan maddeler, hasta isterse veya muayene eden kişi yanlış anlama veya dikkat eksikliğinden şüphelenirse bir kez tekrarlanabilir. Bir öğe tekrarlanırsa, 6 saniye sayımını yeniden başlatın.
- Herhangi bir ses biriminin (fonemlerin) tanımlanmasını etkilemeyen dizartrik veya apraksik hatalar, motor konuşmanın derecelendirilmesi dışında göz ardı edilmelidir.

1. Bilinç düzeyi

Hasta değerlendirme için uygun mu? Aşağıdaki gibi puanlayın:

4 = evet; 0 = hayır, hemşire(ler), doktor(lar) vb. ile önceden yapılan görüşmeye göre,

(a) *Hasta değerlendirilecek kadar klinik açıdan stabil mi?* [0 **(testi sonlandır)**] [4]

Uyandırılabilir mi? Aşağıdaki gibi puanlayın:

4 = zaten uyanık veya hafif bir uyaranla uyanıyor; 3 = orta düzey uyaranla uyanır; 2 = uyanır ama uyanık kalmaz; 1 = bazı tepkiler gösterir ama uyanmaz; 0 = yanıt yok.

(b) Hasta uyandırılabilir mi? [0 **(testi sonlandır)**] [1 **(testi sonlandır)**] [2] [3] [4]

Oryante mi? Aşağıdaki gibi puanlayın:

4 = anlaşılır, doğru bir cevap (herhangi bir konuşma/dil hatası burada göz ardı edilebilir); 3 = üç evet/hayır sorusuna doğru cevap 2 = 'evet' sorusunda doğru ve 1/2 'hayır' sorusunda doğru; 1 = anlamanın ve yanıt vermeye çalışmanın beli-belirsiz işaretleri var 0 = soruyu anlama belirtisi göstermiyor veya yanıt yok.

(c) Şu anda nerede olduğumuzu söyleyebilir misiniz? _____ [0] [1] [2] [3] [4]

cevap yoksa/yanlışsa:
Kütüphanede miyiz? [evet] [hayır] [yanıt yok]
Oyun alanında mıyız? [evet] [hayır] [yanıt yok]
[doğru yer] de/da mıyız? [evet] [hayır] [yanıt yok]

(d) Şu an hangi aydayız? _____ [0] [1] [2] [3] [4]

cevap yoksa/yanlışsa:
[yanlış ay] da mıyız? [evet] [hayır] [yanıt yok]
[yanlış ay] da mıyız? [evet] [hayır] [yanıt yok]
[yanlış ay] da mıyız? [evet] [hayır] [yanıt yok]

(e) Kaç yaşındasınız? _____ [0] [1] [2] [3] [4]

cevap yoksa/yanlışsa:
Sen…[yanlış yaş] yaşında mısın? [evet] [hayır] [yanıt yok]
Sen…[yanlış yaş] yaşında mısın? [evet] [hayır] [yanıt yok]
Sen…[yanlış yaş] yaşında mısın? [evet] [hayır] [yanıt yok]

Komutları takip edebilir mi? Aşağıdaki gibi puanlayın:

4 = sözlü komutu takip eder; 3 = eylemi taklit eder; 1 = sözlü komutu takip etmeye veya eylemi taklit etmeye yönelik belirsiz girişim; 0 = verilen yanıt komutu anlama belirtisi göstermiyor veya yanıt yok.

Koşullarl veya hastanın durumu gerektiriyorsa, alternatif basit komutlar kullanılabilir, bu durumda bunlar not edilmelidir.

(f) Gözlerini kapat. _____

Yapamadıysa: *Gözlerinizi kapatarak model olun, aynısını yapmasını isteyin.* [0] [1] [3] [4]

(g) Ellerimi tut. (ya da ellerini birleştir) _____

Yapamadıysa: *Hastanın elini sıkın, aynısını yapmasını isteyin.* [0] [1] [3] [4]

Genel izlenim. Aşağıdaki gibi puanlayın:

4 = evet; 3 = evet, ancak tereddütlü (örneğin bazı gecikmeler varr); 2 = ara sıra; 1 =çok nadir olarak; 0 = hiç değil.

(h) Hasta uyanık kalabilir, dikkatini sürdürebilir ve komutları deneyebilir mi? [0 **(testi sonlandır)**] [1 **(testi sonlandır)**] [2 **(sonlandır)**] [3] [4]

Ek-9. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (*Zarit Burden Interview:* ZBI)

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtanifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren,bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızıgösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasındazorlandığınızı düşünüyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yöndeetkilediğini düşünüyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirecebileceklerinden korkuyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
   0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?
    0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

Ek-10. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (*Short Form-36 Health Survey:* SF-36)

Adınız Soyadınız: _____ Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel ☐
Çok iyi ☐
İyi ☐
Orta (fena değil) ☐
Kötü ☐

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi ☐
Bir yıl öncesinden biraz iyi ☐
Hemen hemen aynı ☐
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü ☐
Bir yıl öncesinden çok daha kötü ☐

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	☐	☐	☐
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	☐	☐	☐
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme	☐	☐	☐
g)İki kilometreden çok yürüme	☐	☐	☐
h)Bir kilometre yürüme	☐	☐	☐
i)100 metre yürüme	☐	☐	☐
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	☐	☐	☐