

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE KAYITLI
ALZHEIMER HASTALARININ BAKIM
VERİCİLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN
ALZHEIMER HASTALIĞINA YÖNELİK BİLGİ
VE TUTUMLARINA ETKİSİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selin Nur KARA
ORCID:0009-0008-4891-8095

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR

ORDU-2025

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Selin Nur KARA tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürütülen “Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Alzheimer Hastalığına Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” adlı bu tez jürimiz tarafından 17/ 12/ 2024 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Ayla HENDEKÇİ İmza.....
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Giresun Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Aslıhan ÇATIKER İmza.....
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR İmza.....
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Selin Nur KARA

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında bana rehberlik edip destek vererek yol gösteren ve değerli katkılarıyla gelişimime ışık tutan danışmanım Sayın Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR'a minnettarım. Tez sürecim süresince bana yalnızca akademik bilgi sunmakla kalmayıp, cesaretlendirici yaklaşımı ve sabrı ile bu çalışmayı mümkün kıldı. Kendisinden edindiğim akademik bilgi ve bakış açısının, gelecekteki çalışmalarım da yolumu aydınlatacağından eminim.

Tez sürecimde bana akademik anlamda destek veren değerli hocalarımin katkılarını da anmak isterim. Sayın Doç. Dr. Aslıhan ÇATIKER'e yönlendirmeleri ve tavsiyeleri ile araştırmamı geniş bir perspektiften değerlendirmemi sağladığı ve bu yolculuğu anlamlı kılarak katkı sunduğu için minnettarlığımı ifade etmek isterim.

Bu çalışmanın ilerlemesinde katkıda bulunan, görüş ve bilgilerini paylaşan Bulancak Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sayın Reyhan İNCE KASAP'a, güler yüzü ve anlayışı ile bana bu süreçte destek olup güven veren sayın Arzu ÇAKMAK BAŞYURT'a ve sağlık çalışanlarına teşekkürü borç bilirim. Çalışma sürecimde bana destek olan Bulancak Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi çalışanlarına sonsuz şükranlarımı sunarım.

Tez çalışması boyunca değerli fikirleriyle bana ilham veren, özveriyle yanımda olan dostlarıma ve çalışma arkadaşlarıma da minnettarım. Özellikle canım dostum Merve MUTLU'ya, her durumda yanımda olduğu ve tez sürecimdeki katkıları ve manevi desteği için teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreç boyunca yanımda olan, teşvik edici sözleri ve motivasyonlarıyla bana destek olan canım annem Fikriye KARA'ya, akademik dünyada kendime güven duymam için bana ilham kaynağı olan canım babam İlhan KARA'ya, her zorlukta arkamda olan ve varlığı bana güç katan kardeşim Pelin Gül KARA'ya ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Bu tez, sizlerin desteğiyle hayat buldu. Hepinize sonsuz teşekkürlerimle...

Selin Nur KARA

ÖZET

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE KAYITLI ALZHEİMER HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ALZHEİMER HASTALIĞINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARINA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Amaç: Bu çalışma evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma “randomize kontrollü deneysel çalışma” olarak yürütülmüştür. Bu araştırma, Giresun ili Bulancak Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında takip edilen Alzheimer hastalarının bakım vericileri üzerinde, 01 Aralık 2023 ile 01 Kasım 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan 145 Alzheimer hastasının bakım verenlerinden oluşmaktadır. Araştırmada, araştırma kriterlerini karşılayan ve katılım göstermeyi kabul eden 60 hasta bakım vericisi örneklem grubunu oluşturmuştur. Bakım verenler deney ve kontrol grubuna basit randomizasyon yöntemiyle atanmıştır. Araştırmanın verileri “Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu”, “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ve “Demans Tutum Ölçeği” ile toplanmıştır. Deney grubundaki bakım verenlere bir kez eğitim yapılmıştır. Veriler Mann Whitney U testi, Fisher’s Exact testi, Pearson ki-kare, Yates düzeltmesi, Robust ANOVA testi, Benforonni testi ve Robust Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” alt boyutları “Destekleyici Tutum”, “Kabullenici Tutum” ve “Dışlayıcı Tutum” ortanca değerleri istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmada deney grubundaki bakım verenlerin Alzheimer hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerinin ve hastalıkla ilgili olumlu tutumlarının arttığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, bakım verici, bilgi, eğitim, hemşirelik, tutum

ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN TO CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S PATIENTS ENROLLED IN HOME HEALTH SERVICES ON THEIR KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS ALZHEIMER'S DISEASE: A RANDOMISED CONTROLLED STUDY

Aim: This study was conducted to determine the effects of education given to caregivers of Alzheimer's patients registered with home health services on their knowledge and attitudes towards Alzheimer's disease.

Material and Method: This research was conducted as a 'randomised controlled experimental study'. This research was carried out between 01 December 2023 and 01 November 2024 on the caregivers of Alzheimer's patients followed up within the scope of Bulancak State Hospital Home Health Services in Giresun province. The population of the study consists of the caregivers of 145 Alzheimer's patients registered to home health services. In the study, 60 patient caregivers who met the research criteria and agreed to participate constituted the sample group. Caregivers were assigned to the experimental and control groups by simple randomisation method. The data of the study were collected with 'Patient and Caregiver Introduction Form', 'Alzheimer's Disease Knowledge Scale' and 'Dementia Attitude Scale'. Caregivers in the experimental group were trained once. Data were evaluated by Mann Whitney U test, Fisher's Exact test, Pearson chi-square, Yates correction, Robust ANOVA test, Benforonni test and Robust Regression analysis.

Results: It was found that there was a statistically significant difference between the median difference values of the 'Alzheimer's Disease Knowledge Scale' of the experimental and control group caregivers ($p < 0.001$). It was found that there was a statistically significant difference between the median difference values of the 'Dementia Attitude Scale' of the experimental and control group caregivers ($p < 0.001$). The median values of 'Dementia Attitude Scale' sub-dimensions 'Supportive Attitude', 'Accepting Attitude' and 'Exclusionary Attitude' of the experimental and control group caregivers are statistically different ($p < 0.05$).

Conclusions: In the study, it was found that the level of knowledge of the caregivers in the experimental group about Alzheimer's disease and their positive attitudes towards the disease increased.

Keywords: Alzheimer, caregiver, knowledge, education, nursing, attitude

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı	5
2.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi	5
2.3. Alzheimer Hastalığının Patolojisi	6
2.4. Alzheimer Hastalığının Etiyolojisi	7
2.5. Alzheimer Hastalığının Risk Faktörleri	8
2.5.1. Değişirilemez Risk Faktörleri	8
2.5.2. Değişirilebilir Risk Faktörleri	9
2.6. Alzheimer Hastalığının Belirtileri	11
2.6.1. Hafıza Bozuklukları.....	12
2.6.2. Yürütücü Fonksiyon Bozuklukları	12
2.6.3. Davranış Değişiklikleri ve Psikolojik Bulgular.....	12
2.6.4. Apraksi	12
2.6.5. Olfaktör Fonksiyon Bozukluğu	13
2.6.6. Uyku Bozuklukları	13
2.6.7. Nöbetler.....	13
2.7. Alzheimer Hastalığının Evreleri	13
2.7.1. Erken Evre.....	13
2.7.2. Orta Evre	14
2.7.3. İleri Evre	14

2.8. Alzheimer Hastalığında Tanı	15
2.9. Alzheimer Hastalığında Tedavi Yaklaşımları	17
2.9.1. Farmakolojik Yaklaşımlar.....	17
2.9.2. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar.....	18
2.10. Alzheimer Hastalığında Bakım	19
2.11. Alzheimer Hastalığında Hemşirelik Bakımı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmanın Randomizasyonu	22
3.5. Araştırmanın Körlenmesi ve Yanlılığın Önlenmesi	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.7. Veri Toplama Araçları	24
3.7.1. Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu.....	24
3.7.2. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği	24
3.7.3. Demans Tutum Ölçeği	25
3.8. Verilerin Toplanması.....	25
3.9. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericileri İçin Eğitim Programı.....	25
3.10. Kontrol Grubu	26
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.14. Araştırma Planı	28
4. BULGULAR.....	31
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler	31
4.2. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puanları.....	33
4.3. Demans Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları	35
4.4. Ölçeklerin Puan Farklarının Karşılaştırılması	39
4.5. Regresyon Analizi Sonuçları	40
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47

6.1. Sonuçlar	47
6.2. Öneriler	47
KAYNAKLAR	49
EKLER.....	66
EK 1. Tezin Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	66
EK 2. Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu	67
EK 3. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği.....	68
EK 4. Demans Tutum Ölçeği.....	70
EK 5. Eğitim İçeriği	73
EK 6. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği İzni	74
EK 7. Demans Tutum Ölçeği İzni.....	75
EK 8. Türkiye Alzheimer Derneği İzni	76
EK 9. Kurum İzni.....	77
EK 10. Etik Kurul Kararı.....	79
EK 11. Bilgilendirilmiş Onam Formu	80
ÖZGEÇMİŞ	81

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 3.1. Örneklem Hesaplaması	22
Şekil 3.2. Araştırma Planı	29
Şekil 3.3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı	30
Şekil 4.1. Grup ve Zamana Göre Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Sütun Grafiği ...	34
Şekil 4.2. Grup ve Zamana Göre Destekleyici Tutum Kutu Grafiği	35
Şekil 4.3. Grup ve Zamana Göre Kabullenici Tutum Sütun Grafiği	36
Şekil 4.4. Grup ve Zamana Göre Dışlayıcı Tutum Sütun Grafiği	37
Şekil 4.5. Grup ve Zamana Göre Demans Tutum Ölçeği Kutu Grafiği	38

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1. Risk Faktörleri.....	8
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 4.2. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.3. Demans Tutum Ölçeği'nin Destekleyici Tutum Alt Boyutu Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 4.4. Demans Tutum Ölçeği'nin Kabullenici Tutum Alt Boyutu Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.5. Demans Tutum Ölçeği'nin Dışlayıcı Tutum Alt Boyutu Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 4.6. Demans Tutum Ölçeği Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 4.7. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği ve Demans Tutum Ölçeği Puan Farklarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.8. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puan Farkına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Robust Regresyon Analizi	40
Tablo 4.9. Demans Tutum Ölçeği Puan Farkına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Robust Regresyon Analizi.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR

Aβ	:	Amiloid Beta
APP	:	Amiloid Prekürsör Protein
PSEN-1	:	Presenilin 1
PSEN-2	:	Presenilin 2
ApoE	:	Apolipoprotein E
AChEI	:	Asetil-Kolinesteraz İnhibitörleri
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

1. GİRİŞ

Günümüzde teknolojinin gelişmesi, tanı ve tedavi olanaklarının artması nedeniyle yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfusu hızla artmaktadır. Dünya genelinde “2021 yılında 65 yaş üzerinde birey sayısının 761 milyon olduğu, 2050 yılına gelindiğinde ise bu sayının 1.6 milyara ulaşacağı öngörülmektedir” (WHO, 2023). Ülkemizde ise, 65 yaş ve üzeri birey sayısı 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken, son beş yıl içinde %22.6 oranında artış göstererek 2022 yılında 8 milyon 451 bin 699 kişi olmuştur (TÜİK, 2023). Yaşlı sayısının artışıyla birlikte demans vakaları artmakta ve 85 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık üçte birinde bir demans türü görülmektedir (National Institute on Aging, 2023). Demans, konuşma, hafıza, algılama, yargılama, yönelim, hesaplama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel fonksiyonlarda bozulma ile kendini gösteren bir nörodejeneratif hastalıktır (Demir, 2018). Dünya genelinde 2020 yılında 55 milyondan fazla demans hastası bulunduğu, 2030'da bu sayının 78 milyona, 2050'de ise 139 milyona çıkmasının beklendiği belirtilmektedir (Alzheimer Disease International, 2024). Ülkemizde ise, 2020 yılında demans ve Alzheimer nedeniyle 17.308 kişinin yaşamını kaybettiği ve bu oranın tüm ölümlerin %4.45'ini oluşturduğu belirtilmektedir (World Life Expectancy, 2023). Demansın en yaygın görülen türü Alzheimer hastalığı olup, tüm vakaların %50-75'ini oluşturmaktadır (Alzheimer Disease International, 2024).

Alzheimer hastalığı yavaş ilerleyen ölümcül bir hastalık olup, tanı konulduktan sonra 65 yaş ve üzeri kişilerin ortalama dört ile sekiz yıl hayatta kaldığı, ancak bazılarının 20 yıla kadar yaşadığı belirtilmektedir (Alzheimer Association, 2023). Alzheimer hastalığında, hastalığın süreci erken, orta ve ileri evre olarak üç aşamada sınıflandırmaktadır. Erken evrede temel problem bellek bozukluğu olup, hastalar rutin işlerini yapabilmelerine rağmen zorlayıcı durumlarda başarısız olabilmektedirler. Orta evrede, afazi ve apraksi gibi bilişsel defisitlerin görülme sıklığı artmakta; hastalar, ev dışındaki aktiviteleri yerine getiremeyip, ev içindeki görevlerde zorluklar yaşayabilmekte ve günlük yaşam aktivitelerinde çeşitli güçlükler ile karşılaşabilmektedirler. İleri evrede ise hastalar günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmekte ve evde bakım gereksinimleri artmaktadır (Söylemez, 2013; Koca vd.,

2017; National Institute on Aging, 2023). Hastalık evresindeki ilerleyişle birlikte kişilerin evde bakım gereksinimi artmakta ve hastalar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için aile üyelerinin, arkadaşlarının ve profesyonel bakıcıların yardımına ihtiyaç duymaktadırlar (Alzheimer Association, 2023). Alzheimer hastalarının bakım sorumluluğunu çoğunlukla aile bakım vericileri üstlenmektedir (Simón vd., 2019; Pérez-González vd., 2021). Aile bakım vericiler genellikle orta yaşlı (40-65 yaş) kadınlar, orta eğitim düzeyine sahip ve kişinin evinde yaşayan kişilerden oluşmaktadır (Delfino vd., 2018; Sutcliffe vd., 2017). Evde bakılan Alzheimer hastalarının bakım vericileri hastalarda görülen semptomlar nedeniyle pek çok zorluklar yaşayabilmektedirler (Harmell vd., 2011; Mahdavi vd., 2017).

Alzheimer hastalarının bakım vericileri, ev ortamında hastalarında çeşitli kognitif, davranışsal, psikolojik ve işlevsel alanlarda semptom yakınmaları yaşandığını belirtmektedirler. Kognitif alanla ilişkili olarak, yakın ve uzak geçmişi hatırlamada güçlük, zihin karışıklığı, karar verme güçlüğü, çevresindeki kişileri tanıyamama, odaklanma sorunu, yaşadığı yeri tanıyamama ve dil problemleri gibi semptomlar ön plana çıkmaktadır. Davranışsal ve psikolojik alanda ise, üzgün yüz ifadesi, tedirginlik, negatif tutum, karakter değişikliği, korku, öfke, ajitasyon, insomnia, apati, perseverasyon, halüsinasyon, yüksek sesle konuşma, ağlama, oryantasyonda bozulma, agresyon, stereotipik hareketler ve temasa tepki gibi yakınmalar sıklıkla görülmektedir. İşlevsel alanda ise, hastanın öz bakımını yapamama, kendi başına giyinememe, idrar ve bağırsak kontrolünü sağlayamama, hareket edememe ya da transferini gerçekleştiremememe ve kendi kendine beslenememe gibi problemler sıkça karşılaşılan durumlardır (Altan Sarıkaya vd., 2017; Gök Uğur vd., 2018; Quadır vd., 2019). Bu kapsamda Alzheimer hastalarının bakım vericileri ev ortamında hastalığın doğası ve hastaların özel ihtiyaçları nedeniyle pek çok semptom yakınmaları yaşamakta ve bu semptomlarla baş edebilmek ve hastalığı yönetebilmek için bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar (Peña-Longobardo ve Oliva-Moreno, 2015; Kucmanski vd., 2016; Koca vd., 2017). Alzheimer hastalığının her bir evresinde yaşanan sorunlar ve baş etme teknikleri konusunda bakım vericilere eğitim verilmesi, bakım stresinin azaltılması ve evde güvenli bir şekilde bakımın sağlanması açısından önemlidir (Kucmanski vd., 2016).

Literatür incelendiğinde; Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin özellikle hastalığın seyri, tedavi yöntemleri ve hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkileri konusunda bilgiye ihtiyaç duydukları, bakım verenlerin bakım sürecinde kendilerini eksik ve yetersiz hissettikleri, bakımla ilgili bilgiye gereksinim duydukları, hastalık hakkında yeterince bilgilerinin olmadığı, bilgi eksikliği nedeniyle stres yaşadıkları ve kendilerini kötü hissettikleri belirtilmektedir (Akyar ve Akdemir, 2009; Zawadzki vd., 2011; Zeng vd., 2015; Kara ve Sezer, 2020). Bakım vericilerin Alzheimer hastalığı hakkında bilgili olmalarının, hastalığa yönelik olumlu tutum geliştirmeleri ve hastalara sundukları bakımın etkinliğini artırmaları açısından büyük bir öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (Rice vd., 2019; Teichmann vd., 2022). Bununla birlikte Alzheimer hastalığı konusunda bilgilendirilen bakım vericilerin fiziksel ve ruhsal sağlık algılarının daha iyi olduğu belirtilmektedir (Pinto vd., 2012). Diğer taraftan Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin profesyonel destek alma konusunda sorun yaşadıkları ve sağlık profesyonelleri tarafından hastalık hakkında eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir (Kucmanski vd., 2016; Küçükgüçlü vd., 2017; Kara ve Sezer, 2020). Bakım verenlerin Alzheimer hastalığı hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeleri hastalara karşı olumlu tutum geliştirmeleri, bakımın kalitesi, hastalık yönetimi ve kendi sağlıkları açısından oldukça önemlidir (Fjellström vd., 2010; Gómez-Gallego vd., 2012; Akbari vd., 2018; Su ve Chang, 2020; Lynch, 2020; Hosseini vd., 2022; Sharif Nia vd., 2022).

Sağlık profesyonelleri içinde özellikle hemşireler Alzheimerlı hastaların bakımında ve bakım vericilerin desteklenmesinde kilit rol oynamaktadırlar (Matsuda, 2001; Demir, 2018). Hemşireler, Alzheimer hastalarının zihinsel fonksiyonlarını en yüksek seviyede korumak, fiziksel güvenliği sağlamak, ajitasyon ve anksiyeteyi azaltmak, iletişimi düzenlemek, günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesine yardımcı olmak ve bakım verenleri eğitmek gibi önemli roller ve sorumluluklar üstlenmektedir. Hemşireler, bakım verenlere hastalığın doğası, sebepleri, semptomları ve hastalığın yarattığı engellerin yönetimi konusunda bilgi vermelidir (Küçükgüçlü, 2003; Demir, 2018). Alzheimer tanılı hastaların bakım vericilerine eğitim verilirken hemşireler tarafından bakım vericilerin hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin, inançlarının ve tutumlarının belirlenmesi eğitimin etkinliği açısından önemlidir (Kucmanski vd., 2016). Bu kapsamda Alzheimer tanılı hastaların bakım vericilerinin hastalık

konusundaki bilgi ve tutumlarının belirlenerek buna yönelik eğitim verilmesi bakım vericilerin bilgi düzeylerinin artırılması ve hastalığa karşı olumlu tutum geliştirmeleri açısından önemlidir (Wright vd., 2009; Parveen vd. 2022).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu alışma evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0₁: Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim bakım vericilerin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi düzeyini etkilemez.

H1₁: Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim bakım vericilerin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi düzeyini artırır.

H0₂: Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim bakım vericilerin Alzheimer hastalığına yönelik tutumunu etkilemez.

H1₂: Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim bakım vericilerin Alzheimer hastalığına yönelik tutumunu olumlu etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Alzheimer hastalığı, bilişsel işlevlerde bozulma, hafıza kaybı ve işlevsel yetilerde gerileme ile kendini gösteren, yaşa bağlı olarak ilerleyen nörodejeneratif bir hastalıktır (Uncu ve Özbabalık Adapınar, 2020). Alzheimer hastalığı, ilk olarak 1906 yılında Alman nöropatolog ve psikiyatrist olan Alois Alzheimer tarafından “presenil demans” vakası olarak tanımlanmış ve ardından ünlü psikiyatrist Emil Kraepelin bu hastalığı “Alzheimer hastalığı” olarak adlandırmıştır (Tarı ve Yağmurtaşan, 2023). Alzheimer hastalığı özellikle beynin hafıza, öğrenme ve karar verme gibi bilişsel işlevlerle ilişkili bölümlerini etkilemektedir (Aydın, 2020). Alzheimer hastalığı, düşünme, hafıza ve davranış işlevlerinde gerileme ile yön bulma zorluğu, kısa süreli bellek kaybı, konuşma güçlükleri, insanları tanıma ve problem çözme gibi günlük yaşam becerilerinde sıkça kullanılan zihinsel işlevlerde azalma, bireylerin günlük işlerini yerine getirme yeteneklerinde düşüş ve davranışsal bozukluklarla kendisini gösteren bir hastalıktır (Zvěřová, 2019). Alzheimer hastalığının ilerlemesi nöropsikiyatrik ve davranışsal bozuklukların artmasına, bilişsel işlevlerin azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve ölüme yol açabilmektedir (Bozkurt, 2024).

2.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi

Demansın en yaygın görülen türü Alzheimer hastalığı olup, tüm vakaların %50-75'ini oluşturmaktadır. Dünyada demans hastalığının %60'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı, 2050'ye kadar bu oranın %71'e çıkacağı belirtilmektedir (Alzheimer Disease International, 2024). Alzheimer hastalığı yavaş ilerleyen ölümcül bir hastalık olup, tanı konulduktan sonra 65 yaş ve üzeri kişilerin ortalama 4-8 yıl hayatta kaldığı, ancak bazılarının 20 yıla kadar yaşadığı belirtilmektedir (Alzheimer Association, 2023). TÜİK 2024 ölüm ve ölüm nedenleriyle ilgili istatistiklere göre; ülkemizde Alzheimer hastalığı nedeniyle yaşamını kaybeden yaşlı birey sayısı 2018'de 13.859 iken, 2022'de 11.880'e düşmüştür. Alzheimer kaynaklı ölümlerin oranı ise 2018'de %4.6 iken, 2022'de %3.2'ye düşmüştür (TÜİK, 2024).

2.3. Alzheimer Hastalığının Patolojisi

Beyindeki sinir hücreleri arasında biriken amiloid beta plaklarının ve tau proteinlerinin Alzheimer hastalığına neden olduğu düşünülmektedir. Bu plaklar ve proteinler, beyin hücrelerinin ölümüne yol açarak normal beyin fonksiyonlarını bozacak şekilde yayılım göstermektedir (Çamcı, 2023). Hastalığın nöropatolojik belirleyicileri temel olarak; nörofibriler yumaklar ve tau proteininde hiperfosforilasyon, amiloid beta ($A\beta$) plaklarının oluşumu, nöroinflamasyon ve kolinerjik nöron defisiti olarak sıralanmaktadır (Jessen, 2008). Tau proteininin temel işlevi, mikrotübülleri stabilize etmek, tübülünü polimerleştirerek mikrotübüller aracılığıyla organellerin hücre içinde taşınmasını sağlamaktır. Tau proteini hiperfosforilasyona uğradığında görevlerini yerine getirememektedir. Bunun sonucunda nöron bozuklukları ve hücrede zararlı etkiler (sitotoksosite) oluşabilmektedir (Kurban ve Şentürk, 2024). Hiperfosforile edilmiş tau proteinlerinin aktif hale gelmesiyle nörofibriler yumaklar oluşmaktadır. Sarmal filamentler, tau proteininin birikmesini kolaylaştırarak mikrotübüllerin stabilitesini bozar ve hücre zarlarının yapısını olumsuz etkileyerek nöronlarda hasara neden olabilmektedir (Öztürk Özkan, 2022). $A\beta$ plakları, $A\beta$ peptidleri adı verilen proteinlerin birikmesiyle oluşmaktadır. Bu peptidler, amiloid prekürsör protein (APP) üzerinde β -sekretaz ve γ -sekretaz enzimlerinin etkisiyle üretilmektedir. $A\beta$ peptidlerinin birikmesi ve plakların oluşması, bağışıklık sisteminin yanıtı olarak sitokinlerin salınmasına, mikroglia hücrelerinin aktifleşmesine, inflamatuvar tepkilerin ortaya çıkmasına ve astrosit adı verilen hücrelerin tepkisel hale gelmesine neden olmaktadır. $A\beta$ peptidlerinin birikimi sinir hücrelerinde kayıp ve beyin dokusunda küçülmeye yol açarak yapısal ve biyokimyasal değişikliklere sebep olabilmektedir (Barage ve Sonawane, 2015). Nöroinflamasyonun nörodejeneratif hastalıklarda önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Kemokinler, sitokinler, oksidatif stres, astrosit ve mikroglia aktivitesi, Alzheimer hastalığı ile inflamasyon arasındaki ilişkide etkili mekanizmalar olarak kabul edilmektedir (Kurban ve Şentürk, 2024). Kolinerjik kayıp, hipokampus ile serebral korteks arasındaki iletişimi sağlayan nörotransmitter olan asetilkolin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Asetilkolin dikkati koruyarak ve yeni bilgilerin depolanmasını sağlayarak nöroplastisiteye katkı sunmaktadır. Asetilkolin reseptörlerinin uyarım kaybı, $A\beta$ oluşumuna yol açarken, kolinerjik kayıp da $A\beta$

birikimini desteklemektedir. Aynı zamanda, A β birikimi kolinerjik kaybı tetikleyerek sonuçta A β birikimi ve kolinerjik kayıp arasında kısır bir döngü oluşmaktadır (Karagöz ve Tek, 2018).

2.4. Alzheimer Hastalığının Etiyolojisi

Alzheimer hastalığının etiyolojisi tam olarak tanımlanamamakla birlikte genetik etiolojisinde önemli rol oynayan dört lokus tanımlanmıştır. Bu lokuslar; 21. kromozomda bulunan APP, 14. kromozomda bulunan presenilin 1 (PSEN-1) ve 1. kromozomda yer alan presenilin 2 (PSEN-2) ve ailesel otozomal dominant genlerdir. Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasında hem genetik hem de çevresel risk faktörlerinin rol oynadığı belirtilmektedir (Özpak vd., 2017). Hastalıkta nöroinflamasyon, oksidatif stres, lipid ve metabolik bozukluklar, nörovasküler sistemdeki aksaklıklar ve proteinlerin yanlış katlanması gibi süreçlerin nörodejenerasyona yol açtığı düşünülmektedir. Bu kapsamda, A β birikimi ve hiperfosforile tau proteinleri araştırmaların odak noktasını oluşturmaktadır. İlk başta sadece Alzheimer'ın biyobelirteci olarak kabul edilen amiloid- β , Hardy ve Higgins'in çalışmalarıyla hastalığın gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Ancak A β birikimi ile Alzheimer hastalığı arasındaki bağlantıyı destekleyen kanıtlar hala sınırlıdır (Hardy ve Higgins, 1992; Korczyn ve Grinberg, 2024). Alzheimer hastalığının etiyolojisi sporadik ve ailesel nedenlere bağlı olarak iki şekilde açıklanmaktadır. Sporadik nedenli Alzheimer hastalığının tüm vakaların %90-95'ini oluşturduğu, geri kalan %5-10'un ise ailesel kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Sporadik nedenli Alzheimer hastalığının genetik nedeni, ApoE'nin ϵ 4 aleli ile ilişkilendirilmiştir. Bir bireyin ebeveynlerinden birinde bu gen bulunduğunda, kişinin Alzheimer riski artarken, her iki ebeveynde de bu genin bulunması riski 2 katına çıkarmaktadır. ApoE ϵ 4 alelinin mutasyonu, hastalığın gelişme riskini 15 kat hızlandırmaktadır. Ailesel nedenli Alzheimer hastalığı, otozomal dominant bir hastalık olup, PSEN-1 veya PSEN-2 mutasyonlarıyla ilişkilidir. Bu genlerdeki mutasyonlar, sinir hücrelerinin içinde nörofibriler yumakların ve sinir hücreleri arasında A β proteinlerinin birikmesine yol açarak amiloid plakların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu plaklar sinir hücreleri arasındaki iletişimi bozarak bilişsel işlevlerde aksamalara neden olabilmektedir (Yeşilkır Baydar, 2020).

2.5. Alzheimer Hastalığının Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığının risk faktörleri, değiştirilemez ve değiştirilebilir olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır (Kocatürk, 2020).

Tablo 2.1. Risk Faktörleri

Değiştirilemez Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none">* İleri yaş* Aile öyküsü* ApoE, ε4 aleli taşıyıcıları* APP, PSEN-1, PSEN-2 mutasyonları* Kadın cinsiyet* Serebral amiloidoz	<ul style="list-style-type: none">* Diyabet* Hipertansiyon* Dislipidemi, diyetle yağ alımı* Hiperhomosisteinemi* Metabolik sendrom ve obezite* Hipotiroidi* Down Sendromu* Plazma inflamatuvar belirleyici düzeyleri* Miyokard enfarktüsü, atriyal fibrilasyon* Sigara* Düşük fiziksel aktivite* Serebral hipoperfüzyon* Serebrovasküler yaralanma ya da inme* Küçük kafa çevresi* Majör depresyon öyküsü* Kısıtlı sosyal ilişkiler* İşitme kaybı* Düşük bilişsel rezerv* Herplex Simplex Virüsü

2.5.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığının en belirgin risk faktörü yaştır. Alzheimer hastalığı erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. Erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı 65 yaş öncesinde görülürken, geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı vakaların %95'inden fazlasını oluşturur ve 65 yaş sonrasında görülmektedir (Sheppard ve Coleman, 2020). Yaş ilerledikçe beynin hacim ve ağırlığında azalma, sinaps kaybı, senil plak birikimi ve nörofibriler yumak oluşumu gibi karmaşık ve geri döndürülemez değişiklikler oluşabilmektedir (Breijyeh ve Karaman, 2020). Alzheimer hastalığının görülme sıklığı, 65 yaş sonrası her beş yılda bir artış gösterirken 85 yaş üzerindeki bireylerde zirveye ulaşmaktadır (Alıcılar ve Çalışkan, 2021). Alzheimer hastalığı genellikle sporadik olarak ortaya çıkmakta ve vakaların %5'inden daha azı ailesel temelli olarak görülmektedir. Ailesel vakaların, sporadik vakalara kıyasla daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (Weill Institute for Neurosciences, 2021). Alzheimer hastalığında 60 yaşından önce başlayan

vakalarının %50'sinden fazlasında aile öyküsü olduğu bildirilmiştir. Genetik mutasyonlar ve birinci derece akrabalarında Alzheimer hastalığı bulunan bireylerde, hastalığa yakalanma riski %29.2 ile %61.4 arasında değişmektedir (Canbolat ve Yardımcı, 2016). Hastalıkla ilişkili en önemli genlerden biri ApoE genidir. ApoE geninde ε4 alelini heterozigot olarak taşıyan bireylerin, aleli taşımayanlara göre Alzheimer hastalığına yakalanma riskinin 3 kat, homozigot ε4 taşıyıcılarında ise 12 kat arttığı gösterilmektedir. ApoE geninde ε4 aleli taşıyanların ise daha düşük Alzheimer riski taşıdığı tespit edilmiştir. Erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı, çoğunlukla PSEN-1, PSEN-2 ve APP genlerindeki genetik mutasyonlarla ilişkilendirilirken; geç başlangıçlı hastalıkta genetik risk faktörü olarak en önemli gen ApoE ε4 aleli olarak kabul edilmektedir (Hanağası, 2021). Alzheimer hastalığı kadınlarda erkeklere göre daha çok görülmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017). ApoE ε4 alelinin kadınlarda Alzheimer riskini erkeklere kıyasla daha fazla artırdığı belirtilmektedir (Yıldırım ve Eke, 2024).

2.5.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Tip 2 Diyabet ile Alzheimer Hastalığı arasında güçlü bir ilişki olduğu, diyabet tanılı bireylerde demans gelişme riskinin, diyabet tanısı olmayanlara göre %65 oranında daha fazla olduğu belirtilmektedir. Diyabete bağlı damar hastalıklarının beyin dolaşımını azaltarak Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasına yol açtığı bildirilmektedir (Thoe vd., 2021). Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıkların bir risk faktörü olmasının yanı sıra Alzheimer hastalığı ile ilişkili olup, bu ilişki yaşa göre değişiklik göstermektedir. Orta yaşlarda hipertansiyonun ilerleyen yaşlarda Alzheimer hastalığı riskini artırdığı belirtilmektedir. Hipertansiyon, sinir hasarını ve beyin hücrelerinin küçülmesini hızlandırarak ve damar hasarını artırarak Alzheimer hastalığı riskini artırmaktadır (Imtiaz vd., 2014). Homosisteinin amiloid-β birikimini artırdığı ve bu durumun vasküler mekanizmalar veya nörotoksinler aracılığıyla Alzheimer gelişimine yol açabileceği düşünülmektedir. Homosisteinin metabolizmasında rol oynayan B6, B12 ve folik asit gibi B grubu vitaminlerin nörodejeneratif hastalıklarla bağlantılı olduğu belirtilmektedir (İplikçi ve Ayhan, 2017). Yağ asitleri, kolesterol ve lipid seviyeleri sinir hücrelerinin zar yapısına katkıda bulunduğu için bu bileşenler ile Alzheimer arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Özellikle omega-3 yağ asidi

kaynağı olan balık tüketiminin, Alzheimer hastalığı üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir (Karagöz ve Tek, 2018). Obezite ile artan vücut yağı, beyin kan akışının azalmasıyla ilişkilendirilmektedir. Kan akışının azalması beyin iskemisini, hafıza kaybını ve vasküler demansı tetiklemektedir. Obezite ve sağlıksız beslenme, periferik dokular ve kan damarlarında hiperglisemiye yol açan bozulmuş glikoz toleransı veya diyabetle sonuçlanabilmektedir (Breijyeh ve Karaman, 2020; Arı ve Özgen Kenangil, 2021) Kronik hiperglisemi, artan amiloid-beta birikimi, oksidatif stres, mitokondriyal disfonksiyon ve nöroinflamasyon aracılığıyla bilişsel bozukluklara neden olmaktadır. Obezite, yağ dokusundan makrofaj ve lenfositlerin uyarılmasına ve sonuçta hem lokal hem de sistemik inflamasyona yol açan proinflamatuvar sitokinlerin salınımını artırarak inflamasyon neden olmaktadır. İnflamasyon ise insülin direncini, hiperinsülinemiye ve nihayetinde hiperglisemiye tetiklemektedir (Breijyeh ve Karaman, 2020). Down sendromu (21. kromozom trizomisi) olan bireylerde erken başlangıçlı Alzheimer hastalığının insidansı yüksektir. Alzheimer hastalığının temel patolojilerinden biri olan A β proteinini oluşturan APP geni 21. kromozom üzerinde yer almaktadır. Down sendromlu bireyler APP geninin üç kopyasına sahip olduklarından erken yaşta bilişsel gerilemeye yol açan A β ve tau nöropatolojisinin gelişme riski artmaktadır (Yıldırım ve Eke, 2024). APP geninin anöploidi sonucu aşırı ekspresyonu, beyinde ve serumda APP birikimine neden olarak sinir hücrelerinde iletim bozukluklarına yol açmaktadır. Bu durum 40 yaş üzerindeki down sendromlu bireylerde Alzheimer hastalığı riskinin artmasına neden olmaktadır (Yoldaş ve Yılmaz, 2021). İnflamatuvar yanıtın morfolojik özellikleri arasında, amiloid plaklar içinde aktive olmuş mikroglia ve tamamlayıcı faktörler bulunmaktadır. İnflamatuvar proteinler, Alzheimer hastalığındaki bazı patolojik süreçlere katkıda bulunarak amiloid dengesini, gliozisi ve tau fosforilasyonunu etkilemektedir (Hardy vd., 2014; Kara ve Kılınç, 2021). İnflamasyonun yararlı etkileri, örneğin hücrelerin zararlı maddeleri fagosite etmesi gibi olumlu yönleri olduğu gibi; komşu hücrelerde zarar verici etkilere yol açabilen olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Doğuştan gelen bağışıklık sistemi, Alzheimer hastalığı ve aterosklerozda amiloid ile Low-density lipoprotein etkileşimiyle aktive olabilir; bu etkileşim özellikle geç başlangıçlı Alzheimer hastalığında kritik bir risk faktörüdür (Hardy vd., 2014).

Sigaranın kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki bilinen zararlı etkilerinin, vasküler demans için de bir risk faktörü oluşturabileceği öne sürülmektedir. Alzheimer hastalığının artan prevalansı ve buna bağlı olarak bağlantılı hastalıklar, morbidite ve işlev kaybının yükündeki artış nedeniyle, bilişsel gerileme ve Alzheimer için değiştirilebilir risk faktörlerinin hızla belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, çeşitli boylamsal araştırmalar sigara kullanımının Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olabileceğini belirtmektedir (Yıldırım ve Eke, 2024). Yaşlı bireylerde her yıl %1-2 oranında hipokampal hacim küçülmesi görülmektedir. Fiziksel aktivite, hipokampal hacmi %2 oranında artırarak yaşlanmaya bağlı normal küçülmeyi telafi etmede etkili olabilmektedir. Yaşam boyu düzenli egzersiz yapan bireyler, hareketsiz yaşlı yetişkinlere kıyasla daha büyük beyin hacmine ve gelişmiş yönetici işlevlere sahip olabilmektedir. Klinik çalışmalar, fiziksel aktivitenin bilişsel işlevleri koruyarak ve beyin nöroplastisitesini sürdürerek nöroprotektif bir rol oynayabildiğini göstermektedir (Edwards III vd., 2019). Ateroskleroz, serebral hipoksiye yol açan serebral hipoperfüzyona neden olabilmektedir. Aynı zamanda serebral hipoperfüzyon nöronlar ve sinapslar üzerinde yıkıcı etkilere neden olarak nörit plak, nörofibriler yumaklar ve amiloid anjiyopati ile karakterize nörodejeneratif bir sürece dönüşebilmektedir (Ates vd., 2016). Serebrovasküler yaralanma geçirmiş bireylerde Alzheimer hastalığı gelişme riski daha yüksektir. Kafa travması ile Alzheimer arasındaki bağlantıyı inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, geçmişte yaşanan kafa travmasının özellikle erkeklerde Alzheimer hastalığı riskini artırdığı belirlenmiştir (Demir, 2018). Depresyon ve bilişsel bozukluk arasında iki yönlü bir ilişki olduğu, özellikle orta yaş veya ileri yaş depresyonun Alzheimer hastalığı riskini artırdığı ve Alzheimer tanılı bireylerde depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Huang vd., 2024).

2.6. Alzheimer Hastalığının Belirtileri

Alzheimer hastalığının belirtileri beynin düşünme, öğrenme ve bilişsel işlevlerden sorumlu bölgelerindeki nöronların hasar görmesi veya yok olması sonucu ortaya çıkmaktadır. Alzheimer hastalığının evrelerine göre görülen belirtiler değişmektedir (Semercioğlu, 2022).

2.6.1. Hafıza Bozuklukları

Alzheimer hastalığının en belirgin özelliği unutkanlık olup, hastalığın başlangıcında genellikle hafif unutkanlıklar (randevuları unutma vb.) görülmektedir. Zamanla unutkanlık düzeyi ilerlemekte ve hasta yeni bilgileri hatırlamakta güçlük çekmektedir. Örneğin, birkaç dakika önce sorduğu soruyu tekrar sorma, torunlarının isimlerini hatırlayamama ve eşyalarını nereye koyduğunu hatırlayamama görülebilmektedir. Bununla birlikte kişi geçmiş yaşantısını özellikle gençlik yıllarındaki olayları ayrıntılı hatırlarken yeni yaşadıklarını hatırlamakta güçlük yaşayabilmektedir (Türk Nöroloji Derneği, 2024).

2.6.2. Yürütücü Fonksiyon Bozuklukları

Alzheimer hastalığının erken evrelerinde yürütücü işlev sorunları hafif düzeyde başlar ve zamanla belirgin hale gelmektedir. Genellikle yakın çevresindeki aile üyeleri veya iş arkadaşı, kişinin motivasyonunun azaldığını ve işleri organize etmekte zorlandığını düşünmektedir. Bu dönemde hastanın içgörüsünde azalma ve soyut düşünme becerisinde bozulmalar görülmekte ve hastalık ilerledikçe kişi verilen görevleri tamamlamakta zorlanabilmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte içgörü kaybı artışıyla davranış değişiklikleri gözlenmektedir. Kişide içgörü eksiklikleri araba kullanma gibi eylemlerin riskli yapılmasına neden olabilmektedir (Tekin, 2022).

2.6.3. Davranış Değişiklikleri ve Psikolojik Bulgular

Alzheimer hastalığında sinirlilik, ajitasyon ve psikoz gibi belirtiler hastalık ilerledikçe ortaya çıkabilmektedir. Davranış değişiklikleri ve psikolojik belirtiler, hastalığın orta evresinde sık görülmektedir (Eratne vd., 2018). Alzheimer hastalığının orta ve ileri evrelerinde nöropsikiyatrik semptomlar sık görülmektedir. Psikolojik belirtiler arasında apati, sosyal izolasyon ve huzursuzluk (irritabilite) (Heilman ve Nadeau, 2023) ve davranışsal değişiklikler arasında ajitasyon, saldırganlık ve psikoz görülmektedir (Tekin, 2022).

2.6.4. Apraksi

Apraksi, öğrenilmiş motor görevlerin gerçekleştirilmesinde bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Alzheimer hastalığının ileri evrelerinde, hafıza ve dille ilgili işlev

sorunlarının ardından görülmeye başlamaktadır. Apraksinin klinik olarak belirginleştiği evrede, hastanın önceden yapabildiği çok adımlı motor becerilerde (örneğin giyinme veya mutfak gereçlerini kullanma) zorlanmaya başlaması hastayı orta ve ileri evrelerde daha bağımlı hale getirmektedir (Tekin, 2022).

2.6.5. Olfaktör Fonksiyon Bozukluğu

Alzheimer hastalığının erken dönemlerinde olfaktör bulbus (koku alma merkezi) değişiklikleri görülmektedir. Olfaktör bulbus merkezindeki değişikliklerin tanıda bir araç olarak kullanılabilirliği araştırılmaktadır (Sun vs., 2012).

2.6.6. Uyku Bozuklukları

Alzheimer hastalarında uyku bozuklukları sık karşılaşılan bir durumdur. Uyku düzeninde değişiklik, erken uyanma ve toplam uyku süresinde azalma gibi belirtiler hastalığın erken evresinde henüz bilişsel etkilenme başlamadan önce ortaya çıkmaktadır (Ju vd., 2014).

2.6.7. Nöbetler

Nöbetler, Alzheimer hastalığının %10-20'sinde görülen bir semptom olmakla birlikte genellikle hastalığın ileri evresinde ortaya çıkmaktadır. Genç yaşta tanı alan ve genetik geçişi olan hastalar nöbet geçirme riski açısından daha fazla risk altında olup erken dönemlerde de nöbet yaşayabilmektedirler. Nöbetler çoğunlukla medyal temporal lobun etkilenmesiyle ilişkilidir ve bilinç kaybının olduğu, fokal non-motor türdeki nöbetler şeklinde görülmektedir (Tekin, 2022).

2.7. Alzheimer Hastalığının Evreleri

Alzheimer hastalığı, klinik seyrine göre üç evrede değerlendirilmektedir (Alzheimer Derneği, 2024).

2.7.1. Erken Evre

Alzheimer hastaları, erken evrede genellikle kısa süreli bellek kaybı yaşamaktadır. Bu hafıza kaybı, temporal lobdaki hipokampus bölgesinin etkilenmesinden kaynaklanmaktadır. Temporal lobun etkilenmesiyle hastalar, dil sorunları, kısa süreli bellek kaybı ve öğrenme güçlükleri yaşayabilmektedirler. Frontal

lobun etkilenmesi durumunda ise, problem çözme, organizasyon ve planlama gibi yürütücü işlevlerde zorluklar görülebilmektedir. Temporal ve parietal lobların etkilenmesi, dil yeteneklerinin zayıflamasına ve kelime hatırlamada güçlük yaşanmasına yol açmaktadır (Bozkurt, 2024). Alzheimer hastalığının erken evresinde hasta bağımsız olarak yaşamını sürdürebilir ancak hafıza sorunları yaşamaktadır. Örneğin; doğru kelimeyi veya ismi bulmakta zorlanma, yeni tanışılan kişilerin isimlerini hatırlayamama, sosyal ortamda ya da iş ortamlarında görevlerini yerine getirmekte zorlanma, bir eşyayı kaybetme ya da yanlış yere koyma, planlama veya organizasyon yaparken sorun yaşama gibi zorluklar yaşayabilmektedirler. Erken evrede semptomlar genellikle çok belirgin olmasa da aile üyeleri ve yakın arkadaşlar değişiklikleri fark edebilmektedir (Alzheimer Association, 2023).

2.7.2. Orta Evre

Bu aşamada, hastanın belirtileri daha belirgin hale gelerek bağımsızlık kaybı yaşanmaktadır. Hastalar evin dışında tek başına hareket edemez ve günlük yaşam becerilerini sürdürmekte (beslenme, tuvalet ihtiyacı, duş alma, giyinip soyunma gibi) güçlük çekmektedir. Sosyal ilişkilerde kısıtlanmalar görülmekte ve hastada agresif davranışlar ile paranoid sanrılar ortaya çıkabilmektedir (Tekin, 2022). Orta evre hastalığın en uzun süren aşamasıdır ve bu evrede belirtilerin daha şiddetli hale gelmesi ile hasta giderek daha fazla bakıma ihtiyaç duymaktadır. Orta evrede, hastalar olayları ya da kendi geçmişleriyle ilgili önemli bilgileri unutmakta, düşüncelerini ifade etmekte zorlanmakta ve sosyal veya zihinsel olarak zorlayıcı durumlarda ruh halleri değişkenlik göstermektedir. Hastalar adresleri, telefon numaralarını hatırlamakta zorlanma, yaşadıkları yer ve zaman konusunda kafa karışıklığı yaşama, mevsime ya da duruma uygun kıyafet seçiminde zorlanma, mesane ve bağırsak kontrolünde zorluk çekme, uyku düzeninde değişiklikler, dolaşma ve kaybolma, şüphecilik, sanrılar ya da kişilik ve davranış değişiklikleri yaşamaktadırlar (Alzheimer Association, 2023).

2.7.3. İleri Evre

İleri evre şiddetli bilişsel zayıflık görülmesi ile karakterize, tam bağımlılık evresi olarak tanımlanmaktadır (Nazlıer Keser, 2019). İleri evrede hastalar öz bakım becerilerini yerine getirememeye, günlük yaşam aktivitelerini yapamama ve bağımlılık düzeyinde artma gibi sorunlar yaşamaktadırlar (Selekler, 2012). Hafıza ve bilişsel

becerilerinde ciddi bozulma, kişilik değişiklikleri, bası yarası ve yutma refleksinin kaybı nedeniyle beslenme sorunları görülmektedir (Alzheimer Association, 2023).

2.8. Alzheimer Hastalığında Tanı

Alzheimer hastalığında bilişsel bozukluğun varlığını ve şiddetini belirlemekle tanı süreci başlamaktadır. Hastanın günlük yaşamını iyi bilen bir kişiden alınan bilgiler ile yetkin bir klinisyenin yaptığı bilişsel değerlendirme (zihinsel durum muayenesi) tanının temel taşlarını oluşturmaktadır Nöropsikolojik testler, özellikle hafif veya yüksek işlevli hastalarda, bilişsel bozukluğun derecesini ve etkilenen bilişsel alanları belirlemek için yararlı olabilir ve klinisyenin prognozu belirlemesine ve altta yatan etiyolojiyi değerlendirmesine katkıda bulunmaktadır (Knopman vd., 2021). Alzheimer hastalığında erken tanı büyük önem taşımaktadır. Erken tanı konulan vakalarda, hastalığı kötüleştirebilecek aterosklerotik riskler, vitamin eksiklikleri, tiroit hastalıkları ve depresyon gibi faktörler kontrol altına alınmakta ve hastaya uygun beslenme, bilişsel uyarım, bedensel ve zihinsel egzersiz yöntemleri sunularak uyarıların artırılması sağlanmaktadır (Türk Nöroloji Derneği, 2023).

Alzheimer hastalığının en belirgin özelliği, açık bir belirti göstermeden başlaması ve yavaş bir şekilde ilerlemesidir. Hastalardan veya yakınlarından alınan öykülerde, belirtilerin başlangıç zamanı genellikle net bir şekilde belirlenmemektedir. Belirsiz bir başlangıç, yaşlılıkta unutkanlığın normal olduğu algısıyla birleştiğinde hastaların doktora başvurma süresi gecikmektedir (Canbolat ve Yardımcı, 2016). Alzheimer hastalığının tanı koyma sürecinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Tanı sürecinde; hastanın psikiyatrik ve tıbbi geçmişi, bilişsel ve davranışsal değişikliklerin öyküsü aile ve bireyden ayrıntılı bir şekilde alınır. Hastanın düşünce becerileri ve davranışlarındaki değişiklikler konusunda aile üyesinden bilgi alınır. Hastaya bilişsel değerlendirme yapılır, fiziksel ve nörolojik tetkik yapılır. Kan testleri ve beyin görüntülemeleri gerçekleştirilerek, demans belirtilerinin alternatif nedenleri (örneğin tümörler ya da vitamin eksiklikleri) dışlanır.

Alzheimer hastalığının klinik tanısında yaygın olarak iki ana tanı ölçütü kullanılmaktadır. Bunlardan ilki, NINCDS-ADRDA (Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ile İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği) tarafından geliştirilen tanı kriterleridir; diğeri ise Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) (DSM) ölçütüdür. Bu ölçütler kullanılarak hasta bireyde hafıza ve öğrenme bozukluklarının olup olmadığı, agnozi, afazi, apraksi gibi durumların yanı sıra yönetsel aktivitelerde (sıralama, organize etme, planlama, soyutlama gibi) bozuklukların varlığı değerlendirilmektedir. Ayrıca, merkezi sinir sistemi ile bağlantılı başka bir patolojinin var olup olmadığına da bakılarak Alzheimer hastalığı tanısı konulabilmektedir (Özkay vd., 2011).

DSM-V tanı kriterlerine göre Alzheimer hastalığının kriterleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır: “Hafıza bozukluğu, afazi, apraksi, agnosi, planlama ve organizasyon becerilerinde bozukluklar; hastanın günlük yaşamını etkileyecek düzeydeki sıkıntılar, bilişsel fonksiyonlar, sürekli kayıplar ve bozukluklar ve bu belirtilerin majör depresyon ve şizofreni gibi diğer hastalıklarla uyumsuz olması olarak sıralanmaktadır” (APA, 2013).

Bilişsel değerlendirme, geleneksel olarak Alzheimer hastalığı veya diğer demans türlerinin teşhisine yönelik ilk adımdır. Bilişsel ve davranışsal değerlendirmeler; yapısal nörogörüntüleme (beyin BT veya MRI), PET taramaları, genotip belirleme ve sıvı biyobelirteç analizlerini kapsamaktadır. Beyin BT veya MRI, Alzheimer şüphesi olan hastalarda tanı sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır; ancak PET taramaları, ApoE genotipleme ve temel Alzheimer hastalığı beyin omurilik sıvısı biyobelirteçlerinin analizi gibi diğer yöntemler klinik ortamlarda rutin olarak kullanılmamaktadır. Alzheimer hastalarında bilişsel işlevleri değerlendiren bazı ölçekler kullanılmaktadır. Mini-Mental Test Alzheimer hastalığı ile ilişkili bilişsel bozuklukları tespit etmek için kullanılmaktadır (Abdelnour vd., 2022).

Alzheimer teşhisinde, histopatolojik olarak amiloid plaklarının ve nörofibriler yumakların varlığı tespit edilmektedir. Ancak bu birikintiler hastalığın erken safhalarında az gözlemlendiğinden, plak varlığı yerine sinaptik ve nöronal kayıplarla ilişkilendirilip incelenmektedir. Klinik semptomlar, nörolojik testler, Klinik Demans Derecelendirmesi skoru ve mini mental durum incelemesi puanları dahilinde Alzheimer hastalığı biyobelirteçleri, görüntüleme, genetik ve protein biyobelirteçleri kullanılarak Alzheimer hastalığının teşhisi yapılmaktadır (Sertkaya ve Ergen, 2022).

2.9. Alzheimer Hastalığında Tedavi Yaklaşımları

Alzheimer hastalığının kesin bir tedavisi olmamakla birlikte farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır. (Chen vd., 2017; Değer, 2022).

2.9.1. Farmakolojik Yaklaşımlar

Alzheimer hastalarında tedavi belirli risk faktörlerine göre klinik bakımı içererek kapsamlı bir yaklaşımla hastaya özgü planlanmalıdır. Klinisyenler, serebrovasküler iskemi, felç riski ve buna bağlı bilişsel gerilemeyi azaltmak amacıyla antitrombotikler, antihipertansifler, lipid düşürücüler ve/veya antidiyabetik ajanlar kullanarak hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi kontrol edilemeyen vasküler risk faktörlerini yönetmektedir. Hastaların davranışsal semptomlarının yönetiminde ilaç tedavisi kullanılmaktadır (Porsteinsson vd., 2021). Alzheimer hastalığında kolinerjik nöronların kaybı ve bunun sonucunda kolinerjik nörotransmisyonadaki azalma bilişsel ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır. Asetil-Kolinesteraz inhibitörleri (AChEI'ler) (donepezil, galantamin ve rivastigmin) ve NMDA antagonisti memantin, ABD Gıda ve İlaç Dairesi tarafından Alzheimer hastalığının semptomatik tedavi sürecine yönelik onaylanmış tek ilaç sınıflarıdır. Donepezil, galantamin ve rivastigmin içeren AChEI'ler, sinaptik yarıklara salınan asetilkolinin parçalanmasını geciktirerek kolinerjik nörotransmisyonu artırmaktadır (Ulep vd., 2018). AChEI'ler Alzheimer hastalığının semptomatik tedavisinin temelini oluşturur ve sinapta asetilkolinin parçalanmasını engelleyerek bu nörotransmitterin kullanılabilirliğini artırır. AChEI'ler hafif ile şiddetli Alzheimer belirtilerinin tedavisinde etkili iken, orta ile şiddetli Alzheimer belirtiler için memantin semptomatik tedavi seçeneğidir. Memantin, bilişsel ve işlevsel gerilemeyi yavaşlatarak klinik olarak önem taşımakta ve bazı kanıtlara göre hastalarda ajitasyon gelişme olasılığını azaltmaktadır (Lane vd., 2018). İleri evre Alzheimer hastalığında ajitasyon, saldırganlık ve psikoz gibi davranışsal belirtiler nedeniyle antipsikotikler tercih edilmektedir (Kales vd., 2015). Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçların etkinliği tartışılmaktadır (Çamcı, 2023).

2.9.2. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

Alzheimer hastalığında farmakolojik olmayan yaklaşımlar psikososyal semptomları hedef alan, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan destekleyici tedavi yaklaşımlarıdır (Keogh vd., 2019). Farmakolojik olarak uygulanan tedavinin yanı sıra destekleyici amaçla kullanılan ilaç dışı müdahaleler, bireyin olumsuz semptomlarını azaltması ve hayat standartlarının artırması yönünden Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tavsiye edilmektedir (Rabins vd., 2017). Alzheimer hastalığında, yaşam kalitesini artırmak için farmakolojik olmayan yaklaşımlar tercih edilmektedir. Bu yöntemler arasında Tai Chi, masaj, dans, sanat terapisi, egzersiz, ışık terapisi, müzik terapi ve anımsama gibi teknikler yer almaktadır. Alzheimer hastalarında müziğin hastaların duyu ve düşüncelerinde anlamlı tepkiler vermelerini sağladığı, bilişsel fonksiyonlarını ve sözlü iletişimi artırdığı, duyu durumunu iyileştirdiği, beyin oksijenlenmesini ve kan akışını dengeleyerek kan basıncı ile solunum hızını normalleştirdiği belirtilmektedir (Lök ve Bademli, 2016; Bozkurt ve Karadakovan, 2020; Eftychios vd., 2021; Dilek ve Ünal, 2023). Alzheimer hastalarında egzersiz, yaşlanan beyindeki kognitif fonksiyon kaybını önleyerek beyinde kan akışını artırmaktadır. Egzersiz aynı zamanda yeni nöron oluşumu sağlayarak nöroplastisiteyi geliştirir ve kognisyonla ilişkili frontal ve parietal bölgelerde daha etkin beyin aktivasyonu sağlamaktadır (Keleş ve Özalevli, 2018; Na vd., 2019; Alpat ve Ersoy, 2022). Alzheimer hastalarında ışık terapisi, serbest çalışan biyolojik saatin yeniden ayarlanmasını, bilişsel fonksiyonların iyileştirilmesini ve davranışsal semptomların azaltılmasını amaçlamaktadır. Işık terapisinin dengeli bir uyku-uyanıklık döngüsü sağladığı, sirkadiyen ritmi düzenlediği, huzursuzluk ve ajitasyon gibi davranışlarda iyileşme sağladığı, bilişsel işlevler üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu, gündüz uykularını azalttığı ve günlük yaşam aktivitelerine katılımı artırarak geceleri daha verimli bir uyku sağladığı belirtilmektedir (Balcı Alparslan vd., 2019; Bozkurt ve Karadakovan, 2020). Alzheimer hastalarında anımsama terapisi, fotoğraflar, geçmişten tanıdık nesnelere, müzik ve filmler gibi somut nesnelere kullanılarak geçmiş olayların, etkinliklerin ve anıların hatırlanmasını sağlamaktadır (Türk ve Bozluoçay, 2021). Bu tür yaklaşımlar hastaların hem ruhsal hem de fiziksel iyilik hallerini desteklemekte ve tedavi sürecine katkı sağlamaktadır (Keleş ve Özalevli, 2018).

2.10. Alzheimer Hastalığında Bakım

Alzheimer hastalığında, hastalığın ilerleyici doğası nedeniyle hastalar bakıcı desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Kocatürk, 2020). Bakım verenler eşler, akrabalar, arkadaşlar ve komşular gibi hastanın çevresindeki kişilerden oluşmaktadır (Ringer vd., 2017; Tufan, 2020). Bakım verme çok kapsamlı bir süreçtir. Bu kapsamda hem hastaların hem bakım verenlerin özellikleri bakım yükünü etkileyebilmektedir (Soner ve Aykut, 2017). Alzheimer hastalarının bakım verenleri hastalıkla ilgili bilgi eksiklikleri nedeniyle bakım sürecinde zorlanmaktadır (Dai vd., 2020). Bakım verenlerin bilgi eksikliği bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bakım verenlerin hasta bakımı konusunda eğitim verilerek desteklenmesi bakımın kalitesi açısından önemlidir (Atri, 2019). Bakım verenler bakım nedeniyle fiziksel, duygusal ve sosyal zorluklar yaşayabilmektedirler. Bakım verenlerde uyku problemleri, ilişkilerde zorluk, sosyal hayattan uzaklaşma ve ruh sağlığı sorunları sıkça görülebilmekte ve bakım yükleri artmaktadır (McGee vd., 2022). Bakım verenlerin hastalara karşı olumlu tutumları bakım açısından önemlidir (Koca vd., 2017). Bakım verenlerin hem bilgi düzeyini hem de hastaya karşı olumlu tutumunu geliştirmek için hemşireler tarafından müdahaleler uygulanmalıdır (Atoyebi vd., 2022; Sun vd., 2022).

2.11. Alzheimer Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Hemşireler Alzheimer tanılı hastaların bakımında; bilişsel fonksiyonların sürdürülmesi, fiziksel güvenlik, iletişim sağlama, ajitasyon ve anksiyetenin azaltılması, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, yeterli ve dengeli beslenme, uyku dengesinin sağlanması, kişisel temizlik, bakımın sağlanması ve bakım verenlerin eğitimi konularında önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler (Uçkaç ve Bahar, 2020). Alzheimer tanılı hastaların bilişsel fonksiyonların sürdürülmesinde; hastaya sakin bir şekilde yaklaşma, kendini tanıtarak etkileşimde bulunma, hastaya ismiyle hitap etme, çevreyi güvenli hale getirme, günlük rutin için sistematik bir plan oluşturma, hastanın anımsamasına ve yönelimine destek olma gibi yaklaşımlar uygulanmalıdır (Akyar, 2011; Xu vd., 2015). Hemşireler Alzheimer tanılı hastalarla açık ve net bir iletişim kurmalı, sabırlı olmalı ve hastayı zorlamamalı, hastanın sanrı veya varsanılarını olduğunda ifadelerinin gerçekliğini sorgulamamalı, iletişim boyunca ses tonuna dikkat etmeli, hastanın sözünü kesmemeli, suçlayıcı ifadelerden kaçınmalı, hastanın kolay

cevaplayabileceği sorular sormalı, ajitasyon ve anksiyete durumunda hastayla çatışmaya girmemeli, gerektiğinde sözsüz iletişim tekniklerini kullanmalı ve iletişim sırasında sessiz ve sakin bir ortam sağlamalıdır (Barlas ve Onan, 2010; Demir, 2018; Küçükgüçlü ve Akyol, 2019). Hemşireler fiziksel güvenliğin sağlanmasında; Alzheimer tanılı hastanın bulunduğu ortamda çevreyi güvenli hale getirme, hastanın yaralanma riskini önleme, hastaların kaybolma riskine karşı kimlik bilgilerini içeren bileklik taşımalarını sağlama ve hastanın çevresindeki bireyleri bu konuda eğitime gibi girişimler uygulamalıdır (Demir, 2018). Hemşireler Alzheimer tanılı hastanın zamanını etkin değerlendirmesi için aktiviteler planlamalı ve hastaların yapılabilecekleri aktiviteler konusunda yakınlarını bilgilendirmelidirler (Akyar, 2011; Özkaraman, 2020). Alzheimer tanılı hastayı günlük yaşam aktivitelerine katılım konusunda cesaretlendirmeli, başarı gösterdiğinde olumlu geri bildirimler vermeli ve gerektiğinde hastayı desteklemelidirler (Akyar, 2011). Alzheimer tanılı hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı, yutma güçlüğü olan hastaların bakım verenleri bu konuda bilgilendirilmelidir (Kızılsıanoğlu ve Cankurtaran, 2020). Hastanın uyku kalitesini artırmak için gece uyaranları en aza indirilmeli, yeterli aydınlatma sağlanmalı, gün içinde uyuması engellenmeli, aktivite ve uyku süreleri dengelenmeli, eklem hareketliliğini desteklemek için egzersiz ve aktivite programları uygulaması desteklenmelidir (Demir, 2018). Alzheimer tanılı hastanın tuvalet, banyo, giyinme, diş fırçalama gibi öz bakım aktiviteleri desteklenmeli ve doku bütünlüğünü koruyacak önlemler alınmalıdır (Uçkaç ve Bahar, 2020). Bununla birlikte hemşireler bakım verenlere Alzheimer tanılı hastanın bakımı, stres ve stresle baş etme, derin nefes egzersizi, olumlu düşünme, zaman yönetimi ve destek gruplarına yönlendirme konularında eğitim vererek destek olmalıdırlar (Birinci, 2020; Barlas ve Onan, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma “randomize kontrollü deneysel çalışma” olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Giresun İli Bulancak Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericileri üzerinde, 01 Aralık 2023- 01 Kasım 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanenin evde sağlık hizmetlerine 145 Alzheimer hastası kayıtlı olup, evde bakım ekibinde 2 hekim, 3 hemşire, 1 yaşlı bakım teknikeri ve 2 şoför çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Giresun İli Bulancak Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı 145 Alzheimer tanılı hastalarının bakım vericileri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerinden araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya dahil olmayı kabul eden 60 bakım verici oluşturmuştur. “Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için G-Power 3.1.9.4 programı ile güç analizi yapılmıştır”. “Örneklem hesaplanmasında Maharaj (2017)’in çalışmasındaki Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği ve Demans Tutum Ölçeği sonuçlarının etki büyüklüğü kullanılmış, çift yönlü bağımsız örnekler t-testine göre yapılan hesaplamada etki büyüklüğü 0.50, hata payı ($\alpha=0.05$) ve %95 güç alınarak toplam örneklem sayısı 54 olarak hesaplanmıştır (Cohen, 1988; Faul vd., 2007)”. Bununla birlikte araştırma sürecindeki veri kaybı göz önüne alınarak, hesaplanan örneklem sayısının %10’u oranında fazla bakım verici alınarak toplam 60 bakım verici olmak üzere, 30 deney ve 30 kontrol grubu bakım verici üzerinde araştırma yürütülmüştür.

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two

Effect size $d_z = 0.5$

α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.95

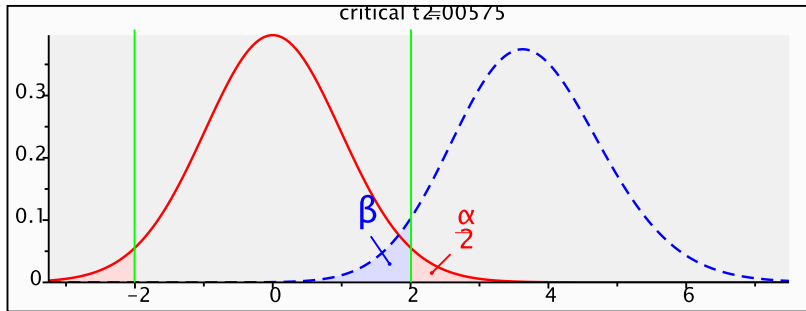
Output: Noncentrality parameter $\delta = 3.6742346$

Critical t = 2.0057460

Df = 53

Total sample size = 54

Actual power = 0.9502120



Şekil 3.1. Örneklem Hesaplaması

3.4. Araştırmanın Randomizasyonu

Araştırmada, çalışma kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan bakım vericilerden onam alındıktan sonra ön testler uygulanmıştır. “Ön testler yapıldıktan sonra bakım verenler deney ve kontrol grubuna basit randomizasyon yöntemi ile atanmıştır”. Basit randomizasyon için, bakım verenler 1’den 60’a kadar numaralanmıştır. “1’den 60’a kadar olan rakamlar bilgisayarda randomizer.org’da rastgele 2 gruba dağıtılmıştır”. (Randomizer.org)

2 Sets of 30 Unique Numbers Per Set
Range: From 1 to 60

Set #1(A)

1, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 19, 24, 25, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 39, 42, 43, 46, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58

Set #2(B)

2, 4, 5, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 30, 32, 33, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 59, 60

Rastgele dağıtımdaki ilk 30 kişi A grubu olarak ve sonraki 30 kişi B grubu olarak atanmıştır. Kura yöntemiyle A ve B grubu bakım vericiler deney ve kontrol grubu olarak atanmıştır.

3.5. Araştırmanın Körlenmesi ve Yanlılığın Önlenmesi

Araştırmada “çalışma protokolü SPIRIT rehber alınarak oluşturulmuş (Akın ve Koçoğlu-Tanyer, 2021) ve araştırmanın raporlanması CONSORT kontrol listesine göre yapılandırılmıştır” (Schulz vd., 2010). “Bu araştırmada seçim yanlılığını önlemek için, bakım verenler deney ve kontrol grubuna basit randomizasyon yöntemiyle rastgele atanmıştır”. Bakım verenler deney ve kontrol grubunda olduklarını bilmemişlerdir. “Bu atama işlemi uygulayıcı konumunda olmayan araştırmacı tarafından yapılmıştır”. “Raporlama sürecinde yanlılığının önlenmesi için araştırmanın bulguları uzman bir istatistikçi tarafından analiz yapılmıştır”.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Alzheimer tanılı hastanın bakımından primer sorumlu olan,
- Alzheimer tanılı hastaya en az 6 aydır bakan,
- 18 yaş ve üstü olan,
- Okur-yazar olan,
- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bakım verenler araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmada Dışlanma Kriterleri

-Türkçeyi anlayıp konuşamayan bakım verenler dışlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği ve Demans Tutum Ölçeği puan ortalamaları.

Bağımsız değişkenler: Alzheimer hastalarının bakım verenlerine verilen eğitim.

Kontrol değişkenleri: Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu”, “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ve “Demans Tutum Ölçeği” ile toplanmıştır.

3.7.1. Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu

Bu form, araştırmacı tarafından mevcut literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Hattink vd., 2015; Küçükgüçlü vd., 2017; Gök Uğur vd., 2018; Parveen vd., 2022). Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde hastanın sosyo-demografik özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık süresi, kronik hastalık varlığı ve kronik hastalık türü) 6 soru bulunmaktadır. Formun ikinci bölümünde bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, aile yapısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, bakım süresi, hastalıkla ilgili bilgi alma durumu ve bilgi kaynağı) 12 soru yer almaktadır (**Ek 2**).

3.7.2. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği

Ölçek Carpenter vd. (2009), tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlaması Yılmaz ve Çolak (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçekte 30 madde bulunmakta ve Alzheimer hastalığına yönelik kişilerin bilgi düzeyi değerlendirilmektedir. Ölçek maddelerine doğru-yanlış olarak yanıt verilebilmekte ve katılımcılar doğru cevapladıkları her madde için bir puan almaktadırlar. “Ölçekten alınabilecek puanlar, 0 ile 30 arasında değişmektedir”. “Ölçekten alınan puanın artması, bilgi seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir”. “Ölçeğin güvenilirlik düzeyinin

değerlendirilebilmesi için hesaplanan test-tekrar test güvenilirliği 0.81, Kuder-Richardson 20 katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Çolak, 2020) (**Ek 3**). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.741 bulunmuştur.

3.7.3. Demans Tutum Ölçeği

Ölçek O'Connor ve McFadden tarafından 2010 yılında tasarlanmış ve Türkçeye Çetinkaya vd. (2020), tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin oluşturulması sırasında Alzheimer Hastalığı ve Demans arasındaki terminolojik karışıklık nedeniyle ölçek ifadelerinde “Alzheimer hastalığı ve ilişkili hastalıklar” ifadesi kullanılmıştır. “Ölçek 1’den (kesinlikle katılmıyorum) 7’ye (kesinlikle katılıyorum) kadar 7’li Likert tiptedir”. Toplam 20 maddeden oluşan ölçeğin 6 maddesi ters puanlanmaktadır (2,6,8,9,16,17). Ölçekten alınan puan arttıkça destekleyici tutum (1,7,10,11,15,16,18,19,20) ve kabullenici tutum (3,4,5,12,13,14) artarken, dışlayıcı tutum (2,6,8,9,17) azalmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.83 olarak bulunmuştur (Çetinkaya ve ark., 2020) (**Ek 4**). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.752 bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmada, Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan deney ve kontrol grubundaki bakım verenlere ön testler araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak uygulanmıştır. Araştırmanın ön test verileri “Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu”, “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ve “Demans Tutum Ölçeği” ile yaklaşık 30 dakikada yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Araştırmanın son test verileri araştırma başladıktan 15 gün sonra “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ve “Demans Tutum Ölçeği” ile deney ve kontrol grubu hastaların evinde ev ziyareti ile araştırmacı tarafından ortalama 25-30 dakikada yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

3.9. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericileri İçin Eğitim Programı

Araştırmada Alzheimer Hastalarının Bakım Vericileri İçin Eğitim Programı Literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Alzheimer Association, 2023; Alzheimer Derneği, 2024; Özkay vd., 2011; Yıldırım ve Eke, 2024; Barlas ve Onan, 2010; Akyar ve Akdemir, 2009, Koca vd., 2017; Alıcılar ve Çalışkan, 2021; Bozkurt ve

Karadakovan, 2020; Gök Uğur vd., 2018). Eğitim; Alzheimer hastalığının tanımı, evreleri, belirtileri, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri, Alzheimer hastası ile iletişim, Alzheimer hastalarında görülen davranışsal sorunlar (Agresif Davranışlar, Ajitasyon veya Anksiyete, Konfüzyon/Karıştırma, Şüphencilik, Yineleme/Yinelenen Davranışlar, Amaçsızca Dolaşma ve Kaybolma, uyku sorunları), Alzheimer hastalarında ilaç kullanımı, beslenme, boşaltım, uyku, güvenli çevre oluşturma ve bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve baş etme tekniklerini içermiştir (**Ek 5**). Eğitim programı için 5 uzman görüşü (4 halk sağlığı hemşireliği ve 1 psikiyatri hemşireliği anabilim dalından) alınarak KGİ 0.75 olarak hesaplanmıştır. Eğitim programı araştırmacı tarafından hastanenin eğitim salonunda gerçekleştirilmiştir. Eğitim PowerPoint sunumu, soru-cevap ve tartışma yöntemlerini kullanarak interaktif bir biçimde uygulanmıştır. Araştırma kapsamında deney grubundaki bakım vericilere 1 oturumda 5'şer kişilik gruplar şeklinde ortalama 60 dakikada hastanenin eğitim salonunda yüz yüze eğitim verilmiştir. Eğitimin ilk 10 dakikasında bakım verenlerle tanışma, eğitim programı hakkında bilgi verme ve eğitime dair önerilerin alınması sağlanmıştır. Eğitimin sonraki 40 dakikasında Alzheimer hastalığı ile ilgili hazırlanan eğitim powerpoint sunumu ile yüz yüze uygulanmıştır. Eğitim Türkiye Alzheimer Derneği'nin web sayfasında yer alan animasyon ve videolarla desteklenmiştir. (Alzheimer Derneği, 2024). Eğitimin son 10 dakikasında ise, bakım vericilerle soru-cevap etkinliği yapılmıştır.

3.10. Kontrol Grubu

Araştırmada kontrol grubunda bulunan Alzheimer hastalarının bakım verenlerine araştırma süresince herhangi bir eğitim yapılmamıştır. Rutin evde sağlık hizmetleri takibi almışlardır. Rutin takip kapsamında Alzheimer hastalarının bakım verenlerine ev ziyareti yapıldıkça ihtiyaç duydukları konularda hekim ve hemşireler tarafından kısa bilgilendirmeler yapılmaktadır. Araştırma tamamlandıktan sonra kontrol grubunda yer alan bakım vericilere tek oturumda ortalama 30-45 dakika arasında eğitim verilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılacak olan “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ve “Demans Tutum Ölçeği” yazarlarından e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır (**Ek 6, Ek 7**).

Ayrıca eğitimde kullanılacak animasyon ve videolar için Türkiye Alzheimer Derneği'nin yönetiminden izin alınmıştır (**Ek 8**). “Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (**Ek 9**) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı (Karar No: 2023-43) alınmıştır (**Ek 10**)”. “Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışmanın amacı ve yararları anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (**Ek 11**)”. “Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur”. Katılımcılara, araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılma haklarının olduğu belirtilmiştir. Katılımcılara, araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri gizli tutularak yalnızca bilimsel amaçlarla yayımlanabileceği hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca etik kurul onayı alındıktan sonra çalışma ClinicalTrials.gov'a kaydedilerek NCT06182930 numarası alınmıştır. Etik açıdan araştırmanın son testleri uygulandıktan sonra kontrol grubundaki bakım vericilerine eğitim verilmiştir.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ve R programı ile uzman istatistikçi tarafından analiz edilmiştir. “Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. İkili gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır”. Kategorik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Fisher's Exact testi, Pearson ki-kare, Yates düzeltmesi kullanılmıştır. Grup ve zamana göre normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Robust ANOVA kullanılmış ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır. “Grup ve zamana göre normal dağılım gösteren değerlerin karşılaştırılmasında Genelleştirilmiş Lineer model kullanılmış ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır”. Normal dağılıma uymayan bağımlı değişkenlere etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde MASS paketi kullanılarak Robust Regresyon Analizi yapılmıştır. Nicel verilerin sunumunda, ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri kullanılmıştır. Kategorik verilerin gösteriminde ise frekans ve yüzde kullanılmıştır. Önem düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

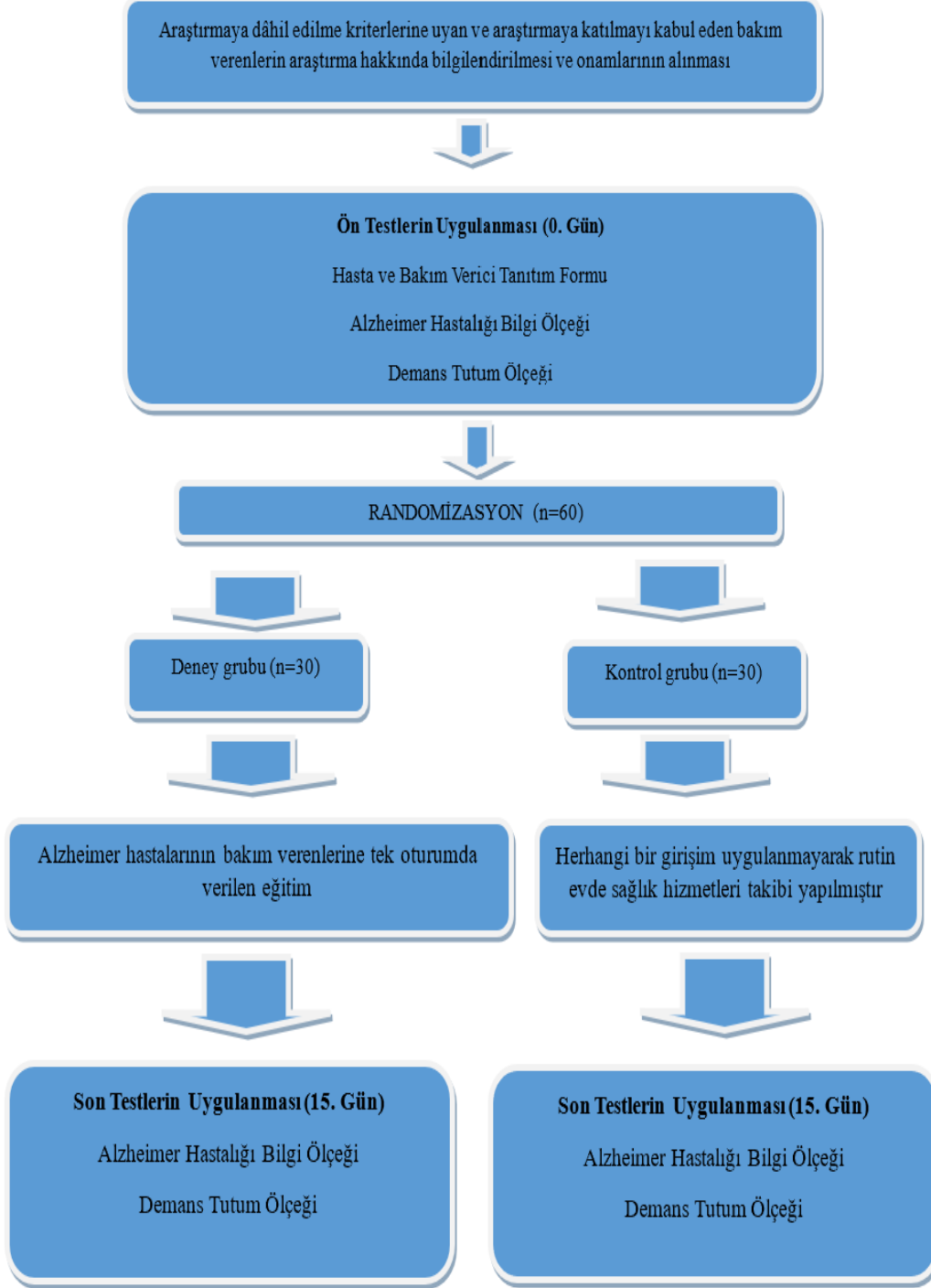
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece bir ile devlet hastanesinin evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı Alzheimer tanılı hastaların bakım vericileri ile yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılık içermektedir.

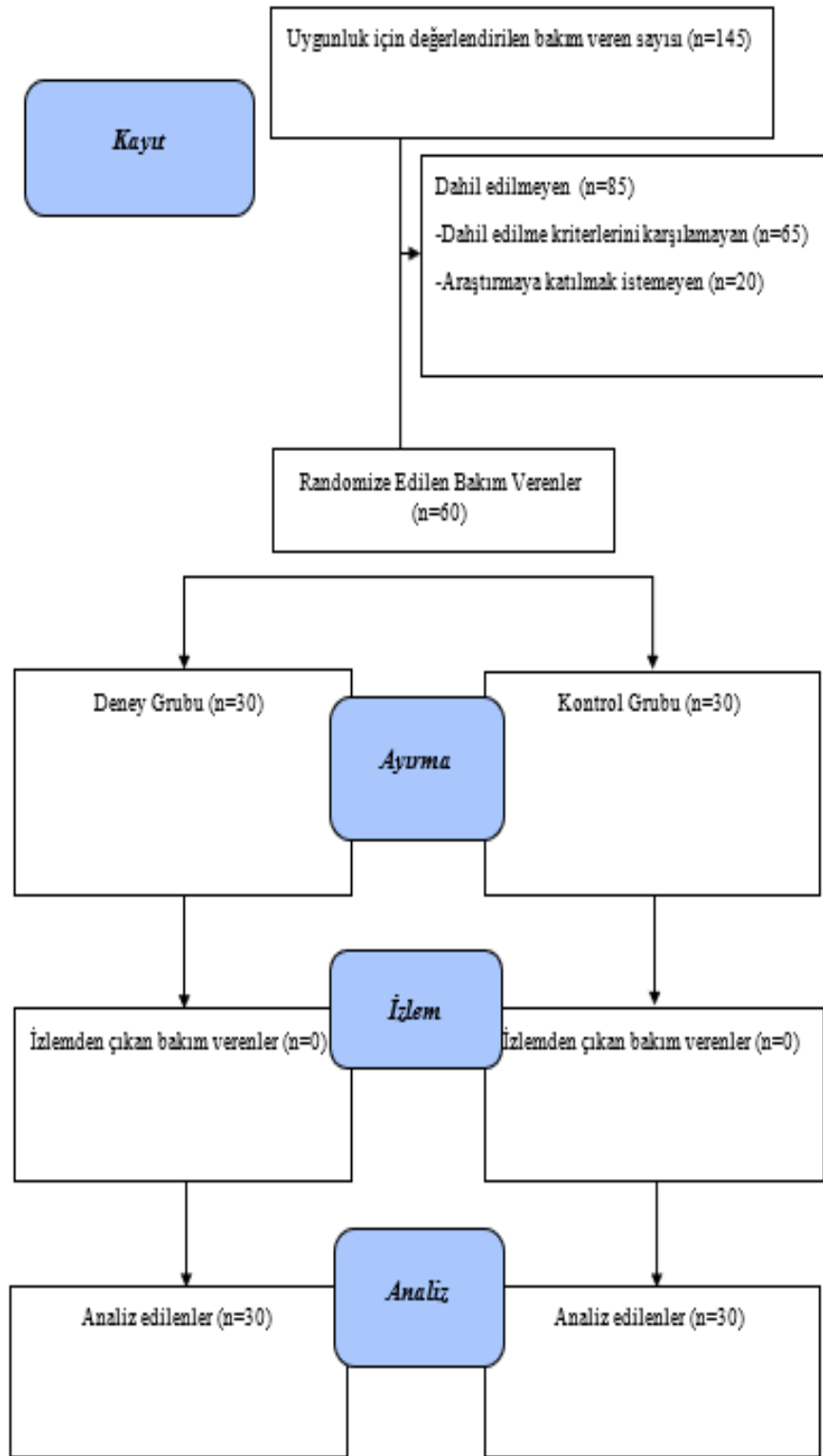
3.14. Araştırma Planı

Araştırmada Bulancak Devlet Hastanesi'nin evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olan Alzheimer tanılı 145 hastanın bakım vericisi evren olarak alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan bakım vericilerden 60 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Basit randomizasyonla deney ve kontrol grubuna bakım vericiler rastgele atanmıştır. Deney grubundaki bakım verenlere bir kez eğitim yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu bakım vericilere 15 gün ara ile n ve son testler ev ziyareti yapılarak uygulanmıştır (şekil 3.2).

ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 3.2. Araştırma Plan



Şekil 3. 3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı

4. BULGULAR

Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Deney	Kontrol	Toplam	Test İstatistiği	p
Hastanın cinsiyeti					
Kadın	22 (73.3)	22 (73.3)	44 (73.3)	0.000	1.000 ^x
Erkek	8 (26.7)	8 (26.7)	16 (26.7)		
Hastanın medeni durumu					
Evli	19 (63.3)	21 (70)	40 (66.7)	0.075	0.784 ^x
Bekar	11 (36.7)	9 (30)	20 (33.3)		
Hastanın başka kronik hastalık varlığı					
Evet	19 (63.3)	23 (76.7)	42 (70)	0.714	0.398 ^x
Hayır	11 (36.7)	7 (23.3)	18 (30)		
Kronik hastalık Türü					
Hipertansiyon	10 (52.6)	17 (81.0)	27(67.45)	3.977	0.409 ^z
Diyabet	8 (42.1)	9 (42.9)	17 (42.5)		
Kalp hastalığı	8 (42.1)	8 (38.1)	16 (40.0)		
KOAH	1 (5.3)	2 (9.5)	3 (7.5)		
Bakım verenin cinsiyeti					
Kadın	27 (90)	20 (66.7)	47 (78.3)	3.535	0.060 ^x
Erkek	3 (10)	10 (33.3)	13 (21.7)		
Bakım verenin medeni durumu					
Evli	19 (63.3)	23 (76.7)	42 (70)	0.714	0.398 ^x
Bekar	11 (36.7)	7 (23.3)	18 (30)		
Bakım verenin eğitim durumu					
Okur yazar	2 (6.7)	0 (0)	2 (3.3)	3.267	0.514 ^z
İlkokul	12 (40)	10 (33.3)	22 (36.7)		
Ortaokul	4 (13.3)	3 (10)	7 (11.7)		
Lise	5 (16.7)	8 (26.7)	13 (21.7)		
Üniversite	7 (23.3)	9 (30)	16 (26.7)		
Bakım verenin yaşadığı yer					
Köy	2 (6.7)	6 (20)	8 (13.3)	7.371	0.025 ^z
İlçe	27 (90) ^a	18 (60) ^b	45 (75)		
İl merkezi	1 (3.3) ^a	6 (20) ^b	7 (11.7)		
Bakım verenin aile yapısı					
Çekirdek aile	24 (80)	23 (76.7)	47 (78.3)	0.000	1.000 ^x
Geniş aile	6 (20)	7 (23.3)	13 (21.7)		

^xYates düzeltmesi; ^y Fisher's Exact Testi; ^z Pearson'ki kare Testi; n(%)

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Deney	Kontrol	Toplam	Test İstatistiği	p
Bakım verenin çalışma durumu					
Çalışıyor	5 (16.7)	13 (43.3)	18 (30)	3.889	0.049 ^x
Çalışmıyor	25 (83.3)	17 (56.7)	42 (70)		
Gelir düzeyi					
Gelir giderimden az	6 (20)	3 (10)	9 (15)	1.974	0.373 ^z
Gelir giderime eşit	17 (56.7)	22 (73.3)	39 (65)		
Gelir giderimden fazla	7 (23.3)	5 (16.7)	12 (20)		
Hastaya yakınlık derecesi					
Eşi	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5)	6.505	0.482 ^z
Kızı	8 (26.7)	6 (20)	14 (23.3)		
Oğlu	3 (10)	10 (33.3)	13 (21.7)		
Gelini	8 (26.7)	5 (16.7)	13 (21.7)		
Torunu	5 (16.7)	6 (20)	11 (18.3)		
Akraba/Komşu	1 (3.3)	0 (0)	1 (1.7)		
Bakıcı	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5)		
Diğer	1 (3.3)	1 (3.3)	2 (3.3)		
Hastalık hakkında bilgi alma					
Evet	10 (33.3)	17 (56.7)	27 (45)	2.424	0.120 ^x
Hayır	20 (66.7)	13 (43.3)	33 (55)		
Hastalık bilgi kaynakları					
Hekim	3(30)	11(61.1)	14(50)	9.912	0.194 ^z
Hemşire	3(30)	6(33.3)	9(32.1)		
Akraba	5(50)	3(16.7)	8(28.6)		
Yakın çevre	5(50)	12(66.7)	17(60.7)		
Televizyon	0(0)	2(11.1)	2(7.1)		
İnternet	5(50)	6(33.3)	11(39.3)		
Diğer	0(0)	2(11.1)	2(7.1)		
Hastanın yaşı					
	85 (65 - 103)	86 (72 -93)	85 (65-103)	437.500	0.859 ^x
Hastalık süresi (yıl)					
	4 (1 - 15)	5 (1 -15)	4 (1 -15)	434.000	0.817 ^x
Bakım verenin yaşı					
	56 (24 - 84)	49 (19 -73)	50 (19 -84)	535.500	0.208 ^x
Hasta bakım süresi (yıl)					
	3 (1 - 12)	4.5 (1 - 25)	3.5 (1 - 25)	418.500	0.641 ^x

^xYates düzeltmesi; ^y Fisher's Exact Testi; ^z Pearson'ki kare Testi, ^x Mann Whitney U Testi; n (%)

Tablo 4.1'de bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet dağılımları incelendiğinde; %73.3'ünün kadın ve %26.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların %63.3'ünün evli ve kontrol grubundaki hastaların %70'inin evli olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki hastaların %63.3'ünün ve kontrol grubundaki hastaların %76.7'sinin başka bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların %52.6'sında ve kontrol grubundaki hastaların %81'inde

hipertansiyon hastalığı olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki bakım verenlerin %90'ı ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %66.7'si kadındır. Deney grubunda bakım verenlerin %63.3'ünün ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %76.7'sini evli olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki bakım verenlerin %40'ının ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %33.3'ünün ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki bakım verenlerin %80 ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %76.7'si çekirdek aile yapısına sahiptir. Deney grubundaki bakım verenlerin %56.7'sinin ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %73.3'ünün gelirin giderine eşit olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların %26.7'sinin kızı ve gelini, kontrol grubunda hastaların %20'sinin kızı, %16.7'sinin gelini tarafından bakıldığı tespit edilmiştir. Deney grubunda bakım verenlerin %33.3'ünün ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %56.7'sinin Alzheimer hastalığı hakkında bilgi aldığı belirlenmiştir. Deney grubunda bakım verenlerin %50'sinin akraba, yakın çevre ve internetten bilgi aldığı, kontrol grubundaki bakım verenlerin %66.7'sinin yakın çevreden bilgi aldığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin en uzun süre yaşadıkları yere göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0.025$). Deney grubundaki bakım verenlerin %90'ı ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %60'ı en uzun süre ilçe merkezinde yaşamışlardır. Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin çalışma durumu gruplara göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p=0.049$). Deney grubundaki bakım verenlerin %16.7'si ve kontrol grubundaki bakım verenlerin %43.3'ü çalışmaktadır. Deney ve kontrol grubu hastaların yaşı, hastalık süresi, cinsiyeti, medeni durumu, başka kronik hastalık varlığı, hastalık türü gruplara göre istatistiksel farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, aile yapısı, gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, hastalık hakkında bilgi alma, bilgi kaynakları ve hasta bakım süresi ortancaları gruplara göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.2. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puanları

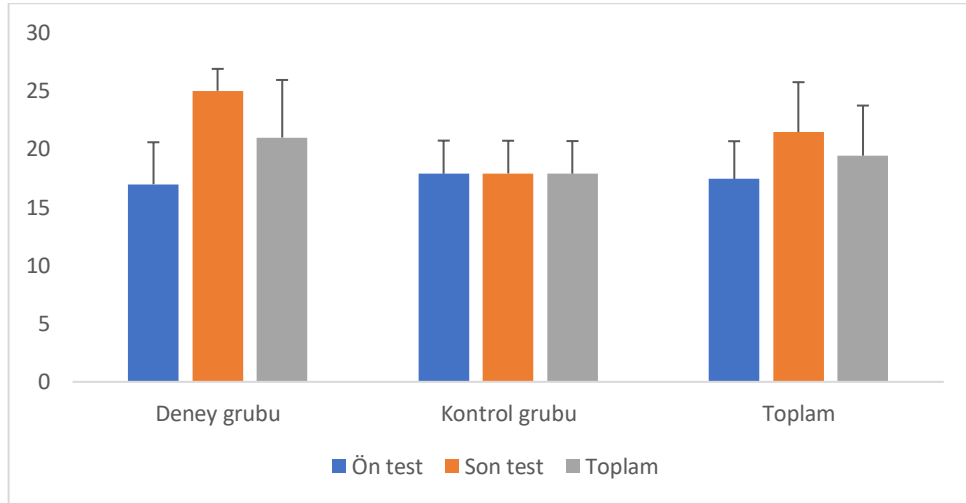
Tablo 4.2'de deney ve kontrol grubu bakım verenlerin "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Zaman ayırımı yapmaksızın gruplara göre "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" toplam ortalama değerleri farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortalaması 20.98 iken, kontrol grubunun

ortalaması 17.88'dir. Grup ayrımı yapmaksızın zamana göre "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" toplam ortalama değerleri farklılık göstermektedir ($p<0.001$). "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" ön test ortalaması 17.42 iken son test ortalaması 21.45'dir. Grup zaman etkileşimine göre "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" ortalama toplam değerleri farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubu ön test ortalaması 16.97 iken, deney grubu son test ortalaması 25'dir. Kontrol grubu ön test ortalaması 17.87 iken, son test ortalaması 17.90'dır. "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" deney grubu ön test ile deney grubu son test arasında, kontrol grubu ön test ile deney grubu son test arasında, deney grubu son test ile kontrol grubu son test arasında istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Zaman	Grup		Toplam	F	p	η^2
	Deney	Kontrol				
Ön test	16.97 ± 3.61 ^B	17.87 ± 2.85 ^B	17.42 ± 3.25	Grup	60.03	<0.001
Son test	25 ± 1.88 ^A	17.90 ± 2.81 ^B	21.45 ± 4.29	Zaman	35.46	<0.001
Toplam	20.98 ± 4.95	17.88 ± 2.8	19.43 ± 4.30	Grup*zaman	59.04	<0.001

F= Varyans analizi test istatistiği, η^2 : Kısmi Eta Kare, R^2 =%57,12, Düzeltilmiş R^2 =%56,01, ^{A-B}: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur



Şekil 4.1. Grup ve Zamana Göre Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Sütun Grafiği

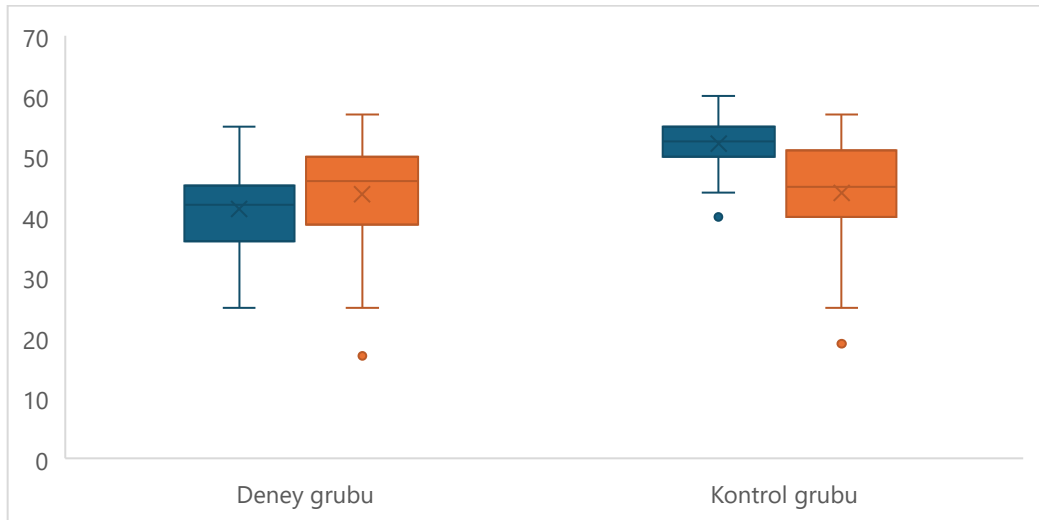
4.3. Demans Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanları

Tablo 4.3. Demans Tutum Ölçeği'nin Destekleyici Tutum Alt Boyutu Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Zaman	Grup		Toplam	Test istatistiği	p*	Etki büyüklüğü	
	Deney	Kontrol					
Ön test	42 (25-55) ^B	46 (17-57) ^B	43.5 (17-57)	Grup	6.883	0.334	0.201
Son test	52.5 (40-60) ^A	45 (19-57) ^B	50 (19-60)	Zaman	0.934	0.009	0.556
Toplam	47 (25-60)	46 (17-57)	46 (17-60)	Grup*zaman	11.57	<0.001	0.606

*Robust Anova, karşılaştırma yöntemi olarak medyan yöntemi kullanılmıştır, Ortanca(minimum-maksimum), ^{A,B}: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.3'te "Demans Tutum Ölçeği'nin" "Destekleyici Tutum" alt boyutu puanlarının grup ve zamana göre karşılaştırılması verilmiştir. Zaman ayrımı yapmaksızın gruplara göre destekleyici tutum toplam ortalama değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0.334$). Deney grubunun ortancası 47 iken, kontrol grubunun ortancası 46'dır. Grup ayrımı yapmaksızın zamana göre "Destekleyici Tutum" toplam ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0.009$). Ön test ortancası 43.5 iken son test ortancası 50'dir. Grup zaman etkileşimine göre ortanca "Destekleyici Tutum" toplam değerleri farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubu ön test ortancası 42 iken, deney grubu son test ortancası 52.5'dir. Kontrol grubu ön test ortancası 46 iken, son test ortancası 45'dir.



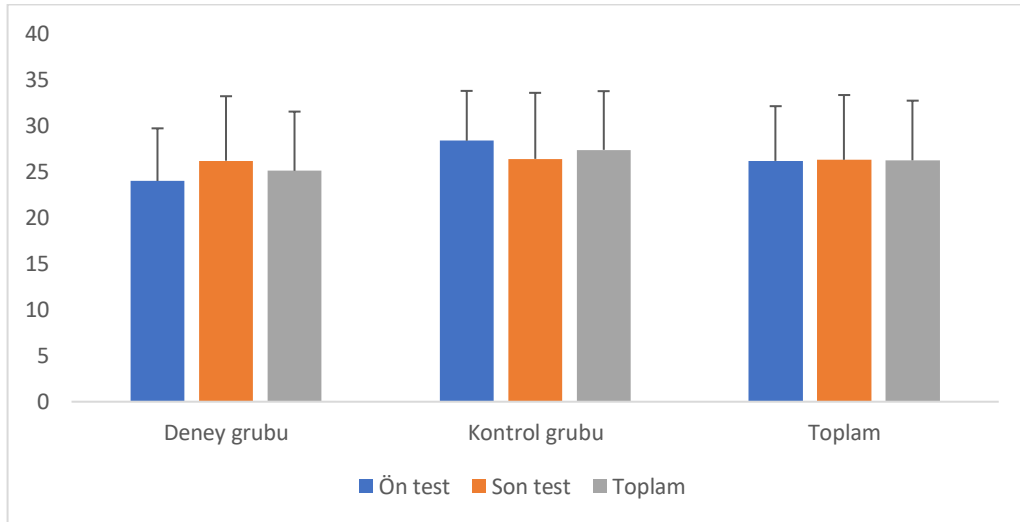
Şekil 4.2. Grup ve Zamana Göre Destekleyici Tutum Kutu Grafiği

Tablo 4.4. Demans Tutum Ölçeği'nin Kabullenici Tutum Alt Boyutu Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Zaman	Grup			F	p	η^2	
	Deney	Kontrol	Toplam				
Ön test	24 ± 5.72	28.37 ± 5.42	26.18 ± 5.95	Grup	3.843	0.052	0.032
Son test	26.20 ± 7.01	26.40 ± 7.18	26.3 ± 7.04	Zaman	0.010	0.920	0.000
Toplam	25.10 ± 6.44	27.38 ± 6.38	26.24 ± 6.49	Grup*zaman	3.199	0.076	0.027

F= Varyans analizi test istatistiği, η^2 : Kısmi Eta Kare, R²=%5.73 Düzeltilmiş R²=%3.29

Tablo 4.4'te "Demans Tutum Ölçeği'nin" "Kabullenici Tutum" alt boyutu puanlarının grup ve zamana göre karşılaştırılması verilmiştir. Zaman ayrımı yapmaksızın gruplara göre "Kabullenici Tutum" toplam ortalama değerleri farklılık göstermemektedir (p=0.052). Deney grubunun ortalaması 25.1 iken, kontrol grubunun ortalaması 27.38'dir. Grup ayrımı yapmaksızın zamana göre "Kabullenici Tutum" toplam ortalama değerleri farklılık göstermemektedir (p=0.920). Ön test ortalaması 26.18 iken, son test ortalaması 26.30'dur. Grup zaman etkileşimine göre ortalama "Kabullenici Tutum" toplam değerleri farklılık göstermemektedir (p=0.076). Deney grubu ön test ortalaması 24 iken, deney grubu son test ortalaması 26.20'dir. Kontrol grubu ön test ortalaması 28.37 iken, son test ortalaması 26.40'dır. Kısmi eta kare değerleri incelendiğiden en yüksek etkiye sahip olan faktör grup iken en az etkiye sahip olan zaman faktörüdür.



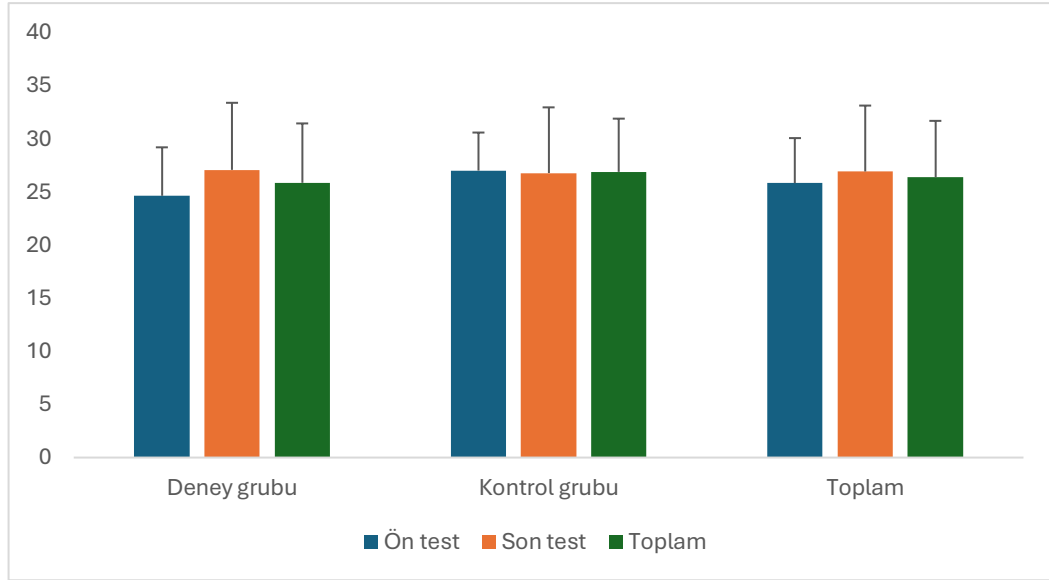
Şekil 4.3. Grup ve Zamana Göre Kabullenici Tutum Sütun Grafiği

Tablo 4.5. Demans Tutum Ölçeği'nin Dışlayıcı Tutum Alt Boyutu Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Zaman	Grup		Toplam	F	p	η^2	
	Deney	Kontrol					
Ön test	24.63 ± 4.56	27 ± 3.58	25.82 ± 4.24	Grup	1.148	0.286	0.010
Son test	27.07 ± 6.31	26.77 ± 6.18	26.92 ± 6.2	Zaman	1.300	0.256	0.011
Toplam	25.85 ± 5.59	26.88 ± 5.01	26.37 ± 5.31	Grup*zaman	1.911	0.170	0.016

F=Varyans analizi test istatistiği, η^2 : Kısmi Eta Kare, R^2 =%3.62 Düzeltilmiş R^2 =%1.13

Tablo 4.5'te "Demans Tutum Ölçeği'nin" "Dışlayıcı Tutum" alt boyutu puanlarının grup ve zamana göre karşılaştırılması verilmiştir. Zaman ayrımı yapmaksızın gruplara göre "Dışlayıcı Tutum" toplam ortalama değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0.286$). Deney grubunun ortalaması 25.85 iken, kontrol grubunun ortalaması 26.88'dir. Grup ayrımı yapmaksızın zamanlara göre "Dışlayıcı Tutum" toplam ortalama değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0.256$). Ön test ortalaması 25.82 iken, son test ortalaması 26.92'dir. Grup zaman etkileşimine göre ortalama "Dışlayıcı Tutum" toplam değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0.170$). Deney grubu ön test ortalaması 24.63 iken, deney grubu son test ortalaması 27.07'dir. Kontrol grubu ön test ortalaması 27 iken, son test ortalaması 26.77'dir.



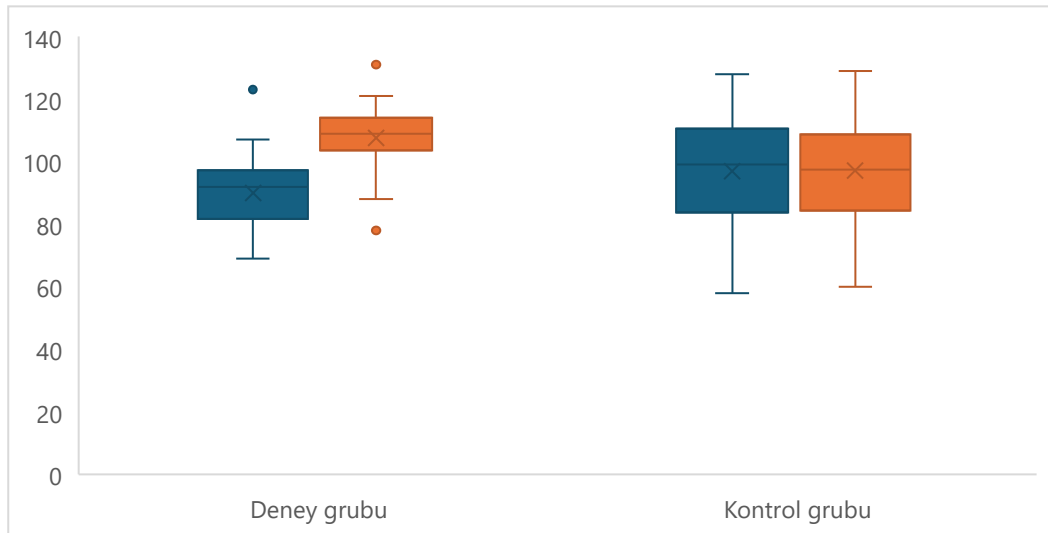
Şekil 4.4. Grup ve Zamana Göre Dışlayıcı Tutum Sütun Grafiği

Tablo 4.6. Demans Tutum Ölçeği Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Zaman	Grup		Toplam	Grup	Test istatistiği	p*	Etki büyüklüğü
	Deney	Kontrol					
Ön test	92 (69-123) ^A	99 (58-128) ^{AB}	93 (58-128)	Grup	0.351	0.553	0.201
Son test	109 (78-131) ^C	97.5 (60-129) ^B	106 (60-131)	Zaman	4.167	0.041	0.556
Toplam	99.5 (69-131)	98.5 (58-129)	99 (58-131)	Grup*	6.175	0.013	1.47

*Robust Anova, Ortanca(minimum-maksimum), karşılaştırma yöntemi olarak medyan yöntemi kullanılmıştır, Ortanca(minimum-maksimum), ^{A,C}: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur

Tablo 4.6’da “Demans Tutum Ölçeği” toplam puanlarının grup ve zamana göre karşılaştırılması verilmiştir. Zaman ayrımı yapmaksızın gruplara göre “Demans Tutum Ölçeği” toplam ortalama değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0.553$). Deney grubunun ortancası 99.5 iken kontrol grubunun ortancası 98.5’dir. Grup ayrımı yapmaksızın zamana göre “Demans Tutum Ölçeği” toplam ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0.041$). Ön test ortancası 93 iken son test ortancası 106’dır. Grup zaman etkileşimine göre ortanca “Demans Tutum Ölçeği” toplam değerleri farklılık göstermektedir ($p=0.013$). Deney grubu ön test ortancası 92 iken, deney grubu son test ortancası 109’dur. Kontrol grubu ön test ortancası 99 iken son test ortancası 97.5’dir. Deney grubu ön test ile deney grubu son testi arasında, kontrol grubu ön test ile deney grubu son test arasında, deney grubu son test ile kontrol grubu son test arasında farklılık vardır.



Şekil 4.5. Grup ve Zamana Göre Demans Tutum Ölçeği Kutu Grafiği

4.4. Ölçeklerin Puan Farklarının Karşılaştırılması

Tablo 4.7. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği ve Demans Tutum Ölçeği Puan Farklarının Karşılaştırılması

	Deney	Kontrol	Toplam	Test İstatistiği	p	Cohen's d (%95 CI)
Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği	8 (2 - 13)	0 (-1 - 4)	2 (-1 - 13)	895.500	< 0.001 ^x	3.231 (2.45 - 4)
Demans Tutum Ölçeği	19 (7 - 24)	0 (-10 - 16)	7 (-10 - 24)	885.500	< 0.001 ^x	2.99 (2.24-3.73)
Destekleyici Tutum	12 (-3 - 19)	0(-4 - 6)	5 (-4 - 19)	55.500	< 0.001 ^x	2.288 (1.63-2.94)
Kabullenici Tutum	5 (-1 - 8)	0 (-2 - 2)	1 (-2 - 8)	79.000	< 0.001 ^x	2.006 (1.38-2.62)
Dışlayıcı Tutum	2 (0 - 6)	0 (-6 - 4)	1 (-6 - 6)	118.500	< 0.001 ^x	1.634 (1.04-2.22)

^x Mann Whitney U Testi

Tablo 4.7’de “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ve “Demans Tutum Ölçeği” Puan Farklarının Karşılaştırılması verilmiştir. Grup faktörüne göre ortanca “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Deney grubunda ortanca değer 8 iken, kontrol grubunda 0 olarak elde edilmiştir. Grup faktörüne göre ortanca “Demans Tutum Ölçeği” fark değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Deney grubunda ortanca değer 19 iken, kontrol grubunda 0 olarak elde edilmiştir. Grup faktörüne göre “Destekleyici Tutum” ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunda ortanca “Destekleyici Tutum” değeri 12 iken, kontrol grubunda 0 olarak elde edilmiştir. Grup faktörüne göre “Kabullenici Tutum” ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunda ortanca “Kabullenici Tutum” değeri 5 iken, kontrol grubunda 0 olarak elde edilmiştir. Grup faktörüne göre “Dışlayıcı Tutum” ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak fark belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubunda “Dışlayıcı Tutum” değeri 2 iken, kontrol grubunda 0 olarak elde edilmiştir.

4.5. Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 4.8. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puan Farkına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Robust Regresyon Analizi

	β_0 (%95 CI)	S.Hata	β_1	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	7.58 (0.81- 14.35)	3.355		2.258	0.029	
Yaş	0.02 (-0.16- 0.19)	0.040	-0.039	-0.641	0.524	1.5799
Hastalık süresi	0.02 (-0.16- 0.19)	0.087	0.016	0.215	0.830	2.2295
Bakım veren yaşı	0.02 (-0.04- 0.07)	0.026	0.042	0.589	0.589	2.1509
Hasta bakım süresi	0.07 (-0.09- 0.22)	0.075	0.065	0.876	0.385	2.3691
Grup (Deney)			Referans			
Kontrol	-7.79 (-8.92- -6.65)	0.561	-0.863	-13.873	<0.001	1.6561
Hasta cinsiyeti (Kadın)			Referans			
Erkek	0.22 (-0.96- 1.4)	0.585	0.021	0.371	0.712	1.4236
Hasta medeni durumu (Evlü)			Referans			
Bekar	0.87 (-0.35- 2.09)	0.605	0.092	1.432	0.159	1.7534
Başka kronik hastalık varlığı (Evet)			Referans			
Hayır	1.51 (0.44- 2.58)	0.529	0.154	2.857	0.006	1.2509
Bakım veren cinsiyeti (Kadın)			Referans			
Erkek	0.54 (-0.65- 1.72)	0.586	0.050	0.914	0.365	1.2692
Bakım veren medeni durumu (Evlü)			Referans			
Bekar	1.72 (0.44- 3)	0.635	0.175	2.711	0.009	1.7802
Bakım verenin yaşadığı yer (Köy)			Referans			
İlçe	-0.72 (-2.28- 0.83)	0.770	-0.070	-0.938	0.354	2.3511
İl merkezi	-0.61 (-2.54- 1.33)	0.959	-0.043	-0.633	0.530	2.0059
Aile yapısı (Çekirdek aile)			Referans			
Geniş aile	-1.15 (-2.34- 0.05)	0.591	-0.105	-1.939	0.059	1.2549
Bakım veren çalışma durumu (Çalışıyor)			Referans			
Çalışmıyor	0.28 (-0.9- 1.46)	0.585	0.029	0.479	0.635	1.5723
Gelir düzeyi (Gelir giderimden az)			Referans			
Gelir giderime eşit	0.45 (-0.91- 1.82)	0.676	0.049	0.669	0.507	2.2562
Gelir giderimden fazla	0.91 (-0.8- 2.62)	0.847	0.082	1.071	0.290	2.4878
Hastalık hakkında bilgi alma (Evet)			Referans			
Hayır	0.28 (-0.9- 1.46)	0.575	0.047	0.738	0.465	1.7302

F=22.715; p<0.001; R²=%22.49; β_0 : Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; β_1 : Standartlaştırılmış beta kat sayısı

Tablo 4.8’de “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” puan farkına etki eden bağımsız değişkenlerin robust regresyon analizi sonuçları verilmiştir. “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” farkına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=22.715$; $p<0.001$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanının 7.79 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Başka bir kronik hastalığı olmayanların olanlara göre “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanının 1.51 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.006$). Medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanının 1.72 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.009$). Diğer değişkenlerin “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9’da “Demans Tutum Ölçeği” puan farkına etki eden bağımsız değişkenlerin robust regresyon analizi sonuçları verilmiştir. “Demans Tutum Ölçeği” farkına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=27.363$; $p<0.001$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Demans Tutum Ölçeği” fark puanı 16.97 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Başka bir kronik hastalığı olmayanların olanlara göre “Demans Tutum Ölçeği” fark puanının 3.14 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.004$). Medeni durumu bekar olanların evli olanlardan “Demans Tutum Ölçeği” fark puanının 1.72 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.009$). Alzheimer hastalığı hakkında bilgi alanların almayanlara göre “Demans Tutum Ölçeği” fark puanının 2.56 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.027$). Diğer değişkenlerin “Demans Tutum Ölçeği” fark puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Demans Tutum Ölçeği Puan Farkına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Robust Regresyon Analizi

	β_0 (%95 CI)	S.Hata	β_1	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	12.48 (-0.59-25.55)	6.474		1.928	0.061	
Yaş	0.05 (-0.11-0.2)	0.076	0.033	0.627	0.534	1.421
Hastalık süresi	0.1 (-0.26-0.45)	0.177	0.037	0.545	0.589	2.327
Bakım veren yaş	0 (-0.09-0.1)	0.048	0.005	0.079	0.938	2.250
Hasta bakım süresi	0.03 (-0.28-0.34)	0.154	0.014	0.204	0.839	2.487
Grup (Deney)			Referans			
Kontrol	-16.97 (-19.12-14.82)	1.067	-0.894	-15.907	<0.001	1.603
Hasta cinsiyeti (Kadın)			Referans			
Erkek	-0.28 (-2.55-1.98)	1.121	-0.013	-0.253	0.801	1.420
Hasta medeni durumu (Evlü)			Referans			
Bekar	-0.71 (-3.11-1.69)	1.189	-0.035	-0.597	0.554	1.756
Başka kronik hastalık varlığı (Evet)			Referans			
Hayır	3.14 (1.08-5.21)	1.024	0.154	3.069	0.004	1.272
Bakım veren cinsiyeti (Kadın)			Referans			
Erkek	0.24 (-2.1-2.57)	1.156	0.010	0.206	0.838	1.289
Bakım veren medeni durumu (Evlü)			Referans			
Bekar	0.76 (-1.73-3.25)	1.234	0.037	0.619	0.539	1.84
Bakım verenin yaşadığı yer (Köy)			Referans			
İlçe	-1.76 (-4.75-1.22)	1.480	-0.081	-1.191	0.240	2.043
İl merkezi	-3.55 (-7.29-0.19)	1.853	-0.122	-1.915	0.062	1.283
Aile yapısı (Çekirdek aile)			Referans			
Geniş aile	-0.03 (-2.29-2.23)	1.12	0	-0.002	0.977	1.283
Bakım veren çalışma durumu (Çalışıyor)			Referans			
Çalışmıyor	-0.95 (-3.28-1.38)	1.15	3	-0.045	-0.825	0.414
Gelir düzeyi (Gelir giderimden az)			Referans			
Gelir giderime eşit	0.4 (-2.37-3.17)	1.37	4	0.020	0.292	0.772
Gelir giderimden fazla	0.48 (-2.93-3.89)	1.69	0	0.020	0.284	0.778
Hastalık hakkında bilgi alma (Evet)			Referans			
Hayır	2.56 (0.3-4.81)	1.11	5	0.134	2.291	0.027

F=27.363; p<0.001; R²=%24.11; β_0 : Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; β_1 : Standartlaştırılmış beta kat sayısı

5. TARTIŞMA

Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür çerçevesinde bu bölümde tartışılmıştır.

Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4.7). Bu sonuç araştırmanın **H1**: “Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim bakım vericilerin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi düzeyini artırır” hipotezini desteklemektedir. Literatür incelendiğinde; Yeh vd. (2023), bakım verenlerin kapasitesini güçlendirmek amacıyla uyguladıkları 10 haftalık demans eğitim programında, bakım verenlerin demans bilgisinin ve bakım konusundaki öz yeterliliklerinin arttığını, yeni bakım becerileri kazandıklarını ve bu becerileri günlük yaşamlarına nasıl uygulayacakları konusunda bilgi edindikleri bulunmuştur. Hepburn vd. (2022), demans hastalığı olan bireylerin aile bakıcıları üzerinde 6 ay boyunca uyguladıkları eğitim programında, bakım verenlerin bakıma ilişkin verdikleri davranışsal tepkilerin azaldığını ve bakım verenlerin demanslı hasta bakımına yönelik becerilerinin arttığını belirlemiştir. Cheung vd. (2022), demanslı kişilerin bakım vericilerine verilen eğitim sonucunda bakım verenlerin demans bilgi düzeylerinin arttığını bulmuştur. Su vd. (2021), demans bakımının kalitesini artırmak ve evde bakım çalışanları için uygun eğitim geliştirilmesini sağlamak amacıyla yapılan çalışmada, evde bakım vericilere 12 hafta boyunca 8 saat verilen eğitim sonucunda; bakım verenlerin demans bakımı bilgisi ve bakım yeterliliğinin arttığı bulunmuştur. DiZazzo-Miller vd. (2017), demanslı bireylerin bakıcıları için aile bakım veren eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin demanslı bireylere günlük yaşam aktivitelerinde nasıl yardımcı olacakları konusunda bilgi düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Gaugler vd. (2015), demanslı bireye bakım verenlerin kişi merkezli bakım yaklaşımları hakkındaki bilgilerini artırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, demanslı aile bakıcıları için uygulanan eğitim programının bakıcıların demans bakım bilgisini artırdığı belirlenmiştir. DiZazzo-Miller vd. (2014), demanslı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede

bakım verenlerin etkili yardım sağlaması amacıyla yapılan çalışmada, bakım verenlerin bilgi düzeylerinde artış olduğu ve bakım verenlerin günlük zorluklarla baş etmede ihtiyaç duydukları becerileri kazanma konusunda destek aldıkları belirlenmiştir. Noel vd. (2022), tarafından 5 hafta boyunca haftada 3 saat uygulanan eğitim programı sonucunda; bakım verenlerin bilgisinin, güveninin ve demansla ilgili davranışları yönetme becerilerinin arttığı bulunmuştur. Pleasant vd. (2017), tarafından demanslı bireylerin bakıcılarına çevrimiçi verilen eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; bakım verenlerin demans bakımını gerçekleştirmede yeterlilik duygunun ve bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Fenley vd. (2008), tarafından demanslı bireylere kişisel bakım hizmeti sunan bireylere 10 saat boyunca verilen eğitim sonucunda; Alzheimer hastalığı hakkındaki bilgilerinin ve özgüvenlerinin arttığı bulunmuştur. Perales vd. (2020), demanslı bireylerin bakıcıları için 45 dakika uygulanan eğitim sonucunda bakım verenlerin Alzheimer hastalığına ilişkin hem özne hem de nesnel bilgi seviyelerinin arttığını belirlemiştir. Liddle vd. (2012), tarafından demanslı kişilerin bakıcılarına yönelik hafıza ve iletişim stratejileri üzerine yürütülen eğitim programının, bakım verenlerin bilgi düzeyini ve bakım verme konusundaki olumlu algılarını artırdığı bulunmuştur. Fields vd. (2016), tarafından demans tanılı hastalara bakım verenlere 5 gün boyunca 20 saat verilen eğitim programı sonucunda, bakım vericilerin Alzheimer hastalığı hakkındaki anlayışlarının olumlu yönde geliştiği belirlenmiştir. Klodnicka Kouri vd. (2011), tarafından Alzheimer tanılı hastaların bakım vericilerine 5 hafta boyunca iletişim temelli verilen eğitim sonucunda; bakım vericilerin bakıcı bilgisinin, iletişim zorluklarıyla ilgili algılanan rahatsızlık derecesinin, öz yeterlilik düzeyinin ve becerilerinin etkilendiği bulunmuştur. Lewis vd. (2010), demans bakıcılarına bakım rolünde başarılı olmaları ve bakımda ihtiyaç duydukları bilgi, beceri ve bakış açısını sağlamak amacıyla internet tabanlı uygulanan eğitim programı sonucunda; bakım verenlerin bakım becerileri ve aile üyeleriyle iletişim konusunda kendilerini daha güvende hissettikleri belirlenmiştir. Araştırmada evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim sonucunda literatürle benzer şekilde bakım verenlerin bilgi düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Araştırmada Alzheimer tanılı hastaların bakım vericilerine ev ortamında, Alzheimer hastalığının

belirtileri, risk faktörleri, tanı ve tedavi seçenekleri ve bakım uygulamaları konusunda eğitim verilmesi bakım verenlerin bilgi düzeylerini artırmıştır.

Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” alt boyutları “Destekleyici Tutum”, “Kabullenici Tutum” ve “Dışlayıcı Tutum” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.7). Bu sonuç araştırmanın **H1₂: “Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim bakım vericilerin Alzheimer hastalığına yönelik tutumunu olumlu etkiler”** hipotezini desteklemektedir. Literatür incelendiğinde; Hattink vd. (2015), tarafından demanslı hasta bakım vericilerine etkili bakımı teşvik etmek ve bakım verenlerin uygun şekilde beceri kazanmalarını sağlamak amacıyla yapılan eğitim programında, bakım verenlerin hasta merkezli bakım yaklaşımı ve demansa yönelik olumlu tutumların arttığı, demanslı bireyin bakış açısını benimseme konusunda ilerlemeler olduğu ve bakım verenlerin tutumları ve empati becerileri üzerinde olumlu etkilerin olduğu bulunmuştur. Roberts ve Silverio (2009), Alzheimer hastalığına yönelik tasarlanmış eğitim ve destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla 3 ay boyunca 4 kez verilen eğitim sonucunda; bakım verenlerin Alzheimer hastalığı ile baş etme ve hastanın sağlık davranışlarını sürdürme düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Karlin vd. (2016), demansın davranışsal semptomlarının önlenmesi ve yönetimi kapsamında bakım verenlere demans bakım becerilerini geliştirmek amacıyla 6 ay süren eğitim programı sonucunda; bakım verenlerin bilgi ve öz yeterliliğinin arttığını, tutumlarının iyileştiğini ve bakım verenin demans bakımı konusunda yetenekleri ve güvenlerinin arttığını bulmuştur. Su vd. (2021), evde demanslı hasta bakım vericilere 12 hafta boyunca 8 saat uyguladıkları eğitim programında; bakım verenlerin demans tutumunun önemli ölçüde iyileştiğini belirlemiştir. Lee vd. (2022), demanslı kişilerin bakım verenleri için aile destek programı olan toplum temelli demans bakıcı müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, 8 kez 1-1,5 saat yüz yüze verilen eğitim sonucunda toplum temelli demans bakıcı müdahalesinin kişisel gerginliği azaltarak demanslı bireylerin aile bakıcılarının tutumlarını iyileştirmede etkili olduğu bulunmuştur. Cheung vd. (2022), tarafından demanslı kişilerin bakım vericilerine

verilen eğitim ve hizmet sunumunun demansa yönelik tutumları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, eğitim programının bakım verenlerin demans tutumlarını iyileştirdiği belirlenmiştir. Araştırmada evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim sonucunda, bakım vericilerin Alzheimer hastalığıyla ilgili bilgi düzeylerinin artması sonucunda, bakım verenlerin Alzheimer hastalığına karşı olumlu tutum geliştirdikleri düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları bu bölümde sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

- Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Deney grubundaki bakım verenlerin “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” puanları kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” ortanca fark değerleri arasında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubundaki bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” puanları kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” alt boyutu “Destekleyici Tutum” ortanca değerleri istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubundaki bakım verenlerin “Destekleyici Tutum” puanı kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” alt boyutu “Kabullenici Tutum” ortanca değerleri gruplara göre istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubundaki bakım verenlerin “Kabullenici Tutum” puanı kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu bakım verenlerin “Demans Tutum Ölçeği” alt boyutu “Dışlayıcı Tutum” ortanca değerleri arasında istatistiksel açıdan fark belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubundaki bakım verenlerin “Dışlayıcı Tutum” puanı kontrol grubuna göre azalmıştır.

- Kontrol grubu bakım verenlerin deney grubu bakım verenlerine göre “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanının 7.79 birim daha düşük olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.001$).

- Hastasında başka bir kronik hastalığı olmayanların başka bir kronik hastalığı olanlara göre “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanının 1.51 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.006$).

- Bakım verenlerden medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanının 1.72 birim daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0.009).

- Diğer değişkenlerin “Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği” fark puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0.05).

- Kontrol grubu bakım verenlerin deney grubu bakım verenlere göre “Demans Tutum Ölçeği” fark puanının 16.97 birim daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001).

- Hastasında başka bir kronik hastalığı olmayanların olanlara göre “Demans Tutum Ölçeği” fark puanının 3.14 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir (p=0.004).

- Alzheimer hastalığı hakkında bilgi alanların almayanlara göre “Demans Tutum Ölçeği” fark puanının 2.56 birim daha fazla olduğu tespit edilmiştir (0.027).

- Diğer değişkenler “Demans Tutum Ölçeği” fark puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05).

6.2. Öneriler

Bu bulgulara dayanarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Evde bakım hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin hastalık hakkındaki bilgilerini artırmak için hemşireler tarafından eğitim yapılması,

- Evde bakım hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin hastalığa yönelik olumlu tutumlarını artırmak için hemşireler tarafından eğitim yapılması ve

- Benzer çalışmaların farklı evde bakım hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericileri üzerinde yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdelnour, C., Agosta, F., Bozzali, M., Fougère, B., Iwata, A., Nilforooshan, R., Takada, L. T., Viñuela, F., & Traber, M. (2022). Perspectives and challenges in patient stratification in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research and Therapy*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13195-022-01055-y>
- Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., & Maghsoudi, J. (2018). Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(5), 329-337. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17
- Akın, B., & Koçoğlu-Tanyer, D. (2021). SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 117-127. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.908072>
- Akyar, İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 32-49. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7841/103274>
- Akyar, İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 79-88. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7837/103243>
- Alıcılar, H. E., & Çalışkan, D. (2021). Alzheimer hastalığı ve korunma stratejileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 107-115. <https://doi.org/10.17942/sted.888837>
- Alpat, İ., & Ersoy, G. (2022). Alzheimer hastalığında koruyucu ve tedavi edici bir müdahale olarak egzersiz. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 5(3), 90-96. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1169599>
- Altan Sarıkaya, N., Sukut, Ö., & Ayhan, H. (2017). Alzheimer hastalarında görülen davranışsal sorunları yönetme. *JAREN*, 3,33-38. <https://doi.org/10.5222/jaren.2017.1007>
- Alzheimer Association. (2023, November 16). *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures.pdf>.

- Alzheimer Derneği. (2024, May 10). *Alzheimer evreleri*.
<https://www.alzheimerdernegi.org.tr/alzheimer-hastaligi-nedir/>
- Alzheimer Disease International. (2024, November 14). *Dementia statistics*.
<https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th ed.). American Psychiatric Association.
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arı, B. Ç., & Özgen Kenangil, G. (2021). Alzheimer hastalığında genetik. G. G. Yener & Ö. Yılmaz Küsbeci (Eds.), *Alzheimer Hastalığı* (1. Baskı, s. 13-815). Türkiye Klinikleri.
- Ates, M. P., Karaman, Y., Guntekin, S., & Ergun, M. A. (2016). Analysis of genetics and risk factors of Alzheimer's Disease. *Neuroscience*, 325, 124-131.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.03.051>
- Atoyebi, O., Eng, J. J., Routhier, F., Bird, M. L., & Mortenson, W. B. (2022). A systematic review of systematic reviews of needs of family caregivers of older adults with dementia. *European Journal of Ageing*, 19(3), 381-396.
<https://doi.org/10.1007/s10433-021-00680-0>
- Atri, A. (2019, April). Current and future treatments in Alzheimer's disease. In *Seminars in Neurology* (Vol. 39, No. 02, pp. 227-240). Thieme Medical Publishers. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1678581>
- Aydın, A.C. (2020). Alzheimer Hastalığı ve Demans. *Türkiye Klinikleri*, 9(2), 125- 36.
<https://doi.org/10.5336/pharmsci.2019-71813>
- Balcı Alparıslan, G., Özkaraman, A., Özbabalık, D., & Çolak, E. (2019). The effect of light on daily life activities and sleep in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 6(3).
<https://doi.org/10.4274/jtasm.galenos.2019.27247>
- Barage, S. H., & Sonawane, K. D. (2015). Amyloid cascade hypothesis: Pathogenesis and therapeutic strategies in Alzheimer's disease. *Neuropeptides*, 52, 1-18.
<https://doi.org/10.1016/j.npep.2015.06.008>
- Barlas, G. Ü., & Onan, N. (2010). Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 105-111.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2643/34006>

- Birinci, E. (2020). Alzheimer hastalığına sosyal hizmet yaklaşımı. E. Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* (1. baskı, s. 49-67). Nobel Akademik.
- Bozkurt, C., & Karadakovan, A. (2020). Alzheimer hastalarında kullanılan ilaç dışı tedavi yöntemleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 329-337. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.775116>
- Bozkurt, Ö. (2024). Alzheimer hastalığı ve korteks cerebride bulunan anatomik yapılarla ilişkisi. T. Akkoyun, M. Bayramoğlu Akkoyun, & H. Eciroğlu (Eds.), *Nörodejeneratif hastalıklara biyolojik yaklaşım* (1. baskı, s. 31-42). İksad Yayınevi.
- Breijyeh, Z., & Karaman, R. (2020). Comprehensive review on Alzheimer's disease: Causes and treatment. *Molecules*, 25(24), 5789. <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>
- Canbolat, E., & Yardımcı, H. (2016). Alzheimer hastalığı ve koruyucu besin öğeleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 139-145. <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/24384/258507>
- Carpenter, B. D., Balsis, S., Otilingam, P. G., Hanson, P. K., & Gatz, M. (2009). The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: development and psychometric properties. *The Gerontologist*, 49(2), 236-247. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp023>
- Chen, C. T., Chang, C. C., Chang, W. N., Tsai, N. W., Huang, C. C., Chang, Y. T., & Lu, C. H. (2017). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Associations with caregiver burden and treatment outcomes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 110(9), 565-570. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx077>
- Cheung, D. S. K., Ho, L. Y. W., Kwok, R. K. H., Lai, D. L. L., & Lai, C. K. Y. (2022). The effects of involvement in training and volunteering with families of people with dementia on the knowledge and attitudes of volunteers towards dementia. *BMC public health*, 22(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12687-y>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Çamcı, G. (2023). Alzheimer hastalığında fonksiyonel tıp ve hemşirelik. S. Oğuz (Ed.), *Kronik hastalıklarda fonksiyonel tıp ve hemşirelik* (1. Baskı, s. 19-25). Türkiye Klinikleri.
https://www.researchgate.net/publication/371721206_Alzheimer_Hastaliginda_Fonksiyonel_Tip_ve_Hemsirelik_Functional_Medicine_and_Nursing_in_Alzheimer's_Disease
- Çetinkaya, A., Elbi, H., Altan, S., Rahman, S., & Aydemir, Ö. (2020). Demans Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 57(4), 325-332.
<https://doi.org/10.29399/npa.24705>
- Dai, Y., Zhao, J., Li, S., Zhao, C., Gao, Y., & Johnson, C. E. (2020). Caregivers' dementia knowledge and care approach in residential aged care facilities in China. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35, 1-8.
<https://doi.org/10.1177/1533317520937096>
- Değer, T. B. (2022). Demans ve Alzheimer'da müzik terapinin etkisi ve Türkiye'deki durum. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 267-280.
<https://doi.org/10.1707/spshcd.267-280>
- Delfino, L.L., Komatsu, R.S., Komatsu, C., Neri, A.L., & Cachioni, M. (2018). Path analysis of caregiver characteristics and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(8), 1177-1182. <https://doi.org/10.1111/ggi.13437>
- Demir, G. (2018). Demans ve hemşirelik bakımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 1(2), 35-39. <https://dergipark.org.tr/en/pub/bshealthscience/issue/38738/451255>
- Dilek, F., & Ünal, A. (2023). Müzik terapi ve Alzheimer. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 99-110. <https://doi.org/10.61830/balkansbd.1364344>
- DiZazzo-Miller, R., Samuel, P. S., Barnas, J. M., & Welker, K. M. (2014). Addressing everyday challenges: Feasibility of a family caregiver training program for people with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 212-220. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.009829>
- DiZazzo-Miller, R., Winston, K., Winkler, S. L., & Donovan, M. L. (2017). Family caregiver training program (FCTP): a randomized controlled trial. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 7105190010p1-7105190010p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.022459>

- Edwards III, G. A., Gamez, N., Escobedo Jr, G., Calderon, O., & Moreno-Gonzalez, I. (2019). Modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience, 11*, 146. https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000058
- Eftychios, A., Nektarios, S., & Nikoleta, G. (2021). Alzheimer disease and music-therapy: An interesting therapeutic challenge and proposal. *Advances in Alzheimer's Disease, 10*(1), 1-18. <https://doi.org/10.4236/aad.2021.101001>
- Eratne, D., Loi, S. M., Farrand, S., Kelso, W., Velakoulis, D., & Looi, J. C. (2018). Alzheimer's disease: Clinical update on epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *Australasian Psychiatry, 26*(4), 347-357. <https://doi.org/10.1177/1039856218762308>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods, 39*(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fenley, R. C., Bober, S. J., Powell, M. E., & Altman, B. N. (2008). Effect of Alzheimer's training on multicultural personal care aides. *Care Management Journals, 9*(1), 4. <https://www.proquest.com/docview/198126517?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Fields, N. L., Xu, L., Richardson, V. E., Parekh, R., Ivey, D., Feinhals, G., & Calhoun, M. (2020). The Senior Companion Program Plus: A culturally tailored psychoeducational training program (innovative practice). *Dementia, 19*(2), 453-460. <https://doi.org/10.1177/1471301216685626>
- Fjellström, C., Starkenberg, Å., Wesslén, A., Licentiate, M. S., Tysén Bäckström, A. C., Faxén-Irving, G., & OmegAD Study Group. (2010). To be a good food provider: An exploratory study among spouses of persons with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 25*(6), 521-526. <https://doi.org/10.1177/1533317510377171>
- Gaugler, J. E., Hobday, J. V., Robbins, J. C., & Barclay, M. P. (2015). Cares dementia care for families: Effects of online, psychoeducational training on knowledge of person-centered care and satisfaction. *Journal of Gerontological Nursing, 41*(10), 18-24. <https://doi.org/10.3928/00989134-20150804-61>

- Gómez-Gallego, M., Gómez-Amor, J., & Gómez-García, J. (2012). Determinants of quality of life in Alzheimer's disease: perspective of patients, informal caregivers, and professional caregivers. *International psychogeriatrics*, 24(11), 1805-1815. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001081>
- Gök Uğur, H., Orak, O.S., Aktaş, Y.Y., & Enginyurt, Ö. (2018). Alzheimer tanılı hastaya ev ortamında bakım veren bireylerin hastalarıyla ilgili yakındıkları hastalık semptomları. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 601-611. <https://doi.org/10.17098/amj.497325>
- Hardy, J. A., & Higgins, G. A. (1992). Alzheimer's disease: the amyloid cascade hypothesis. *Science*, 256(5054), 184-185. <https://doi.org/10.1126/science.1566067>
- Hardy, L., Bell, J., & Beattie, S. (2014). A neuropsychological model of mentally tough behavior. *Journal of personality*, 82(1), 69-81. <https://doi.org/10.1111/jopy.12034>
- Hanağası, H. A. (2021). Alzheimer hastalığında genetik. G. G. Yener & Ö. Yılmaz Küsbeci (Eds.), *Alzheimer Hastalığı* (1. Baskı, s. 13-15). Türkiye Klinikleri.
- Harmell, A.L., Chattillion, E.A., Roepke, S.K., & Mausbach, B.T. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: *A focus on resilience factors*. *Current Psychiatry Reports*, 13, 219-224. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0187-1>
- Hattink, B., Meiland, F., van der Roest, H., Kevern, P., Abiuso, F., Bengtsson, J., ... & Dröes, R. M. (2015). Web-based STAR E-learning course increases empathy and understanding in dementia caregivers: results from a randomized controlled trial in the Netherlands and the United Kingdom. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e241 <https://doi.org/10.2196/jmir.4025>
- Heilman, K. M., & Nadeau, S. E. (2023). Emotional and neuropsychiatric disorders associated with Alzheimer's disease. *Neurotherapeutics*, 19(1), 99-116. <https://doi.org/10.1007/s13311-021-01172-w>
- Hepburn, K., Nocera, J., Higgins, M., Epps, F., Brewster, G. S., Lindauer, A., ... & Griffiths, P. C. (2022). Results of a randomized trial testing the efficacy of tele-savvy, an online synchronous/asynchronous psychoeducation program for

- family caregivers of persons living with dementia. *The Gerontologist*, 62(4), 616-628. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab029>
- Hosseini, L., Sharif Nia, H., & Ashghali Farahani, M. (2022). Hardiness in family caregivers during caring from persons with Alzheimer's disease: a deductive content analysis study. *Frontiers in psychiatry*, 12, 770717. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.770717>
- Huang, Y. Y., Gan, Y. H., Yang, L., Cheng, W., & Yu, J. T. (2024). Depression in Alzheimer's disease: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Biological Psychiatry*, 95(11), 992-1005. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.10.008>
- Imtiaz, B., Tolppanen, A. M., Kivipelto, M., & Soininen, H. (2014). Future directions in Alzheimer's disease from risk factors to prevention. *Biochemical Pharmacology*, 88(4), 661-670. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2014.01.003>
- İplikçi, G., & Ayhan, N. Y. (2017). Beslenme Alzheimerdan koruyucu bir faktör müdür? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 1-12. https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000058
- Jessen, F. (2008). Novel neuroimaging perspectives in the diagnosis of dementia. *Der Nervenarzt*, 79, 129-136. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2497-z>
- Ju, Y. E. S., Lucey, B. P., & Holtzman, D. M. (2014). Sleep and Alzheimer disease pathology—a bidirectional relationship. *Nature Reviews Neurology*, 10(2), 115-119. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2013.269>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *British Medical Journal*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kara, H.Z., & Sezer, D. (2020). Alzheimerlı hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım süreci deneyimleri üzerine nitel bir araştırma. *Journal of International Social Research*, 13(73). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/390078>
- Kara, G., & Kılınç, G. E. (2021). Alzheimer hastalığında ketojenik diyet tedavisi. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (15), 630-638. <https://doi.org/10.38079/igusabder.1007739>
- Karagöz, M. F., & Tek, N. A. (2018). Diyet yağlarının Alzheimer hastalığı patolojisi üzerine potansiyel koruyucu etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 141-149. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.412464>

- Karlin, B. E., Young, D., & Dash, K. (2017). Empowering the dementia care workforce to manage behavioral symptoms of dementia: Development and training outcomes from the VOICE Dementia Care Program. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(4), 375-391. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1209419>
- Keleş, E., & Özalevli, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 39-42. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/38566/380627>
- Keogh, F., Mountain, G., Joddrell, P., & Lord, K. (2019). Psychosocial interventions for community-dwelling people following diagnosis of mild to moderate dementia: Findings of a systematic scoping review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 641-651. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.027>
- Kızıllarslanoğlu, M. C., & Cankurtaran, M. (2020, Agu 11). Alzheimer hastalığı ve beslenme. *Alzheimer Derneği*. <http://www.alzheimerderneği.org.tr/makale/alzheimer-hastaligi-ve-beslenme/>
- Klodnicka Kouri, K., Ducharme, F. C., & Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study. *Dementia*, 10(3), 435-453. <https://doi.org/10.1177/1471301211408124>
- Knopman, D. S., Amieva, H., Petersen, R. C., Chételat, G., Holtzman, D. M., Hyman, B. T., ... & Jones, D. T. (2021). Alzheimer disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00269-y>
- Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Alzheimer hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişi (ler)in yükü. *Archives of Neuropsychiatry*, 54, 82-86. <https://doi.org/10.5152/npa.2017.11304>
- Kocatürk, B. K. (2020). Alzheimer hastalığına psikiyatrik bakış. E. Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* (1. baskı, s. 15-34). Nobel Akademik.
- Korczyn, A. D., & Grinberg, L. T. (2024). Is Alzheimer disease a disease? *Nature Reviews Neurology*, 20(4), 245-251. <https://doi.org/10.1038/s41582-024-00940-4>

- Kucmanski, L.S., Zenevicz, L., Geremia, D.S., Madureira, V.S.F., Silva, T.G.D., & Souza, S.S.D. (2016). Alzheimer's disease: challenges faced by family caregivers. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 1022-1029. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150162>
- Kurban, M.G., & Şentürk, M. (2024). Kolinesteraz İnhibitörlerinin Alzheimer Hastalığı Tedavisindeki Rolü. *Ağrı Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(1), 42-45. <https://doi.org/10.61845/agrimedical.1375889>
- Kurban, N. K., Zencir, M., Kartal, A., & Şahiner, T. (2010). Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(1-2), 34-43. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/21795/234246>
- Küçükgüçlü Ö. (2003). Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. *Demans Dergisi*, 3(3), 86-92. <https://psikiyatridizini.net/articles.aspx?journalid=23&year=2003&volume=3&number=3>
- Küçükgüçlü, Ö., Şentürk, S. G., & Söylemez, B. A. (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 68-78. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46791/586747>
- Küçükgüçlü, Ö., Söylemez, B. A., Yener, G., Barutcu, C. D., & Akyol, M. A. (2017). Examining factors affecting caregiver burden: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(4), 200-206. <https://doi.org/10.1177/1533317517703479>
- Küçükgüçlü, Ö., & Akyol, M. A. (2019). Bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireye yaklaşımı: Alzheimer ve demans. S. Kapucu (Ed.), *Geriatric Hemşireliği* (1. baskı, s. 155-157). Hipokrat Kitabevi.
- Lane, C. A., Hardy, J., & Schott, J. M. (2018). Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 59-70. <https://doi.org/10.1111/ene.13439>
- Lee, S. J., Seo, H. J., Choo, I. L. H., Kim, S. M., Park, J. M., Yang, E. Y., & Choi, Y. M. (2022). Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Caregiver Intervention on Caregiving Burden, Depression, and Attitude Toward

- Dementia: A Quasi-experimental Study. *Clinical interventions in aging*, 17, 937–946. <https://doi.org/10.2147/CIA.S361071>
- Lewis, M. L., Hobday, J. V., Hepburn, K. W. (2010). Internet-Based Program for Dementia Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(8):674-679. <https://doi.org/10.1177/1533317510385812>
- Liddle, J., Smith-Conway, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Gallois, C., Copland, D. A., ... & Chenery, H. J. (2012). Memory and communication support strategies in dementia: Effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1927-1942. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001366>
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... & Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436-442. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141119>
- Lök, N., & Bademli, K. (2016). Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 266-274. <https://doi.org/10.18863/pgy.238188>
- Lynch, C. (2020). World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia, a global survey: Public health: Engaging people in ADRD research. *Alzheimer's & Dementia*, 16, e038255. <https://doi.org/10.1002/alz.038255>
- Mahdavi, B., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammadi, F., Hosseini, M.A., & Haghi, M. (2017). Effects of spiritual group therapy on caregiver strain in home caregivers of the elderly with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 269-273. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.12.003>
- Matsuda, N. (2001). For the betterment of the family care for the aged with dementia. *Kobe Journal of Medical Sciences*, 47(3), 123-130. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11729373/>
- McGee, J. S., Myers, D. R., Meraz, R., & Davie, M. (2022). Caring for a family member with early stage Alzheimer's disease: Caregiver perceptions, connections, and relational dynamics with the sacred. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 34(3), 196-207. <https://doi.org/10.1080/15528030.2021.1934771>

- Na, R., Yang, J. H., Yeom, Y., Kim, Y. J., Byun, S., Kim, K., & Kim, K. W. (2019). A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for moderate to severe dementia. *Psychiatry Investigation*, 16(5), 325. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.11.2>
- National Institute on Aging. (2023, November 14). *What is dementia? Symptoms, types, and diagnosis*. <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/what-dementia-symptoms-types-and-diagnosis>.
- Nazlier Keser, E. N. (2019). Alzheimer hastalığına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(2), 121-128. <https://doi.org/10.17827/yasad.234567>
- Noel, M. A., Lackey, E., Labi, V., & Bouldin, E. D. (2022). Efficacy of a virtual education program for family caregivers of persons living with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 86(4), 1667-1678. <https://doi.org/10.3233/jad-215359>
- O' Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. *International Journal of Alzheimer's disease*, 2010(1), 454218. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- Özbabalık, D., & Hussein, S. (2017). Demans Bakım Modeli Raporu. *Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı*. Retrieved from <https://www.aile.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf>
- Özkaraman, A. (2020). Alzheimer hastalığında bakım yönetimi. E. Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* (1. baskı, s. 49-67). Nobel Akademik.
- Özkay, Ü. D., Öztürk, Y., & Can, Ö. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer Hastalığı. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 18(1), 35-42. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sdutfd/issue/21003/225712>
- Özpak, L., Pazarbaşı, A., & Keser, N. (2017). Alzheimer hastalığının genetiği ve epigenetiği. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(1), 34-49. <https://doi.org/10.17827/aktd.280520>

- Öztürk Özkan, G. (2022). Alzheimer hastalığı üzerine flavonoidlerin etkisi. *Sağlık Bilimleri Ve Yaşam Dergisi*, 6(1), 26-38. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sbyd/issue/69224/1064061>
- Parveen, S., Mehra, A., Kumar, K., & Grover, S. (2022). Knowledge and attitude of caregivers of people with dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 22(1), 19-25. <https://doi.org/10.1111/ggi.14304>
- Peña-Longobardo, L.M., & Oliva-Moreno, J. (2015). Caregiver burden in Alzheimer's disease patients in Spain. *Journal of Alzheimer's Disease*, 43(4), 1293-1302. <https://doi.org/10.3233/jad-141374>
- Perales, J., Moore, W. T., Fernandez, C., Chavez, D., Ramirez, M., Johnson, D., ... & Vidoni, E. D. (2020). Feasibility of an Alzheimer's disease knowledge intervention in the Latino community. *Ethnicity & health*, 25(5), 747-758. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1439899>
- Pérez-González, A., Vilajoana-Celaya, J., & Guàrdia-Olmos J. (2021). Alzheimer's disease caregiver characteristics and their relationship with anticipatory grief. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8838. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168838>
- Pinto, M., Figueiredo, D., Marques, A., Rocha, V., & Sousa, L. (2012). Formal caregivers' attitudes toward older people with dementia. *Medimond International Proceedings*, 1, 101-105. <https://core.ac.uk/download/pdf/157771748.pdf>
- Pleasant, M. L., Molinari, V., Hobday, J. V., Fazio, S., Cullen, N., & Hyer, K. (2017). An evaluation of the CARES® Dementia Basics Program among caregivers. *International psychogeriatrics*, 29(1), 45-56. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/abs/an-evaluation-of-the-cares-dementia-basics-program-among-caregivers/AB3103F027447CD5E5964D89CD182E67>
- Porsteinsson, A. P., Isaacson, R. S., Knox, S., Sabbagh, M. N., & Rubino, I. (2021). Diagnosis of early Alzheimer's disease: Clinical practice in 2021. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 8, 371-386. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>

- Quadır, S. E., Birinci, M., Nalçakar, G., Daşçı, N. M., & Yavuz, Ş. (2019). Alzheimer hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin ve yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(1), 42-51. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/46670/405222>
- Rabins, P. V., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L. S., & Tariot, P. N. (2017). Guideline watch (October 2014): Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Focus*, 15(1), 110-128. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.15106>
- Rice, H., Howard, R., & Huntley, J. (2019). Professional caregivers' knowledge, beliefs and attitudes about awareness in advanced dementia: a systematic review of qualitative studies. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1599-1609. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002272>
- Ringer, T., Hazzan, A. A., Agarwal, A., Mutsaers, A., & Papaioannou, A. (2017). Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0447-1>
- Roberts, J. S., & Silverio, E. (2009). Evaluation of an education and support program for early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Applied Gerontology*, 28(4), 419-435. <https://doi.org/10.1177/0733464809333883>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Pharmacology and pharmacotherapeutics*, 1(2), 100-107. <https://doi.org/10.4103/0976-500X.72352>
- Selekler, K. (2012). Alzheimer orta yaşta başlar. Alfa Yayınları.
- Semercioğlu, B. (2022). Alzheimer hastalığı ve oral mikrobiyota. *Sağlık Bilimleri ve Klinik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-55. <https://dergipark.org.tr/en/pub/jhscr/issue/87754/1570268>
- Sertkaya, M. E., & Ergen, B. (2022). Alzheimer Hastalığının Erken Teşhisinin Çoklu Değişken Kullanarak Tespiti. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (35), 306-314. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1082297>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of*

- Pharmacology and pharmacotherapeutics*, 1(2), 100-107.
<https://doi.org/10.4103/0976-500X.72352>
- Sharif Nia, H., Sivarajan Froelicher, E., Hosseini, L., Ashghali Farahani, M., & Hejazi, S. (2022). Development and validation of the care challenge scale in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Frontiers in Public Health*, 10, 921858. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.921858>
- Sheppard, O., & Coleman, M. (2020). Alzheimer's disease: Etiology, neuropathology and pathogenesis. *Exon Publications*, 1-21.
<https://doi.org/10.36255/exonpublications.alzheimersdisease.2020.ch1>
- Simón, M.A., Bueno, A.M., Otero, P., Blanco, V., & Vázquez, F.L. (2019). Caregiver burden and sleep quality in dependent people's family caregivers. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 1072. <https://doi.org/10.3390/jcm8071072>
- Soner, S., & Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/aeusbed/issue/33268/320013>
- Söylemez, B. A. (2013). *Kademeli olarak azalmış stres eşiği modeline göre yapılan girişimlerin demanslı birey ve ailesinin bakım sonuçlarına etkisinin incelenmesi / Effects of the progressively lowered stress threshold model on people with dementia and their caregivers outcomes* (Publication No. 359760) [Doktora tezi Dokuz Eylül Üniversitesi].
- Su, J. A., & Chang, C. C. (2020). Association between family caregiver burden and affiliate stigma in the families of people with dementia. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2772.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082772>
- Su, H. F., Koo, M., Lee, W. L., Sung, H. C., Lee, R. P., & Liu, W. I. (2021). A dementia care training using mobile e-learning with mentoring support for home care workers: a controlled study. *BMC geriatrics*, 21, 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02075-3>
- Sun, G. H., Raji, C. A., MacEachern, M. P., & Burke, J. F. (2012). Olfactory identification testing as a predictor of the development of Alzheimer's dementia:

- A systematic review. *The Laryngoscope*, 122(7), 1455-1462.
<https://doi.org/10.1002/lary.23365>
- Sun, Y., Ji, M., Leng, M., Li, X., Zhang, X., & Wang, Z. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104204. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104204>
- Sutcliffe, C., Giebel, C., Bleijlevens, M., Lethin, C., Stolt, M., & Saks, K. (2017). Caring for a person with dementia on the margins of long-term care: a perspective on burden. *European countries. Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 967-973. e961.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.004>
- Tarı, Ö., & Yağmurtaşan, R. (2023). Alzheimer hastalığı ve anti-Alzheimer etkili bileşiklerin yapılarının araştırılması. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, 43(2), 150-173.
<https://doi.org/10.52794/hujpharm.1175099>
- Teichmann, B., Gkioka, M., Kruse, A., Tsolaki, M. (2022). Informal caregivers' attitude toward dementia: The impact of dementia knowledge, confidence in dementia care, and the behavioral and psychological symptoms of the person with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 88(3), 971-984.
<https://doi.org/10.3233/JAD-215731>
- Tekin, S. (2022). Alzheimer hastalığı klinik göstergeleri. A. O. Keskin, A. Uysal, & A. Özge (Eds.), *Sağlık kurulunda demans* (2. baskı, s. 28-36). Türk Nöroloji Derneği.
- Thoe, E. S., Fauzi, A., Tang, Y. Q., Chamyuang, S., & Chia, A. Y. Y. (2021). A review on advances of treatment modalities for Alzheimer's disease. *Life Sciences*, 276, 119129. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2021.119129>
- Tufan, İ. (2020). Gerontolojik bakış açısından Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım. E. Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* (1. baskı, s. 49-67). Nobel Akademik.
- TÜİK. (2024, March 27). *İstatistiklerle yaşlılar*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>

- Türk Nöroloji Derneği. (2024). Alzheimer Hastalığı. Retrieved from <https://noroloji.org.tr/menu/94/alzheimer-hastaligi>
- Türk, B. G., & Bozluoçay, M. (2021). Alzheimer hastalığı tedavisinde farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları. G. G. Yener & Ö. Yılmaz Küsbeci (Eds.), *Alzheimer Hastalığı* (1. Baskı, s. 78-80). Türkiye Klinikleri.
- Uçkaç, K., & Bahar, L. (2020). Demanslı yaşlı hastaların bakımı ve mesleki yeterlilikler. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 3(1), 45-59. <https://dergipark.org.tr/en/pub/jedihes/issue/59497/823823>
- Ulep, M. G., Saraon, S. K., & McLea, S. (2018). Alzheimer disease. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.10.014>
- Uncu, G., Özbabalık Adapınar D. (2020). Alzheimer hastalığı. E. Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* (1. baskı, s. 1-10). Nobel Akademik.
- Weill Institute for Neurosciences. (2021, January 18). Familial Alzheimer's Disease. <https://memory.ucsf.edu/genetics/familialalzheimer-disease>
- Weill Institute for Neurosciences. (2024). Familial Alzheimer's Disease. <https://memory.ucsf.edu/genetics/familial-alzheimer-disease>
- Wright, J. F., Doherty, M. E., & Dumas, L. G. (2009). Caregiver Burden: Three Voices—Three Realities. *Nursing Clinics*, 44(2), 209-221. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.03.002>
- World Health Organization. (2023, March 15). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Life Expectancy (2023, November 15). *Turkey: Alzheimers & Dementia*. <https://www.worldlifeexpectancy.com/turkey-alzheimers-dementia#:~:text=Turkey%3A%20Alzheimers%20%26%20Dementia&text=According%20to%20the%20latest%20WHO,Turkey%20%2369%20in%20the%20world>
- Xu, W., Yu, J. T., Tan, M. S., & Tan, L. (2015). Cognitive reserve and Alzheimer's disease. *Molecular Neurobiology*, 51, 187-208. <https://doi.org/10.1007/s12035-014-8720-y>

- Yeh, J., Pond, B., Beld, M., Garcia, A., Mauricio, J., Mata-Pacheco, J., ... & Ross, L. (2023). Enhancing dementia knowledge and self-efficacy of in-home supportive services caregivers through online training. *Journal of Applied Gerontology*, 42(4), 617-626. <https://doi.org/10.29399/npa.24705>
- Yeşilkır Baydar, S. (2020). Alzheimer hastalığı tedavisi için en kestirme yol: İntranazal yaklaşımlar. A. Dinç (Ed.), *Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar-3* (1. baskı, s. 575-1594). Efe Akademi.
- Yıldırım, N., & Eke, B. C. (2024). Alzheimer hastalığı, risk faktörleri ve tedavi. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 48(2), 766-790 <https://doi.org/10.33483/jfpau.1441827>
- Yılmaz, F., & Yavuz Çolak, M. (2020). The Validity and Reliability of a Turkish Version of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS). *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 5(3), 594-602 <https://doi.org/10.5336/healthsci.2020-74195>
- Yoldaş, K., & Yılmaz, Y. (2021). Down sendromlu bireylerde beslenme. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi* (23), 617-626. <https://doi.org/10.31590/ejosat.831542>
- Zawadzki, L., Mondon, K., Peru, N., Hommet, C., Constans, T., & Gaillard, P. (2011). Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. *International psychogeriatrics*, 23(9), 1451-1461. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000640>
- Zeng, F., Xie, W.T., Wang, Y.J., Luo, H.B., Shi, X.Q., & Zou, H.Q. (2015). General public perceptions and attitudes toward Alzheimer's disease from five cities in China. *Journal of Alzheimer's disease*, 43(2), 511-518. <https://doi.org/10.3233/JAD-141371>
- Zvěřová, M. (2019). Clinical aspects of Alzheimer's disease. *Clinical biochemistry*, 72, 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2019.04.015>

EKLER

EK 1. Tezin Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
04/12/2023	35	2023/284-287

Enstitü Yönetim Kurulu, Enstitü Müdürü V. Doç. Dr. Hanife DURGUN başkanlığında 04/12/2023 tarihinde saat 12:30'da toplandı. Gündem onaylanarak kabul edildi. Gündemde bulunan konular görüşülerek aşağıdaki yazılı kararlar alındı.

KARAR NO: 2023/287

Enstitümüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı 21540200024 numaralı öğrencisi Selin Nur KARA'nın, tez önerisine ilişkin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01/12/2023 tarih ve 938697 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı 21540200024 numaralı öğrencisi Selin Nur KARA'nın, Ordu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 27/1 maddesi uyarınca tez konusu önerisinin Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan önerildiği şekli ile kabulüne, kararın ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı'na tebliğine toplantıya katılanların oybirliği ile karar verildi (**EK-3**).

Öğrenci No	Adı Soyadı	Danışmanı	Tez Konusu
21540200024	Selin Nur KARA	Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR	"Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Alzheimer Hastalığına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"



EK 2. Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu

Sayın Katılımcı

Form No:

Bu araştırma evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisi belirlemek amacıyla yapılacaktır. Anket formlarının doldurulması ortalama 20 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Selin Nur KARA

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1.Bölüm: Hasta Bilgileri

- 1.Hastanın yaşı nedir?...
- 2.Hastanın cinsiyeti nedir? 1.Kadın 2.Erkek
- 3.Medeni durumu nedir? 1.Evli 2.Bekar
- 4.Kaç yıldır Alzheimer hastasıdır?
- 5.Başka bir kronik hastalığı var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 6.Cevabınız evet ise hastalık/hastahkları nelerdir?.....

2.Bölüm: Bakım Verici Bilgileri

- 7.Yaşınız nedir?
- 8.Cinsiyetiniz nedir? 1.Kadın 2.Erkek
- 9.Medeni durumunuz nedir? 1.Evli 2.Bekar
- 10.Eğitim durumunuz nedir? 1.Okur-yazar 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite
- 11.En uzun süre yaşadığınız yer neresidir? 1. Köy 2.İlçe 3. İl merkezi
- 12.Aile yapınız nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile
- 13.Çalışma durumunuz nedir? 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor
- 14.Gelir düzeyiniz nedir? 1.Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden fazla
- 15.Hastaya yakınlık dereceniz nedir? 1.Eşi 2.Kızı 3.Oğlu 4.Gelini 5.Torunu
6.Akraba/komşu 7.Bakıcı 8.Diğer...
16. Ne kadar süredir Alzheimer hastasına bakıyorsunuz? ...
- 17.Alzheimer hastalığı hakkında bilgi aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır
- 18.Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
1.Hekim 2.Hemşire 3.Akraba 4.Yakın çevre 5.Televizyon 6.İnternet 7.Diğer....

EK 3. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği

<i>Aşağıda Alzheimer Hastalığı ile ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatli okuduktan sonra, doğru veya yanlış olarak düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz. Eğer doğru cevaptan emin değilseniz, size en doğru gelen seçeneği işaretleyiniz. Cevabımızdan emin olmasanız bile her ifade için bir cevap işaretlemeniz önemlidir.</i>		
Alzheimer hastalığı olan insanlar özellikle depresyona yatkındır.	Doğru	Yanlış
Zihinsel egzersizin bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanmasını engelleyebileceği bilimsel olarak kanıtlanmıştır.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığının belirtileri ortaya çıktıktan sonra, ortalama yaşam süresi 6- 12 yıldır.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan bir kişi ajite (huzursuz) olduğunda, tıbbi muayene ajitasyona neden olan diğer sağlık problemlerini de ortaya çıkarabilir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan insanlar, bir seferde basit talimatlarla verilen bir işi iyi yapabilirler.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan insanlar, kendilerine bakmakta güçlük çekmeye başladıklarında onlara bakacak kişiler devreye girmelidir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan bir kişi geceleri uyanıyorsa ve huzursuz oluyorsa, kişinin gün boyunca bol miktarda fiziksel aktivite yapmasını sağlamak iyi bir stratejidir.	Doğru	Yanlış
Nadir durumlarda, insanlar Alzheimer hastalığından kurtulmuşlardır.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı henüz şiddetli olmayan insanlar, depresyon ve anksiyete için psikoterapiden yararlanabilir.	Doğru	Yanlış
Aniden hafızada sorun veya kafa karışıklığı ortaya çıkarsa, muhtemelen Alzheimer hastalığına bağlı olabilir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan çoğu insan huzurevinde yaşar.	Doğru	Yanlış
Yetersiz beslenme, Alzheimer hastalığının belirtilerini daha da kötüleştirebilir.	Doğru	Yanlış
30'lu yaşlarındaki insanlar Alzheimer hastalığına yakalanabilir.	Doğru	Yanlış

EK 3. (Devam) Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği

Alzheimer hastalığı olan bir kişi, hastalık kötüleştikçe, çökme eğilimindedir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan insanlar aynı soruyu veya hikâyeyi birkaç kez tekrarladığında, kendilerine tekrar ettiklerinin hatırlatılması faydalı olur.	Doğru	Yanlış
İnsanlar Alzheimer hastası olduğunda, artık kendi bakımları ile ilgili bilinçli kararlar verecek durumda değildirler.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan insanlar en sonunda 24 saat gözetime ihtiyaç duyacaktır.	Doğru	Yanlış
Yüksek kolesterol değeri, Alzheimer hastalığına yakalanma riskini artırabilir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olanlarda yaygın bir belirti ellerin veya kolların titremesi veya sallanmasıdır.	Doğru	Yanlış
Şiddetli depresyon belirtileri Alzheimer hastalığının belirtileri ile karıştırılabilir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı demansın (bunamanın) bir türüdür.	Doğru	Yanlış
Para yönetmede veya faturaları ödemekte yaşanan sıkıntı, Alzheimer hastalığının yaygın bir erken belirtisidir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı ile ortaya çıkabilecek bir belirti <u>de</u> , diğer insanların onların bir şeylerini çaldığına inanmalarıdır.	Doğru	Yanlış
Bir kişi Alzheimer hastası olduğunda, hatırlatıcı notların kullanılması hastalığın gerilemesine katkıda bulunabilir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığını önleyen reçeteli ilaçlar mevcuttur.	Doğru	Yanlış
Yüksek kan basıncına sahip olmak, bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanma riskini artırabilir.	Doğru	Yanlış
Genler Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasını kısmen açıklayabilir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan insanların, yanlarında bir refakatçi olduğu sürece, araba sürmeleri güvenlidir.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı tedavi edilemez.	Doğru	Yanlış
Alzheimer hastalığı olan çoğu insan yakın zamanlardaki olayları geçmişte olaylardan daha iyi hatırlar.	Doğru	Yanlış

EK 4. Demans Tutum Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlara yönelik tutumları ölçmeye yarayan Demans Tutum Ölçeği konusunda görüşlerinizi belirlemek üzere hazırlanmıştır. Ölçek 7'li likert tipi olup, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 7 (kesinlikle katılıyorum) arasındadır. Maddelerin doğru ya da yanlış yanıtları yoktur. Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

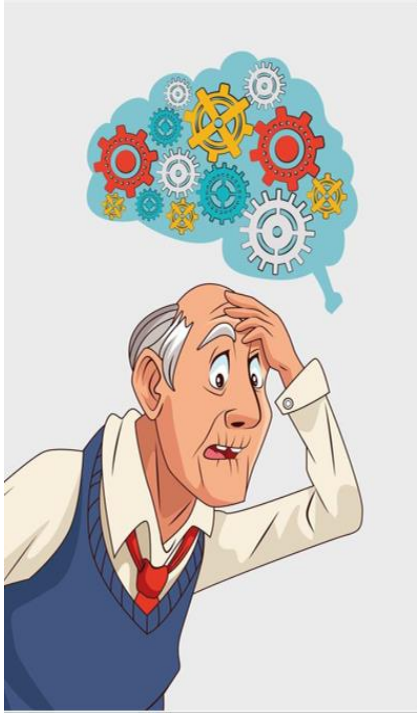
Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Oldukça Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlarla çalışmak önemlidir.							
2. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlardan korkarım.							
3. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar yaratıcı olabilirler.							
4. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlara güven duyarım.							
5. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlara rahatça dokunabilirim.							
6. Çevremde Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların varlığı beni rahatsız eder.							

7. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan her bireyin farklı ihtiyaçları vardır.							
8. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıklara çok aşina değilim.							
9. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan ajite bir insandan uzak dururum.							
10. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar, çevrelerinde bildikleri şeyler olmasını severler.							
11. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların geçmişini bilmek önemlidir							
12. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlarla etkileşimden keyif almak mümkündür.							
13. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların yanında kendimi rahat hissedirim.							
14. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar hayattan keyif alabilir.							
15. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar kendilerine nazik davranıldığını hissedebilirler.							

16. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlara nasıl yardım edeceğimi bilmemek beni çaresiz hissettirir.							
17. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan birine bakım vermeyi hayal bile edemiyorum.							
18. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların baş etme yeteneklerine hayranım.							
19. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların yaşamlarını iyileştirmek için çok şey yapabiliriz.							
20. Geçimsiz (huysuz) davranışlar, Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar için bir iletişim şekli olabilir.							

Alzheimer Hastalarının Bakım Vericileri İçin Eğitim Programı

HAZIRLAYAN: Selin Nur KARA
DANIŞMAN: Hacer GÖK UĞUR



İÇERİK

- Alzheimer Tanımı, Evreleri, Belirtileri, Risk Faktörleri, Tanı Ve Tedavi Yöntemleri,
- Alzheimer Hastalarında Sık Görülen Sorunlar,
- Alzheimer Hastası İle İletişim,
- Alzheimer Hastalarında İlaç Kullanımı,
- Alzheimer Hastalarında Beslenme,
- Alzheimer Hastalarında Boşaltım,
- Alzheimer Hastalarında Uyku,
- Alzheimer Hastalarında Güvenli Çevre Oluşturma ve
- Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar
- Alzheimer Hastalarının Evde Bakımı

EK 6. Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği İzni

Selin KARA <karaselnmur@gmail.com>

26 Eyl 2023 14:17 (2 gün önce) ★ ↶ ⋮

Alıcı: fyilmaz ▼

Sayın hocam merhaba,

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım. Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan Türkiye'ye uyarlanan "Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği" kullanmak istiyorum.

Ölçeği kullanmam konusunda yardımcı olursanız çok memnun olurum.

Arş. Gör. Selin Nur Kara

Ordu Üniversitesi-Türkiye

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

0452 226 5200/6410

karaselnmur@gmail.com

Fikriye Yılmaz

14:53 (55 dakika önce) ★ ↶ ⋮

Alıcı: meric, ben ▼

Merhaba,

Ekte ölçeği ve değerlendirmesi ile ilgili dosyaları paylaşıyorum.

Başka sorunuz olursa yardımcı olmaya çalışırım.

İyi çalışmalar,

Doç.Dr. Fikriye YILMAZ

Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Eskişehir yolu 18. Km 06790

Bağlıca Etimesgut ANKARA

Tel: 0 312 246 66 66/2134

Cep: 0530 065 39 18

E-posta: fyilmaz@baskent.edu.tr

EK 7. Demans Tutum Ölçeği İzni

Selin KARA <karaselinnur@gmail.com>

27 Eylül Çar 10:35 (1 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: aynur.cetinkaya ▾

Sayın hocam merhaba,

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım. Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan Türkçe'ye uyarlanan "Demans Tutum Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanmam konusunda yardımcı olursanız çok memnun olurum.

Arş. Gör. Selin Nur Kara
Ordu Üniversitesi-Türkiye
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
0452 226 5200/6410
karaselinnur@gmail.com

Aynur ÇETİNKAYA

27 Eylül Çar 11:09 (1 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Kara,

Metodolojik çalışmamı yaptığımız Demans Tutum Ölçeği ve yönergesini ekte bulabilirsiniz.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Aynur Çetinkaya

EK 8. Türkiye Alzheimer Derneği İzni

Hacer Gök Uğur <hacer32@gmail.com>

3 Eki 2023 15:12 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: fkocaman@alzheimerderneği.org.tr ▼

Sayın Hocam Merhabalar

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında çalışmaktayım. Bir öğrencimin yüksek lisans tezinde derneğinizi web sitesinde yer alan animasyonlardan ve videolardan yararlanmak istiyoruz. Bu konuda bize destek olursanız çok seviniriz.

Saygılarımla....

--

Macbook <fkocaman@alzheimerderneği.org.tr>

7 Eki 2023 12:08 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▼

Hacer hanım,

Konuya böyle titizlikle eğildiğiniz için sizi kutlarım. Elbette bilgileri doğru kaynağından iletmeniz çok yararlı olur. Size 2 link gönderiyorum:

Animasyonları bu linkten indirip kullanabilirsiniz:

https://drive.google.com/drive/folders/14wtK3_gB82reJWHL6_wlnYKzXEFP3kMpBenim

EK 9. Kurum İzni



T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-41544352-799-235211309
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Hacer
GÖK UĞUR , Öğrenci Selin Nur KARA)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 22.01.2024 tarihli ve E-36910495-806.01.03-0958448 sayılı yazımız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden; Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR' un sorumluluğunda; danışmanı olduğu Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selin Nur KARA' nın "**Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Alzheimer Hastalığına Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma**" konulu tez çalışmasını 15 Şubat 2024 –15 Şubat 2025 tarihleri arasında Bulancak Devlet Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmiştir

Söz konusu verilerin kullanılmasında kişisel verilere/özel hayatın gizliliğine özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının bir nüshasının Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini arz/rica ederim.

Doç. Dr. Muhammet BULUT
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (1 Adet)

Dağıtım:

— Gereği:
Ordu Üniversitesi Rektörlüğüne
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Bilgi:
Giresun Bulancak Devlet Hastanesine

EK 9. (Devam) Kurum İzni

T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KOMİSYON KARARI

Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 22.01.2024 tarihli ve E-36910495-806.01.03-0958448 sayılı yazısına istinaden; Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR' un sorumluluğunda; danışmanı olduğu Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selin Nur KARA' nın "**Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Alzheimer Hastalığına Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma**" konulu tez çalışmasını 15 Şubat 2024 –15 Şubat 2025 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Bulancak Devlet Hastanesinde yapması Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.


BAŞKAN
Doç. Dr. Muhammet BULUT
İl Sağlık Müdürü


Mehmet ŞAHİN
Destek Hizmetleri Başkanı

ÜYELER

Uzm. Dr. Bekir BULUT
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.


Uzm. Dr. Didem OKTAR
Halk Sağlığı Uzmanı

EK 10. Etik Kurul Kararı



Tarih: 12/12/2023 10:26
Sayı: E-0112023A-3010-09-43304
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000943304

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
08.12.2023	25	15:30	320

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2023/320

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR'un KAEK 328 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Alzheimer Hastalığına Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı araştırmasının Giresun İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ahmet KAYA
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 11. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben **Selin NUR KARA**, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında “**Evde Sağlık Hizmetlerine Kayıtlı Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Alzheimer Hastalığına Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma**” adlı araştırmayı yürütmekteyim. Bu araştırmanın amacı; evde sağlık hizmetlerine kayıtlı Alzheimer hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin Alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemektir. Araştırma kapsamında size öncelikle bir anket uygulaması yapılacak ve 1 kez eğitim yapılacaktır. Eğitimin etkinliğini değerlendirmek için 15 gün sonunda size tekrar bir anket uygulaması yapılacaktır.

Araştırma için İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmaya katılmayı kabul etmenizden sonra, istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseye paylaşılmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırmacıya yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:	Araştırmacının Adı Soyadı:
Adres:	Selin Nur KARA
Telefonu:	İş Adresi: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
Tarih ve İmzası:	Telefonu:
Görüşme Tanığı/ Katılımcı Yakını	E-Posta: karaselinnur@gmail.com
Adı Soyadı:	Tarih ve İmzası:
Adres:	
Telefon:	
Tarih ve İmzası:	

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Selin Nur KARA
Doğum Yeri : Merkez/Giresun
Doğum Tarihi : 10.08.1997
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : karaselinnur@gmail.com
İletişim Bilgileri :

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2021-2024
Lisans	Hemşirelik	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2015-2019

İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Bulancak Devlet Hastanesi	2021-2023
Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi	2023-halen