

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Nöroloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**BİR HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE YAŞLI VE
ALZHEİMER HASTALIĞI ALGISI
(KONYA NUMUNE HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Hatice KARAKUŞAK

Danışman

Prof. Dr. Figen GÜNEY

II. Danışman

Doç. Dr. Süleyman Barbaros YALÇIN

Konya-2022

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Nöroloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora Öğrencisi **Hatice KARAKUŞAK**'ın “**Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı Algısı (Konya Numune Hastanesi Örneği)**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 20.06.2022

Tez Danışmanı	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi /Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
II. Danışman	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi /Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
Üye	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi/Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
Üye	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi/Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
Üye	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi/Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
Üye	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi/Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
Üye	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi/Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası
Üye	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi/Fakülte/Anabilim Dalı	İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 06.07.2022 tarih ve 14/08 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmza

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütun bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

20.06.2022

Hatice KARAKUŞAK



BENZERLİK RAPORU

Tezin Tam Adı : Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı Algısı (Konya Numune Hastanesi Örneği)

Öğrencinin Adı Soyadı : Hatice KARAKUŞAK

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı : 80

BİR HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞLI VE ALZHEİMER HASTALIĞI ALGISI (KONYA NUMUNE HASTANESİ ÖRNEĞİ)

ORJİNALLİK RAPORU

%30 BENZERLİK ENDEKSİ
%29 İNTERNET KAYNAKLARI
%10 YAYINLAR
%16 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%3
3	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
4	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
5	9lib.net İnternet Kaynağı	%1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
7	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	%1
9	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)	%1

Danışman Öğretim Üyesi Adı Soyadı: Prof. Dr. Figen GÜNEY

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgisini ve deneyimlerini benimle paylaşan ve daima rehber olan, yoluma ışık tutup bana yol gösteren varlığını yürekten hissettiğim ayrıca Alzheimer yüksek lisans programının açılmasında büyük emeği olan çok değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Figen Güney'e,

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan değerli görüşleriyle ve tecrübeleriyle bana yol gösteren Danışmanım Sayın Doç. Dr. Öğr. Süleyman Barbaros YALÇIN'a,

Tezimde etik açıdan çalışma yapmamda katkıda bulunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet UYAR'a,

Yüksek lisans programında bizlere yol gösteren emek veren tüm hocalarıma,

Yüksek lisans sürecimde başından sonuna kadar manevi desteklerini esirgemeyen ve bu zorlu süreçte her zaman yanımda olan Konya Numune Hastanesi hemşireleri ve çalışma arkadaşlarıma,

Manevi katkılarından dolayı yakın arkadaşlarım Dyt. Semra Bakır'a ve Dyt. Nuray Altinkum'a,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan maddi ve manevi desteklerini esirgemeyerek beni bugünlere getiren aileme,

Sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Hatice KARAKUŞAK

İÇİNDEKİLER

Tez Kapağı ve İç Kapak	i
Tez Onay Sayfası	ii
Tez Beyan Sayfası	iii
Benzerlik Raporu	iv
Önsöz ve Teşekkür.....	v
İçindekiler.....	vi
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi.....	ix
Tablolar ve Grafikler Listesi	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık İle İlgili Kavramlar	3
2.2. Yaşlı Nüfusun Geçmişten Günümüze Yaşadığı Değişim	4
2.3. Yaşlılıkla İlgili Mevcut Veriler.....	5
2.3.1. Dünyada Yaşlılık.....	5
2.3.2. Türkiye’de Yaşlılık	5
2.4. Yaşlılıkta Temel Sorunlar Ve Dağılımlar	7
2.4.1. Bakım Sorunlar	7
2.4.2. Ekonomik Sorunlar	8
2.4.3. Psikolojik Sorunlar	8
2.4.4. Sağlık Sorunları.....	9
2.5. Demans Hastalığı.....	10
2.5.1. Demans Sınıflandırılması	11
2.5.2. Alzheimer Hastalığı.....	12
2.5.3. Alzheimer Hastalığının Tarihçesi	12
2.4.4. Alzheimer Hastalığının Epidemiyoloji.....	13
2.5.5. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörler	14
2.5.6. Alzheimer Hastalığı Tanı Ve Klinik Tablo	15
2.5.7. Alzheimer Hastalığının Patolojisi	17
2.5.8. Alzheimer Hastalığının Tedavisi	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Amacı	20
3.2. Araştırmanın Önemi	20
3.3. Araştırmanın Yöntemi	20
3.4. Araç Ve Gereçler	21
3.5. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	21
3.6. Araştırmanın Etik Konular	22
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.8. Araştırmanın Hazırlığı	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	23
4.1.1. Katılımcıların Yaş Dağılımları	23
4.1.2. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları.....	23
4.1.3. Katılımcıların Eğitim Durumu	24
4.1.4. Katılımcıların Aile Türü	24
4.1.5. Katılımcıların 65 Yaş Üstü Bireylerle Yaşama Durumu.....	25
4.1.6. Katılımcıların Çalıştığı Kurum Durumu	25
4.1.7. Katılımcıların Çalıştığı Birim	25
4.1.8. Katılımcıların Meslekte Çalışma Şekli.....	26
4.1.9. Katılımcıların Meslekte Çalışma Süreleri	26
4.1.10. Katılımcıların İşinden Memnuniyet Durumu	26
4.1.11. Katılımcıların Yaşlılığı Algılama Durumu	27
4.1.12. Katılımcıların İleride Alzheimer Hastası Olmaktan Korkma Durumu	27
4.1.13. Katılımcıların İlaç Kullanmasını Gerektiren Unutkanlığı Olan Hasta Yakını Durumu	28
4.1.14. Bakım Verme İle İlgili Kurs	28
4.2. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Görüşlerine İlişkin Bulgular	28
4.2.1. Hemşirelerin Alzheimer Hastalığı Hakkında Düşünme Teması.....	28
4.2.2. Hemşirelerin Alzheimer Hastalığının Belirtileri Teması	29
4.2.3. Alzheimer Hastalığının Tanısı Teması.....	30
4.2.4. Alzheimer Hastalığından Korunma Teması	31
4.3. Bakım İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	32
4.3.1. Hemşirelerin Alzheimer Hastasına Bakım Sağlarken Karşılaştıkları Zorluklar Teması	32

4.3.2. Alzheimer Hastasına Tek Başına Bakım Verme Teması	33
4.3.3. Bakım Verdiğiniz Hastaların Tanı Konulmuş Başka Hastalıklar Teması.....	34
4.3.4. Yaşadığınız Bakım Yükü Sonucunda Tanı Konulmuş Bir Hastalığınız Teması ..	36
4.3.5. Hastanın Bakımıyla İlgili Olarak Yaşanan Güçlüklerle Baş Etme Yöntemi Teması.....	36
4.3.6. Alzheimer Hastalığında Bakım Verme İle İlgili Ülkemizde Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerisi Teması.....	37
4.3.7. Alzheimer Hastaları İle Sağlıklı Yaşlılar Aynı Ortamda Bakım Sağlama Teması ..	38
4.4. Mevcut Bakım Hizmetleri İle İlgili Bilgiler Düzeyi Görüşlerine İlişkin Bulgular...	39
4.4.1. Alzheimer Hastalarına Verilen Kurum Bakımı Değerlendirilmesi Teması	39
4.4.2. Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Veren Bir Merkezde Çalışma Fikri Teması	40
4.4.3. İşyerinde Bakım Sağladığımız Yaşlı Sayısı Durumu Teması	41
4.4.4. Kurumda Psikolojik Destek Personel Teması	42
4.5. Alzheimer Hasta Yakınları İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	42
4.5.1. Alzheimer Hasta Yakınları Ve İletişim Teması.....	42
4.5.2. Alzheimer Hasta Yakınları Psikolojik Destek Teması.....	44
4.5.3. Alzheimer Hastaları Ve Aile Üyeleri Bakım Teması.....	44
4.5.4. Alzheimer Hastaları Ve Profesyonel Kişi Bakım Teması.....	46
4.6. Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi İle Bilgiler Düzeyi Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	47
4.6.1. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Teması	47
4.6.2. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Teması	48
4.6.3. Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezlerinin Teması.....	49
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
7. KAYNAKLAR	57
8. ÖZGEÇMİŞ	62
9. EKLER.....	63
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	63
EK-2: KONYA NUMUNE HASTANESİ ÇALIŞMA İZİN BELGESİ	64
EK-3: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU.....	65
EK-4: GÖRÜŞME FORMU.....	66

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AD : Alzheimer Demans

ADI : Dünya Alzheimer Örgütü

AH : Alzheimer Hastalığı

ApoE4 : Apolipoprotein E4

A β : Amiloid Beta

BT : Bilgisayarlı Tomografi

DM : Diabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

E : Katılımcı Erkek

EEG : Elektroensefalografi

EMG : Elektromiyografi

GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri

HT : Hipertansiyon

K : Katılımcı Kadın

KY : Kalp Yetmezliği

MR : Manyetik Rezonans

NFY : Nörofibriler Yumaklar

NINCDS-ADRDA: Ulusal ve Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği

s : sayfa

SP : Senil Plaklar

SVO : Serebro Vasküler Hastalık

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ve ark. : ve arkadaşları

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar VE GRAFİKLER LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Grafik 2.1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2080.....	6
Grafik 2.2. Türkiye’de Yıllar İtibariyle Cinsiyete Göre Alzheimer Hastalarının Sayı ve Oranları.....	13
Tablo 4.1. Katılımcıların Yaş Dağılımları.....	23
Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.3. Katılımcıların Eğitim Dağılımı.....	24
Tablo 4.4. Katılımcıların Aile Türü.....	24
Tablo 4.5. Katılımcıların 65 Yaş Üstü Bireylerle Yaşama Dağılımı.....	25
Tablo 4.6. Katılımcıların Çalıştığı Kurum Durumu.....	25
Tablo 4.7. Katılımcıların Çalıştığı Birim Durumu.....	25
Tablo 4.8. Katılımcıların Çalışma Şekli.....	26
Tablo 4.9. Katılımcıların Çalışma Süreleri.....	26
Tablo 4.10. Katılımcıların İşinden Memnuniyet Durumu.....	27
Tablo 4.11. Katılımcıların Yaşlılığı Algılama Durumu.....	27
Tablo 4.12. Katılımcıların İleride Alzheimer Hastası Olmaktan Korkma Durumu.....	27
Tablo 4.13. İlaç Kullanmasını Gerektiren Unutkanlığı Olan Hasta Yakını Durumu.....	28
Tablo 4.14. Bakım Verme ile İlgili Kurs Dağılımı.....	28
Tablo 4.15. Alzheimer Hastalığı Hakkında Düşünceleriniz Nelerdir?.....	29
Tablo 4.16. Alzheimer Hastalığının Belirtileri Nelerdir?.....	30
Tablo 4.17. Alzheimer Hastalığının Tanısı Nasıl Konulur?.....	31
Tablo 4.18. Alzheimer Hastalığından Korunmak Mümkün mü?.....	31
Tablo 4.19. Hemşirelerin Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Sağlarken Karşılaştığı Zorluklar Nelerdir?.....	32
Tablo 4.20. Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Sağlarken Tek Başına mı Bakım Veriyorsunuz?.....	34
Tablo 4.21. Bakım Verdiğiniz Hastaların Tanı Konulmuş Başka Hastalıkları Var mı?.....	35
Tablo 4.22. Yaşadığınız Bakım Yükü Tanı Konulmuş Bir Hastalığınız Var mı?.....	36
Tablo 4.23. Hastanın Bakımıyla İlgili Olarak Yaşanan Güçlüklerle Baş Etme Yöntemi Nelerdir?.....	36

Tablo 4.24. Alzheimer Hastalığında Bakım Verme ile İlgili Ülkemizde Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerisi Nelerdir?.....	37
Tablo 4.25. Alzheimer Hastaları ile Sağlıklı Yaşlılar Aynı Ortamda Bakım Verilebilir mi?.....	38
Tablo 4.26. Alzheimer Hastalarına Verilen Kurum Bakımı Yeterli Buluyor musunuz?.....	39
Tablo 4.27. Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Veren Bir Merkezde Çalışma Fikri Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?.....	40
Tablo 4.28. İşyerinde Bakım Sağladığınız Yaşlı Sayısı Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?.....	41
Tablo 4.29. Kurumunuzda Psikolojik Anlamda Size Destek Verecek Personel Olmasını İster misiniz?	42
Tablo 4.30. Alzheimer Hasta Yakınları Hastalarıyla İletişim Kurarken Nelere Dikkat Etmelidir?	43
Tablo 4.31. Alzheimer Hasta Yakınları İçin Psikolojik Destek Gerekli midir?.....	44
Tablo 4.32. Alzheimer Hastalarına Bakım Verecek Hasta Yakınlarının Sırayla Hastaya Bakmalarını mı Tavsiye Edersiniz?.....	45
Tablo 4.33. Alzheimer Hastalarına Aile İçi Bireylerin Bakım Vermesini mi Yoksa Bu İş Profesyonelece Yapan Kişilerin Bakım Vermesini mi Tavsiye Edersiniz Neden?	46
Tablo 4.34. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Hakkında Bir Bilginiz Var mı?.....	47
Tablo 4.35. Konya A Gündüz Yaşam Merkezi Yerinde Ziyaret Ettiniz mi, Gözlemlerinizi Nelerdir?.....	48
Tablo 4.36. Gündüz Yaşam Merkezlerinin Ülkemizde Sayıları Artmalı mı Neden?.....	49

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı Algısı (Konya Numune Hastanesi Örneği)

Hatice KARAKUŞAK

Nöroloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi/ Konya-2022

Dünyada ve ülkemizde yaşanan gelişmeler, teknolojik buluşlar ve yenilikler ortalama yaşam süresini uzatmakta ve beraberinde birçok problemi de getirmektedir. Alzheimer hastalığı daha çok yaşlılık döneminde görülen problemlerden biridir. Günümüzün modern koşullarında aileler Alzheimerlı yaşlıya bakım vermede zorluklar yaşamakta ve alternatif bakım desteklerine olan ihtiyaçları artmaktadır. Alzheimerlı yaşlılarda yaşanan değişimler sadece Alzheimerlı hastaları değil bakım veren bireylerinde yaşam kalitesini etkilemektedir. Hemşireler Alzheimerlı yaşlılara bakım verirken çeşitli problemlerle karşılaşmakta bakım kalitesi de bu durumdan olumlu ya da olumsuz şekilde etkilenmektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin bakım verdikleri yaşlı ve Alzheimer hastası bireylerin bakımında yaşadığı güçlükleri, ihtiyaçları ve diğer sorunların saptanmasını belirlemek tespit edilen problemlerin çözümüne yönelik önerilerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Araştırmada Konya Numune Hastanesi örneklem olarak alınmıştır. Araştırma kapsamında 20 hemşire ile görüşme yapılmıştır. Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama amacı olarak ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırma elde edilen bulgular ışığında Alzheimer hastasına bakım veren hemşirelerin bilgilerinin istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca bakım veren hemşirelerin desteklerinin artırılması gerektiğidir. Özellikle alanında profesyonel bakım sağlayan hemşirelerin sayısının artmasının sağlanabilmesi Alzheimerlı yaşlının yaşam kalitesinde önem arz etmektedir. Araştırmada öne çıkan bulgulardan bir diğeri ise ülkemizde Alzheimerlı yaşlıya gündüz bakım veren merkezlere olan ihtiyacın giderek artmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer Hastalığı, Alzheimer Merkezi, bakım, hemşire, yaşlı

ABSTRACT

REPUBLIC OF TÜRKİYE
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Preception of Elderly and Alzheimer's Disease in Nurses Working in a Hospital (Example of Konya Sample Hospital)

Hatice KARAKUŞAK

Neurology Department

Master Thesis / Konya-2022

Developments, technological inventions and innovations in the world and in our country extend the average life expectancy and bring with it many problems. Alzheimer's disease is one of the problems seen mostly in old age. In today's modern conditions, families have difficulties in caring for the elderly with Alzheimer's and their need for alternative care support is increasing. Changes in the elderly with Alzheimer's affect not only the patients with Alzheimer's, but also the quality of life of their caregivers. Nurses encounter various problems while caring for the elderly with Alzheimer's, and the quality of care is positively or negatively affected by this situation.

In this study, it was aimed to determine the difficulties, needs and other problems experienced by nurses in the care of elderly and Alzheimer's patients, and to reveal suggestions for the solution of the identified problems. Konya Numune Hospital was taken as a sample in the study. Within the scope of the research, 20 nurses were interviewed. Qualitative research method was used in the study. Semi-structured interview form was used as the purpose of data collection in the study. In the light of the findings of the research, it has been determined that the knowledge of the nurses who care for Alzheimer's patients is not at the desired level. On the other hand, the support of the nurses giving care should be increased. In addition, increasing the number of nurses providing professional care in the field is important in the quality of life of the elderly with Alzheimer's. is the increasing need for Alzheimer's Day Life centers in our country.

Keywords: Alzheimer's Disease, Alzheimer's Center, care, nurse, elderly

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzün modern dünyasında çeşitli nedenlere bağlı olarak sosyal, sağlık, ekonomik vb. alanlardaki iyileşmeler ve yenilikler insan ömrünü uzattığı için bu durum ortalama yaşam süresinde etkili olmuştur. Bu nedenle nüfusun yaşlanması sosyal ve ekonomik yönden etkileri tüm dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir olgu haline gelmiştir. Yaşlıların çoklu sağlık problemlerinin olması, yaşlılarda tıbbi ve sosyal problemlerinde de giderek artış eğilimi göstermesine neden olmaktadır. Nüfusun giderek yaşlanması sağlık, sosyal bakım çalışanlarını özellikle bakımda etkin rol oynayan hemşireleri doğrudan etkilemektedir (Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Raporu 2014).

Yaşlı nüfusun artması bir dizi sağlık problemini de beraberinde getirmiştir. Bu problemlerden bir tanesi de artan yaş ile artış gösteren çığın hastalığı olarak nitelendirilen Alzheimer hastalığıdır. Literatürde farklı verilere ulaşılsa da 2015 yılında dünyada 46,8 milyon demans tanısı almış bireyler bulunmaktadır. Ayrıca tanı almış hasta sayısının 2030 yılında 7,7 milyona çıkacağı ön görülmektedir (World Alzheimer Report 2015). Ülkemizde ise 600.000 Alzheimer tanısı almış birey bulunmaktadır (Kulaksızoğlu 2017). Global anlamda Alzheimer tanısı almış bireylerin 2050 yıllarına doğru sayısının 106,2 milyonun üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (Brookmeyer ve ark. 2007). Ayrıca 2050 yılında demans tanısı alanların sayısı 131,5 milyona çıkacağı ön görülmektedir (World Alzheimer Report 2015).

Alzheimer hastalığı beyin dokusunun incelenmesiyle beyinde bazı bölgelerdeki hasarlanma sonucu nörobiyolojik değişikliklerle, kognitif işlevlerde bozulmalar ile kendini gösteren, dejeneratif, ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan sinsi başlayan ve bellek kaybı ve davranış bozuklukları ile karakterize bir hastalıktır Alzheimer hastalığı demans türüdür (Taneli 2015). Demans beyindeki hücrelerin işlevlerinde bozulma ya da değişiklikler meydana geldiğinde ortaya çıkan semptomlar topluluğuna verilen hastalıktır. Ayrıca zihnin sonradan yitilmesi anlamına gelen terimdir. Günlük fonksiyonları etkileyecek bozukların görüldüğü bir hastalıktır (Tatar 2002).

Yaşamın sonunda olan ve bağımlı yaşlı bireylerin öz bakım gereksinimlerini giderebilmek, değerlendirebilmek, bakımı gerçekleştirebilmek ve desteklemek için hemşirelere ihtiyaç vardır. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin ekibinde, hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog beslenme uzmanı, fizyoterapist gerontolog gibi birçok disiplinin hizmet sunması gerekmektedir. Bu sebeple günümüzde yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumlarını ve davranışlarını inceleyen araştırmalara ve çalışmalara olan ilgi artmıştır (Gözüm ve Tan 2003; Dozois 2006; Akdemir ve ark. 2007).

Çalışmada aşağıda belirtilen sorulara yönelik görüşme formu düzenlenmiş alınan cevapların analizinde önemli sonuçların elde edilmesi hedeflenmiştir. Oluşturulan form ile hemşirelerin karşılaştıkları güçlüklerini belirlemek, problemlerine çözüm önerilerinde bulunmak ve Alzheimer hastalığında hemşirelerin bakım rolünün etkinliğini ortaya çıkarmak tez çalışmasının hedefleri arasındadır Bu amaç ve hedefler doğrultusunda tez çalışmasında cevap aranan sorular şu şekildedir;

- Hemşirelerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyleri Nelerdir?
- Hemşirelerin Bakım İle İlgili Karşılaştıkları Zorluklar Nelerdir?
- Hemşirelerin Mevcut Bakım Hizmetlerini Yeterli Bulup Bulmadıkları Konusundaki Görüşleri Nelerdir?
- Hemşirelerin Alzheimer Hasta Yakınlarına Bakım Etkisi?
- Hemşirelerin Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezleri İle İlgili Görüşleri Nelerdir?

Alzheimerlı yaşlılarda yaşanan değişimler sadece Alzheimerlı hastaları değil bakım veren bireyleri de doğrudan etkilemektedir ve bakım yükünü de beraberinde getirmektedir. Hemşireler Alzheimerlı yaşlılara bakım verirken çeşitli problemlerle karşılaşmakta bakım kalitesi de bu durumdan olumlu ya da olumsuz şekilde etkilenmektedir. Sağlık çalışanlarının olumsuz ön yargı, değer, inanç ve tutumları ile ilgili değerlendirme açısından literatür incelendiğinde elde edilen veriler yeterli sayıda çalışmanın olmadığına dikkat çekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bakım verdikleri yaşlı ve Alzheimer hastası bireylerin bakımında yaşadığı güçlükleri, ihtiyaçları ve diğer sorunların saptanmasını belirlemek tespit edilen problemlerin çözümüne yönelik önerilerin ortaya konması ve ek olarak Alzheimerlı hastalara gündüz bakım veren merkezlerin bakım vermedeki önemini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık İle İlgili Kavramlar

Dünya da yaşlılık yeni bir kavram değildir. Değişen dünya koşulları gelişen sağlık sistemi ve toplumsal değişimlerle birlikte yaşlılık ve yaşlılığa ilişkin konuların önemi artmıştır (Kalınkara ve ark. 2016). Yaşlılık dönemi avantaj ve dezavantajları içinde barındıran hem gelişim hem de kayıpların bir arada yaşandığı bir dizi değişikliklerin meydana geldiği kaçınılmaz ve önlenmesi mümkün olmayan doğal olarak ilerleyen geri dönüşümü olmayan bir süreçtir (Hablemitoğlu ve Özmete 2010).

Yaşanılan her toplumda “yaşlı” diye adlandırılan bir grup insan bulunmaktadır. Buna bağlı olarak literatürde yaşlılıkla ilgili birçok kavram kullanılmaktadır. Çoğunlukla birbirlerinin yerine kullanılsa da “yaş”, “yaşlılık”, “yaşlanma” kavramları anlamları yönüyle birbirinden farklılık göstermektedir. Yaş kavramı bireyin yaşamış olduğu günlerin ve yılların sayısını ifade eden kronolojik yaş ve içinde bulunduğu birçok faktöre (cinsiyet, meslek, durumu gibi) bağlı olarak değişkenlik gösteren biyolojik yaş olarak iki farklı şekilde ele alınmaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete 2010).

Yaşlılık: Zaman kavramına bağlı olarak değişimlerin ve gelişmelerin beraber yaşandığı belirli bir dönemi kapsamaktadır (Arpacı 2005). Yaşlılık fizyolojik bir olgu olup bireylerin fiziksel ve ruhsal güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde kademeli olarak gerilemesi halidir (Hablemitoğlu ve Özmete 2010).

Yaşlanma, doğumdan itibaren başlayıp bireyin yaşamının sona ermesine kadar devam eden bireysel bir süreçtir. Bireyin nasıl bir hayat geçirdiği, yaşam şartları, ekonomik şartlar, çevresel ve bireysel koşullar gibi birçok faktör yaşlanma olgusunu bireyden bireye ve toplumdan topluma doğrudan etkileyen bir durumdur (Arpacı 2005).

Yaşlılık ve yaşlanmanın en önemli ayrımı iki kavramın başlangıçlarının farklılık göstermesidir. Örneğin 65 yaş üzerindeki birey yaşlı kabul edilirken yaşlanma 50-55 yaşlarında başlamıştır (Akçay 2011). Dünya sağlık örgütüne göre 65 yaş ve üzeri olan bireyler yaşlı kabul edilmektedir. Buna göre 45-59 yaş orta yaş, 60-74 yaş yaşlı, 75-90 yaş ileri yaş ve 90 üstü ihtiyarlık dönemidir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2013-2014 Raporu).

Literatürde yaşlanmanın kronolojik, biyolojik psikolojik ve sosyal olmak üzere birçok boyutu bulunmaktadır (Kalınkara 2016).

- a. Kronolojik Yaşlanma: Doğumla başlayıp bireyin bulunduğu yıl içindeki sürenin sayısal olarak tanımlamaktadır (Akçay 2011).
- b. Biyolojik Yaşlanma: Bireyin ilerleyen yaşıyla beraber anatomik ve fizyolojik olarak vücudunda meydana gelen değişikliklerin ortaya çıktığı değişimdir (Hablemitoğlu ve Özmete 2010).
- c. Psikolojik Yaşlanma: Bireysel olarak bireyin kendini kaç yaşında hissettiği ile ilgili zihinsel bir durumdur (Akçay 2011).
- d. Sosyal Yaşlanma: Bireyler kronolojik, biyolojik ve psikolojik yaşlanırken sosyal yaşam içerisinde sosyal rollerinde konumlarının ve ilişkilerinde yaşlanmayla birlikte meydana gelen değişimdir (Tümederm 2006).

2.2. Yaşlı Nüfusun Geçmişten Günümüze Yaşadığı Değişim

İçinde yaşadığımız 21. yüzyılın en önemli olgularından biri toplumların yaşlanmasıdır. Bilimsel alanda yaşanan gelişmeler, sağlık teknolojilerin gelişmesi ve çevre koşullarının iyileştirilmesiyle birlikte insanların ortalama yaşam süresi her geçen gün artmaktadır. Yaşlılıkla ilgili problemler hep var olmuş ancak modernleşme ile birlikte yaşlılık problemi bir değişim ve dönüşüm yaşayıp derinleşerek önemli bir toplumsal sorun haline gelmiştir. Günümüzde yaşlı nüfusun toplum içindeki statüsünü sanayileşme, teknolojik gelişmeler, kadının aktif iş hayatına katılımı, azalan doğum oranları, eğitim düzeyindeki artış vb. etmenler etkilemektedir (Kalınkara 2009).

Toplumsal ve demografik farklılaşma ile aile yapısı eski işlevsel halini kaybetmiş ve bu durum aile ve toplum içindeki yaşlı bireylerin daha az konum ve yaptırım gücüne neden olmuştur. Ayrıca çoğunlukla aileler çocuğuna odaklı bir aile düzenini benimsemektedirler ve yaşlı birey geri planda kalmaktadır (Yapıcıoğlu 2009). Geleneksel ailelerde yaşlı bireyler tecrübe ve rolleri ile yol gösteren saygı duyulan bireyler olarak görülürken, modern dünyada bu vasıflar önemini yitirmiştir (Yapıcıoğlu 2009).

2.3. Yaşlılıkla İlgili Mevcut Veriler

2.3.1. Dünyada Yaşlılık

Dünyada toplam nüfus içinde yaşlı popülasyonunun önemli şekilde arttığı yaşadığımız toplumda yaşlanmayla ilgili bu şekilde bir değişimin yaşandığı yapılan araştırmalarda açıkça ortaya konulmaktadır. Yaşadığımız dünyada büyük bir demografik değişim yaşanmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler, yaşam koşullarının artması ve refah düzeyinin yükselmesi, doğum ve ölüm oranlarındaki azalmayla ortalama yaşam süresi artarken nüfusun yaş ortalaması da giderek artmaktadır. Dünya genelinde yaklaşık 1 milyarını 60 yaş ve üzerindeki oluştururken nüfusun yaşlanması, en fazla ülkelerin sağlık harcamalarını ve gelişmişliklerini etkiliyor (<https://www.aa.com.tr> 01.04.22.)

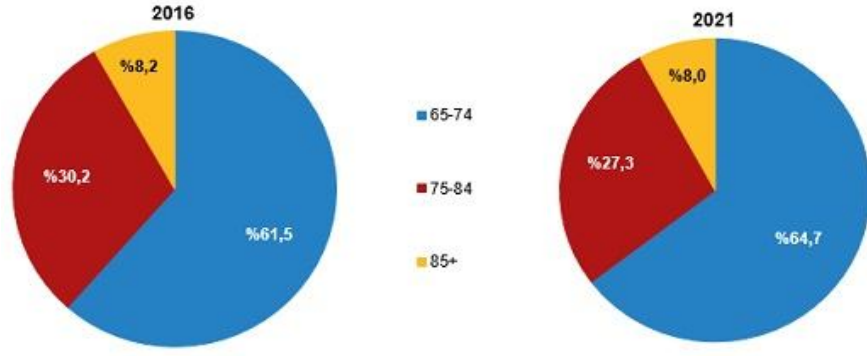
Yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı yüzde 11,9 olan 1,4 milyar nüfuslu Çin, 166 milyonla en fazla yaşlı nüfusuna sahip ülke konumunda bulunuyor. Bu ülkeyi ise 84,9 milyonla Hindistan, 52,76 milyonla ABD ve 35,58 milyonla Japonya takip ediyor. Afrika kıtası en düşük yaşlı oranlarına sahip bölge olarak öne çıkarken Orta Afrika Cumhuriyeti 54,36 yıllık ortalama yaşam süresinin en düşük olduğu ülke oldu (<https://www.aa.com.tr> 01.04.22.)

Nüfus değişken bir alandır. Yaşadığımız yüzyılda ülkelerde ve bölgelerde doğum ve nüfus oranlarında ciddi değişiklikler olmaktadır. Ayrıca küresel nüfus giderek yılda 80 milyondan fazla büyümeye devam etmektedir (<https://www.aa.com.tr> 01.04.22.)

2.3.2. Türkiye’de Yaşlılık

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldi. Yaşlı nüfusun 2021 yılında %44,3'ünü erkek nüfus, %55,7'sini kadın nüfus oluşturdu (TÜİK 2021).

Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10,0'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Türkiye'de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış gösterdi(TÜİK 2021).



Grafik 2.1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2080.

Kaynak: TÜİK Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000; TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2020; TÜİK 2018 Nüfus Projeksiyonları, 2025-2080.

Ayrıca TÜİK 2021 verilerine göre:

- Türkiye, yaşlı nüfus oranına göre sıralamada 167 ülke arasında 68. sırada yer aldı.
- Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il Sinop oldu.
- Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il ise ile Şırnak oldu.
- Yaklaşık her 4 haneden birinde en az bir yaşlı fert bulunduğu görüldü.
- Türkiye'de 1 milyon 561 bin 398 yaşlının tek başına yaşadığı görüldü.
- Tek kişilik yaşlı hane halkı oranının en yüksek olduğu il Burdur oldu.
- Tek kişilik yaşlı hane halkı oranının en düşük olduğu il Hakkari oldu.
- Türkiye'de 100 yaş ve üzerinde 5 bin 859 yaşlı olduğu görüldü.
- Eğitimli yaşlı nüfus oranı arttı.
- Eşi ölmüş yaşlı kadınların oranı, eşi ölmüş yaşlı erkeklerin oranının 4 katı oldu.
- İnternet kullanan yaşlı bireylerin oranı 4 kat arttı.

Bu veriler dikkate alındığında yaşlı nüfus oranı artarken çocuk ve genç nüfusun oranının azaldığı öngörülmektedir. Ülkemiz oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus oranına sahip olsa da yaşlı nüfus sayısı oldukça fazladır (TÜİK 2021).

2.4. Yaşlılıkta Temel Sorunlar ve Dağılımlar

Sağlık hizmetlerindeki ve sağlık sektöründeki teknolojik gelişmelerle birlikte toplumun öğrenim seviyesinin yükselmesinin yaşam koşullarına yaptığı olumlu katkılar yaşlı nüfus oranını arttırmaktadır (Öztop ve ark. 2008). Özellikle son elli yılda gözle görülür şekilde yaşanan bu değişime katkı sağlayan faktörlerden birisi de hastalıkların sağ kalım sürelerinin sağlık bilimlerindeki gelişmelere paralel bir şekilde artmış olmasıdır (Atagün ve ark. 2011). Bu değişimin yaşam süresine getirdiği olumlu katkılar dolayısıyla yaşlı nüfus oranının artışına bağlı olarak toplumsal sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Öztop ve ark. 2008; Atagün ve ark. 2011).

İnsanlar doğumdan itibaren yaşın ilerlemesiyle birlikte bir dizi problemi de beraberinde getirmektedir. İleri yetişkinlik dediğiniz yaşlılık dönemi fiziksel, psikolojik ve zihinsel kayıpların yaşandığı bir dönemdir. Diğer yandan yaşın ilerlemesiyle beraber yaşlının bakım, ekonomik, psikolojik, sağlık gibi sorunlarla karşılaşma ihtimalide yükselmektedir. Yaşlılık döneminde karşılaşılan sorunlar bir diğerini ortaya çıkardığından bu dönemde ortaya çıkan sorunları çok keskin çizgide kategorize etmek mümkün değildir (Çapan 2016).

2.4.1. Bakım Sorunlar

Bakıma muhtaçlık: bedensel, ruhsal ve zihinsel nedenlerle günlük yaşamda alışagelmış ihtiyaçlarda bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktır. Yaşlılık dönemi bakıma muhtaçlığın olduğu dönemlerden biridir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte insanların yaşam süresi uzamıştır. Yaşlı nüfus popülasyonunda ve yaşlılıkta görülen hastalıkların sayısında da bununla birlikte artış görülmüştür (Baran 2005).

Toplumumuzda bakıma muhtaç yaşlıların bakımı genellikle aile bireyleri tarafından sağlanmakta, gerek kültürel gerek ise dini ve manevi unsurların toplumda oluşturduğu yönlendirmenin etkisi ile bu bir zorunluluk olarak düşünülmektedir (Sütçü 2015). Ancak geniş aileden çekirdek aileye geçişle beraber aile yapısının ve işlevlerinin değişmesi sonucunda bakıma muhtaçlık sorunu sadece ailenin üstlendiği sorun değil toplumu ilgilendiren bir sorun haline gelmiştir (Danış 2004).

Özellikle kadınlarımızın aktif çalışma hayatında olması bireysel ve rahat yaşama isteği yaşlıya bakacak eşlik edecek birinin olmaması aile içinde büyük bir sorun olmaya başlamış ve yaşlı bakımı konusunda kurumsal hizmetlere ihtiyaç duyulmaya başlamıştır (Sütçü 2015).

Yaşlı bireyler kişisel ve temel ihtiyaçlarını karşılamayacak kadar yaşlandıklarında huzurevinde kalmayı tercih etmelerinin en önemli nedenleri öncelikle çocuklarına yük olmayı istememeleri diğer nedenleri ise çocuklarının birlikte yaşamayı istememeleri ve huzurevlerindeki imkânların daha iyi olmasıdır (<https://www.aile.gov.tr/30.03.2022>). Yaşlıya verilmesi gereken bakımın çok yönlü olması, bakımın fiziksel ve tıbbi yönlerinin yanı sıra sosyal ve psikolojik yanlarının da ihmal edilmemesi ve farklı disiplinlerden uzmanların bulunduğu bir takım tarafından izlenmesi gerekmektedir (Aközer ve ark. 2011). Sağlık çalışanının yaşlılık ve hastalıklar hakkında eğitim ve bilgisi, yaşlıya yönelik negatif tutum ve davranışlar yaşlının bakım kalitesini etkileyebilmektedir (Aşiret ve ark. 2015).

2.4.2. Ekonomik Sorunlar

Yaşlılık sürecinde bireyleri zorlayan biyolojik, fizyolojik ve psiko sosyal açıdan meydana gelen kayıplara paralel olarak başka sorunlara yol açan sorunlardan biri de ekonomik sorunlardır. Gelir durumu yaşlının yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Herhangi bir maddi kaynağı olmayan yaşlıların ekonomi sorunları daha çok yaşadığı görülmektedir ve ekonomik olarak bunalmalarına ve problemlere neden olmaktadır. Yaşlılar en temel gereksinimlerini beslenme, barınma ve ulaşım vb. bile karşılamada güçlük çekebilmektedir (Türkan ve Sezer 2017).

Ekonomik sorunlar sonucunda meydana gelen değişiklikler yaşlılık döneminde yoksullaşmaya, kendini işe yaramaz hissetmeye, işsizlik sorunu sağlık problemleri gibi arka arkaya birbirini tetikleyen durumlara neden olmaktadır ve yaşlı bakıma muhtaç bir birey haline gelebilmektedir (Kurt 2008).

2.4.3. Psikolojik Sorunlar

Artan yaş ile birlikte bireylerin psikolojik olarak da değişiklikler yaşadığı görülmektedir. Eskiye kıyasla yaşlanan bireyler daha hassas ve alıngan yapıya sahip olmaktadır. Etrafındaki olaylardan fazla etkilenirler ve fevri agresif davranışlar sergileyebilirler (Akın 2006).65 yaş ve üstü bireylerde depresyon, kaygı bozukluğu, bilinçte bulanıklık, ölüm korkusu, yeni durumlara uyum sağlayamama, eskiye aşırı

bağlılık, içine kapanıklık, yersiz ve aşırı iyimserlik ya da endişe yaşlılıkta sıklıkla görülmektedir (Arpacı 2005).

Ayrıca Alzheimerlı yaşlılarda psikiyatrik ve davranışsal semptomlar daha sık görülmektedir. Özellikle kaygı, depresyon, agnozi, kişilik değişiklikleri, hezeyanlar, halüsinasyonlar, huzursuzluk, ağlama, amaçsız gezinme, afazi, peşinden ayrılmama, apraksi sıklıkla görülmektedir (Kulaksızoğlu 2009).

Yaşlı bireylerde ileri yaşa bağlı meydana gelen psikolojik değişiklikler yaşlılarla birlikte bakım veren bireylerinde günlük hayatını, çalışma dünyasını, bağımlılıklarını ve çevreleriyle kurulan iletişimini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca yaşa bağlı psikolojik değişikliklerin nedeninde sadece yaş etkili değildir. Çevre şartları, yaşam şekli ve stresle baş etme şeklide yaşa bağlı psikolojik değişikliklere neden olmaktadır (Karakaş ve Durmaz 2017).

Bireyin yaşlılık sürecinde ve yaşlanmanın getirmiş olduğu zorluklara karşı sorunlarla baş etmesinde sosyal-ekonomik durumu sosyal destek sistemlerinin (özellikle aile üyeleri, arkadaş, akraba) iyi olması süreci kolaylaştırmaktadır (Atchley 1976). Bu yüzden yaşlı bireyin çevresiyle irtibatını koparmamak yaşlının bu süreci baş etmesini olumlu yönde etkilemektedir.

2.4.4. Sağlık Sorunları

Yaşlılık beraberinde birtakım dezavantajları ve fizyolojik değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi ile sağlıklı bir birey olmak birbiriyle doğrudan ilişkili durumlardır (Arpacı 2005).

Yaşlılık döneminde artış gösteren hastalıkların ve problemlerin başında demans, görme ve işitme problemleri, beslenme bozukluğu, düşme, uyku problemleri, kemik erimesi, idrar yolu enfeksiyonları, şeker, tansiyon, zihinsel yetersizlikler, bası yaraları, hareket kısıtlılığı, organ yetmezliği gibi durumlar gelmektedir. Yaşı 65 ve üstü bireylerin %80'inden fazlasında en az bir ya da birden fazla tanı konulmuş hastalığı bulunmaktadır (Danış 2004). Ayrıca Alzheimer hastalığı kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra ekonomik maliyeti yüksek bir hastalıktır (Atay 2014).

2.5. Demans Hastalığı

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artma eğilimi gösteren yaşlı nüfus popülasyonundaki artış beraberinde yaşlılıkta görülen hastalıkların sayısını da artırmıştır. Araştırmalarda ilerleyen yaşla birlikte demans hastalığının da her geçen gün artış göstereceği beklenmektedir.

Demans, beyindeki hücrelerin işlevlerinde bozulma ya da değişiklikler meydana geldiğinde ortaya çıkan semptomlar topluluğuna verilen hastalıktır ve zihnin sonradan yitilmesi anlamına gelen terimdir (Tatar 2002). Demans hastalığı, özellikle yaşlı bireyleri etkilemekle birlikte temelde yaşlanmanın normal bir süreci değildir (Aydın 2018).

Demans unutkanlığın ön planda gittiği zihinsel bozulmaların başladığı birçok hastalığın genel adıdır. Ancak her unutkanlık yaşayan bireyde demans hastasıdır diyemeyiz çünkü zaman zaman herkes unutkanlık yaşayabilmektedir. Demans hastalarda unutkanlıkla karakterize olduğundan genellikle yaşlanmanın zihinsel semptomları olarak görülmektedir. Ayrıca unutkanlığın Parkinson, depresyon ve yaşlılık gibi birçok nedeni olabilir (Kumral 2015).

Yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşılaşılan demans hastalığının, genellikle 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaklaşık %5'inde demansiyel belirtilerin başladığı kabul edilmekte olup yaşla birlikte artan bu oranın, 80 yaş ve üzeri gruplarda %20 nispetlerine ulaştığı raporlarda yer almaktadır (Alzheimer's Association 2017).

Her yaşta görülebilir ancak yaşlılarda görülme sıklığı daha yüksektir. Özellikle beyin hastalıklarının ve diğer kronik hastalıkların demans hastalığının zemin oluşturduğu düşünülmektedir (Tezer ve ark. 2007). Demans aslında yaşlılığın getirdiği bir olgu olmayıp anormal beyin süreçlerinin bir sonucudur (Peterson 2004). Demans kronik ve genel olarak ilerleyici nitelikte olup, zihinsel işlev alanlarından en az iki tanesinin bozulması ile günlük işlevlerini yapamayacak hale gelmesi durumudur (Emre 2006). Bu belirtiler; bellek, konuşma, dikkat, görsel algı bozukluğu ve muhakeme güçlüğüdür. Demans her bireyde farklılık gösterebilir ancak hastalığın ilerlemesiyle hastaların çoğunda benzer semptomlar görülmeye başlamaktadır (www.acıbadem.com.tr/18.10.2020).

Demans birçok nedene bağlı olarak oluşmaktadır. Alzheimer hastalığı, demans vakalarının yaklaşık %50-70 oluşturur. Vasküler demans, frontotemporal demans sık görülen demans türlerindedir(Selekler 2010). Elde edilen verilere göre AH ve diğer demanslar 2019 da dünya çapında 7.sırada gelen ölüm nedenlerindedir (WHO 2020). İleri yaş hastalıkların biri olan bir halk sağlığı sorunu olan demansın artması sağlık, sosyal, ekonomik ve politik sorunları da beraberinde getirdiğinden araştırılması gereken bir konudur (ağlar 2019). Ayrıca Alzheimer hastalığı kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra ekonomik maliyeti yüksek bir hastalıktır (Atay 2014).

2.5.1. Demans Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-V) göre demans sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir (Keleş 2018):

- Alzheimer Hastalığı
- Lewy Cisimcikli Demans
- Frontotemporal Lobar Dejenerasyon
- Vasküler Demans
- Parkinson Hastalığı
- Huntington Hastalığı
- Travmatik Beyin Sarsıntısı
- Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Demans
- HIV Enfeksiyonuna Bağlı Demans
- Prion Hastalığına Bağlı Demans
- Diğer Medikal Hastalıklara Bağlı Demans
- Çoklu Etiyolojilere Bağlı Demans şeklinindedir.

Ayrıca bu demans türleri dışında yaşlı bireylerde bilişsel bozulmalar ve konfüzyon oluşturan demans ile karıştırılan durumlarda görülmektedir. Bunlar tedavi edilebilen ve geçici durumlar; enfeksiyon veya deliryum depresyon dehidratasyon, beslenme yetersizliği, ilaçların yan etkisi veya yanlış kullanımı, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarında bozulma, diyabet, bazı mineral ve vitaminlerin eksiliğidir (James ve Jacman 2017).

2.5.2. Alzheimer Hastalığı

Alzheimer Hastalığı (AH) beyinde bazı bölgelerdeki hasarlanma sonucu nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile birlikte başta hafıza olmak üzere hatırlamayı, konuşmayı ve duyguları etkileyen bilişsel fonksiyonların zaman içerisinde ilerleyerek kaybına neden olan ağır yetersizliklerin söz konusu olduğu geri dönüşü olmayan, kesin nedeni ve tedavisi bilinmeyen, genellikle sinsi başlayan kronik seyir gösteren bir hastalıktır (Öztürk 1994; Kum 1996; Gilleard 2000; Dileköz 2003; Akyar ve Akdemir 2009; Akpınar 2009).

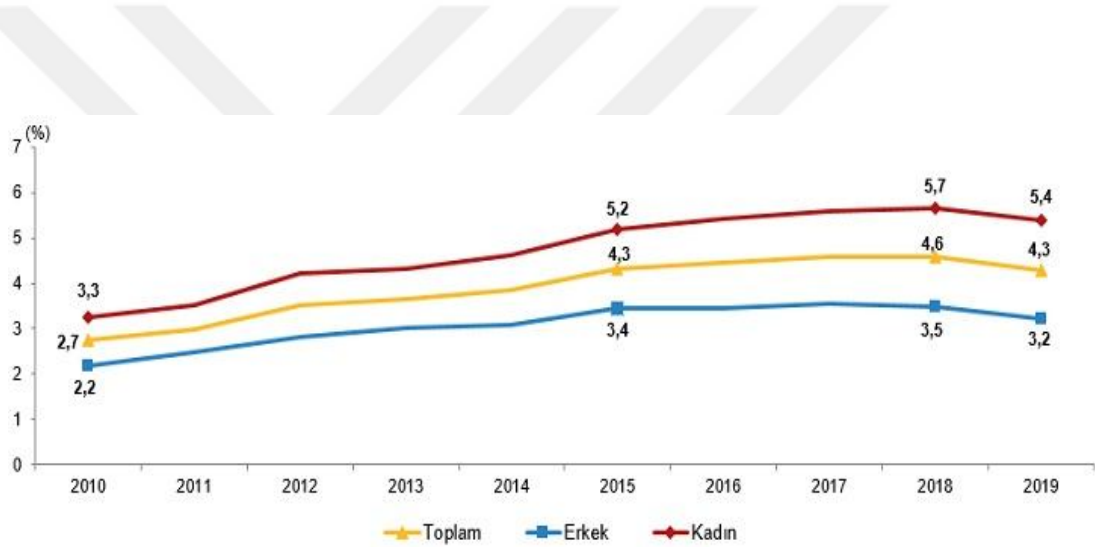
Alzheimer hastalığı da gün geçtikçe sayısı her geçen gün artış gösteren nörolojik bir hastalıktır ve günümüzde bu hastalıkla başa çıkma yöntemleri araştırılmakta ve hastalıkla ilgili çalışmalar her geçen gün önem kazanmaktadır. Nüfus yaşlandıkça Alzheimer hastalığı görülme sıklığı da artacaktır. Alzheimer hastalığı bireyin ve bakanların yaşam kalitesini düşürmektedir. Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü Alzheimer ile ilgili ülkeleri ikaz etmekte ve hastalıkla ilgili çalışmalar yürütmektedir (Taneli 2015).

2.5.3. Alzheimer Hastalığının Tarihçesi

Alzheimer hastalığı ilk olarak Dr. Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. Bu yeni hastalığın semptomlarını ilk defa Frankfurt akıl hastanesinde 51 yaşındaki hastasının uzun süre takibi sonucunda keşfetmeye başlamıştır ancak net bir sonuç elde edememiştir. Hastası bellek problemleri, oryantasyon bozukluğu halüsinasyonlar, uyku bozuklukları, aşırı kıskançlık ve ilerleyici konfüzyon bulgularıyla başvurmuştur. Hastalık ilerledikçe hastada zihinsel ve fiziksel çöküşler ve yüksek beyin aktivitelerinde bozukluklar görülmüştür. Hastanın vefatından sonra hastanın beyin otopsisini incelediğinde beyin dokusunda bir anormalliği fark etmiştir ve yaptığı araştırmada beyin dokusunda senil plaklar ve nörofibril yumak bulgularını elde etmiştir. Bu yumaklar ve plaklar hastalığın tanıtıcı işaretleridir. Bu plaklar ve yumaklar beyinde ciddi yapısal hasara ve beyin fonksiyonlarında bozulmaya yol açar. Dr. Alois Alzheimer yapılan bilimsel bir kongrede “Serebral Korteksin özgün Hastalığı” olarak bugünkü Alzheimer hastalığını paylaşmıştır. Dr. Alzheimer’ın Klinik Şefi Dr. Emil hastalığa “Alzheimer” adını vermiştir (Selekler 2010).

2.4.4. Alzheimer Hastalığının Epidemiyoloji

Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı bağımlılık oranının 2023 yılında %15,2, 2030 yılında %19,6, 2040 yılında %25,3, 2060 yılında %37,5 ve 2080 yılında %43,6 olacağı öngörüldü. Ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre, Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların sayısı, 2015 yılında 12 bin 59 iken 2019 yılında 13 bin 498'e yükseldi. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2015 yılında %4,3 iken bu oran 2019 yılında da değişmedi. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde azalış, kadınlarda artış olduğu görüldü. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2015 yılında erkeklerde %3,4, kadınlarda %5,2 iken bu oranlar 2019 yılında erkeklerde %3,2'ye düşerken, kadınlarda %5,4'e yükseldi (TÜİK 2020).



Grafik 2.2. Türkiye’de Yıllar İtibariyle Cinsiyete Göre Alzheimer Hastalarının Sayı ve Oranları.

Kaynak: TÜİK 2020.

Yaşlı popülasyonun arttığı ülkelerde ciddi sağlık problemlerinden biri demans hastalığıdır. Yaşlı popülasyonun görüldüğü toplumlarda Alzheimer hastalığının dağılımı 65 yaş üstü bireylerde %6-10 iken 85 yaş üstü bireylerde %30-47’dir. Alzheimer hastalığının prevalansı 60 yaşından sonraki yıllarda her 5 senede bir-iki katına çıkar (Selekler 2010). Demans vakalarının dünya genelinde 2015 yılında 46,8 milyona ulaştığı ve bu sayının 2050 yılında 131,5 milyona çıkacağı öngörülmektedir (ADI 2015).

Gelişmiş ülkelerde ve gelişmeye devam etmekte olan ülkelerde demans hastalığı kadınlarda daha çok görülmektedir (Soner ve Aykut 2017). Türkiye’de AH kadınlarda daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Öztürk 2015).

Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde her on kişiden birinde, 85 yaş ve üzerinde ise her üç kişiden birinde demans bulguların ortaya çıktığı bildirilmektedir. Alzheimer hastalığında en önemli risk faktörü yaştır (Yazıcı ve Şahin 2010).

Türkiye İstatistik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı’na ait veriler, Türkiye’de büyük şehirlerde demans görülme sıklığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca ülkemizde demans hastalarının yarısından fazlasının tanı almadıkları düşünülmektedir Bununla birlikte gelecek dönemde tanı almayan birey sayının çok daha fazla olacağı ön görülmektedir (Demans Bakım Modeli Raporu 2017).İstanbul ili gibi büyük şehirlerde yapılan araştırmada 70 yaş ve üzeri yaşlı popülasyonunda demansın Alzheimer çeşidinin görülme sıklığı %11 olarak açıklanmıştır (Gürvit ve ark 2008). Konya il merkezinde yapılan çalışmaya göre hastalığın prevalansının görülme yüzdesi %7,5 olarak tespit edilmiştir (Güngör 2017).

Hastalığın görülme prevalansındaki değişiklik AH başlama yaşı, yaşam kalitesi ve sağlık durumu gibi birçok faktöre göre değişiklik göstermektedir. Hastalık semptomların ortaya çıkmasından itibaren 2 yıldan 20 yıla kadar süresinde değişiklik gösterebilmektedir (Barlas ve Onan 2008).

2.5.5. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörler

Alzheimer hastalığının karmaşık yapısı nedeniyle kesin olarak nedeni ile ilgili araştırmalar devam etmektedir. Özellikle ileri yaş ve hastalığın ailede görülme öyküsü AH için birincil risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Öte yandan hastalık ile ilişkili başka faktörlerin olduğu da ifade edilmektedir(Barlas ve Onan 2008).

Alzheimer hastalığının etiolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (Selekler 2010). Alzheimer hastalığında en önemli risk faktörlerinden birisi yaştır. Yaşın ilerlemesi ile hastalığın popülasyonunda da artış görülmektedir. Genel olarak kabul edilmiş diğer risk faktörleri vitamin B12 eksikliği, düşük gelir seviyesi, beslenme bozuklukları, hipertansiyon, bazı kronik hastalıklar, kadın olmak, menopoz, yaşam şekli, düşük eğitim düzeyi, alüminyum gibi toksik maddelere maruz kalmak gibi çok sayıda risk faktörünün hastalığın meydana gelmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Selekler 2010).

Bu risk faktörlerinden diyabet, hiperlipidemi, artan yaş ve sigara kullanımının AH riskini arttırdığı, Akdeniz diyeti, yeterli folik asit alımı, düşük miktarda alkol alımı, bilişsel ve fiziksel aktivitenin AH riskini azalttığı yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (Bendlin ve ark. 2010).

Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda risk faktörlerinin yanı sıra aynı ülkedeki bölgelerde veya başka yaşam merkezlerinde yaşamının hastalığın görülme prevalansını etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Demans Bakım Modeli 2017).

Bu faktörlerden yaşam şekli gibi bazı faktörler kontrol altına alınabilirken, ileri yaş, cinsiyet, ailede hastalığın bulunması ve genetik geçiş gibi bazı faktörler ise kontrol altına alınamamaktadır (Grabher 2018). Ayrıca Alzheimer hastalığı eğitim seviyesi yüksek bireylerde hastalığın ortaya çıkma olasılığının daha düşük olduğunu ve Apolipoprotein E2 genini taşımak koruyucu bir faktör olarak yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir (Dileköz 2003; WEB_5; Selekler 2010). Bilişsel fonksiyonları artırıcı faaliyetler yapmak veya fiziksel hareketlerin artırılması gibi faktörlerin düzenlenmesi Alzheimer hastalığının ilerlemesinde veya erken yaşta görülmemesinde etkili olabileceği tahmin edilmektedir (Van der Linden 2018).

2.5.6. Alzheimer Hastalığı Tanı ve Klinik Tablo

Alzheimer hastalığında kesin tanı biyopsi ve otopsi ile beyin dokusunun mikroskopik olarak incelenmesi sonucu koyulabilmekte olup klinik olarak hastadan ve ailesinden alınan hasta hikâyesi, fizik ve nörolojik muayene nöropsikolojik değerlendirme, görüntüleme teknikleri ve laboratuvar sonuçları ile %95 oranında tanı koyabilmek mümkündür (Işık 2010).

Alzheimer hastalığının erken dönemdeki başlangıçta görülen klinik belirtileri zihinsel bellek fonksiyonlarında bozulmalardır. Alzheimer hastalığının ilerleyen aşamalarında dikkat ve yürütücü fonksiyonlarda bozulmalar, düşünce ve davranış bozuklukları ve görsel işlevselerde bozulmalar gibi başka kognitif alanlarla ilgili işlev fonksiyonlarında bozulmalarda klinik olarak karşımıza çıkmaktadır. Semptomların ortaya çıkma sürelerinin hastalarda farklılık gösterdiği yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir (Çınar 2012).

Alzheimer klinik tanısında kullanılan iki tanı ölçütü vardır. Bunlar DSM-IV ve NINCDS-ARDRA ölçütleridir. DSM-IV ölçütü genel anlamda demans tanımı kriterlerine göre tanımlanmıştır (Hanağası 2010).

Bu ölçütler kullanılarak bireylerin AH klinik seyri semptomları hastalığın değerlendirilmesi yapılabilmektedir (Baysal ve ark. 2003).

Alzheimer hastalığının klinik seyri aşağıdaki gibidir:

1. Presemptomatik Evre
2. Preklinik Evre
3. Erken Şüpheli Alzheimer
4. Hafif Evre
5. Orta Evre Alzheimer
6. Ağır Evre

Presemptomatik Dönemi: Bu evrede herhangi bir semptomun olmadığı beyindeki tahribatın başladığı (patolojik incelemelerde amiloid plaklara rastlaması) sonucunda ortaya konulmuştur (Caselli ve Reiman 2013).

Preklinik Dönemi: Bu evrede birey günlük yaşamına sorun olmadan devam ettiği dönemdir AH tanısı alıracak bir durum yoktur (Albert ve ark. 2013).

Erken Şüpheli Alzheimer: Bu evrede yaşam faaliyetlerini etkileyecek derecede bir bozulmanın klinik olarak saptanabildiği birey ve aile üyelerinin hafif unutkanlıktan bahsettiği dönem (Galvin ve ark. 2005)

Hafif Evre: Bu evrede uzak bellek genelde etkilenmemekle birlikte kısa süreli bellekte kayıp ön plana çıkmaktadır. Erken evre Alzheimerlı bireyler daha önce bildiği bireylerin ya da eşyaların isimlerini hatırlamada zorlanabilir. Objeleri yanlış yere koyabilir, zaman ve yerle ilgili soruların veya açıklamaların tekrarını isteyebilir. Soyut düşüncede, hesap yapmada koruma yeteneklerinde güçlükler yaşayabilir (Tarawneh ve Holtzman 2012).

Orta Evre Alzheimer: Genellikle tanı konulan evredir. Uzun süreli bellekte bozulmalar başlar. Birey günlük işlerinde başkalarının yardımına ihtiyaç duyar. Alzheimerli hasta bu evrede yakın çevresinin hatta kendi ismini bile unutabilir. (Tarawneh ve Holtzman 2012).

İleri Evre (Ağır Evre): Ağır evre Alzheimerlı hastada anlamlı cümleler kaybolur. Sözel ve motor becerilerinde ciddi düşüşler görülür. Yatağa bağımlı hastalarda öz bakım gereksinimlerinde de (tuvalet, yemek yeme ve banyo) bağımlı

hale gelmektedirler. Enfeksiyonlara daha yatkın haldedirler. Akciğer ya da başka bir enfeksiyon nedeniyle hayatlarını kaybederler. Diğer yaygın olarak görülen ölüm nedenleri ise dehidratasyon, beslenme bozukluğu ve düşmelerdir (Yılmaz ve Turan 2007).

Özetle Alzheimerlı hastada erken döneminde basit ve her yaşlı bireyde görülebilen hafif düzeyde unutkanlıklar vardır. Hafızada bilişsel zayıflıklardan yani unutkanlıktan şikâyet ederler. Misal ocağın altını kapatma, anahtarı defalarca unutma, nesnelere yerini hatırlayamama ve kişilikte meydana gelen değişikliklerdir. Bireyler bu değişikliklerin farkında olduğu için depresyona ve anksiyete bu belirtilere eşlik edebilmektedir (Yılmaz ve Turan 2007).

Orta evre unutkanlıklarda hızla artışlar görülmeye başlar. Bu durum bireyde hem davranışsal hem de sosyal sorunlar yaşamasına neden olur. Bu dönemde psikiyatrik bozukluklar (ajite, amaçsız dolanmalar, halüsinasyon) görülür (Kulaksızoğlu 2007).

İleri evrede hasta neredeyse tüm becerilerini kaybetmiştir. Bu evredeki hastaların gün içerisindeki bakım süreleri ve hastalığın bakım gücü artmıştır. Hem hasta hem de aile için hasta için belirtiler daha yıkıcı hale gelmiştir (Cankurtaran ve Arıoğlu 2004).

2.5.7. Alzheimer Hastalığının Patolojisi

Teknolojinin gelişmesi ve ilerlemesi ile beraber kullanılan malzemelere rağmen Alzheimer hastalığının kesin tanısı otopsi ile konulabilmektedir. Alzheimer Hastalığının patoloji bulguları; nörofibriler yumaklar (NFY), senil plaklar (SP), ve tau birikimlerinden oluşurlar. Yapılan birçok araştırmada kolinerjik hücrelerin kaybı da dâhil olmak üzere, kolinerjik sistemin fonksiyon bozukluğu demans için kritik bir rol oynamaktadır (Selekler 2010).

Alzheimer hastalığındaki görüntüleme yöntemleri daha çok hastalığın orta ve ağır evresinde değişiklikleri görüntüleyebilmektedir (WEB_4). Alzheimer hastalığında beyinde oluşan plakların, yumakların sayısı klinik belirtilere paralel bir ilerleme gösterir. Dejenerasyonun büyüklüğü ile demansın şiddetinin ve kognitif bozulmanın doğru orantılı olduğu belirtilirken, bazı kaynaklarda sadece yumak sayısı ile paralel olduğu ifade edilmektedir (Kesken 1995; İnce 2008).

2.5.8. Alzheimer Hastalığının Tedavisi

AH hastalığının tedavisiyle ilgili araştırmalar devam etmekte olup hastalık sadece hasta üzerinde etkili olmayıp bakım veren üzerinde de ekili olmaktadır. Bu nedenle hastalığın tedavisi düzenlenirken hem hasta hem de bakım verenin yaşam kalitesini artırmak amaçlanmalıdır (Geldmacher 2004).

Hastalık geri dönüşümü olmayan tedavisi bulunmayan bir hastalık olarak görülmektedir. Mevcut tedavi yaklaşımıyla tedavi semptomatik ve hastanın yaşam kalitesini artırıcı özellikle kurulmuştur (Zastrow 2013).

Erken evrede hastalığın varlığı fark edilirse hastalığın seyrini yavaşlatacak evreler arası geçişi yavaşlatıcı tedaviler uygulanmaktadır (Tufan, 2016). Genellikle erken evredeki semptomlar hasta ve aile üyeleri tarafından hastalık sinsi ilerlediği için gözden kaçmakta ilgili sağlık kuruluşuna başvuru yapıldığında hastalığın ilerlemiş olduğu görülmektedir (Geldmacher 2004).

Zihinsel becerileri ve psikolojik semptomlara yönelik Alzheimer hastalığında iki tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Uygulanan tedavi yöntemleriyle hastalığı tamamen iyileştirmek mümkündür değildir. Kognitif fonksiyonları sürdürmek ve hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak amaçlanır (Özkay ve ark. 2011).

İlaç tedavisi günümüzde belli ilaçların hastaların uyku problemlerini düzenlemede, huzursuzluğunu ve gerginliğini azaltmada etkili olduğu görülmektedir (Zastrow 2013). Kullanılan ilaçların hastalığın hızını kesmede ve hastalık semptomlarını azaltmada etkili olduğu düşünölmektedir. Demansta her belirti ilaçla tedavi edilecek diye bir kural yoktur. Ancak ilaç tedavisine başlamadan önce hastanın semptomlarına ve semptomlara eşlik eden durumlar göz önüne alınarak ilaç seğimi yapılmalıdır (Eker 2008).

Alzheimer hastalarının hafif evre ve orta evrede etkili olduğu bilinen ve sıklıkla kullanılan asetilkolinesteraz inhibitörleri kognitif fonksiyonları sürdürmede ve hafızayı güçlendirmede yarar sağlayan ilaçlardır. şu an kullanımda olan donepezil, memantin, rivastigmin ve galantamin Alzheimer tedavisinde kullanılan ilaçlardır (Marucci ve ark. 2020).

Nonfarmakolojik tedavi Alzheimer riskini azalttığı ileri sürölmektedir. Nonfarmakolojik tedaviler arasında hafıza eğitimi destek tedavisi, beslenmenin düzenlenmesi, egzersiz tedavisi, sosyal uyarılma aile ve bakıcı eğitimi gibi konuları

kapsayan uygulamalardan oluşmaktadır (Lök ve Buldukoğlu 2014). Bu yöntemlerle Alzheimer bireylerin yaşam kalitesini arttırmak uyku sorunları, ajitasyon, saldırganlık, anımsama gibi davranışsal belirtileri azaltmak ve bakımı desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (Fargo ve Bleiler 2004).

Nonfarmakolojik yöntemlerle Alzheimerlı bireyin fiziksel sağlığının iyileştirilmesi ve semptomları azaltmak, bağımsızlığı artırmak amaçlı tercih edilmektedir (Goodman ve Fuller 2015).

Ayrıca AH tedavisinde 4 çeşit terapi yaklaşımı vardır(Özdemir 2007).

Davranış merkezli terapi: saldırganlık, ajitasyon gibi davranışsal problemlerin nedenleri belirlenerek gerekli çevresel koşulların düzenlenmesidir.

Uyaran merkezli terapi: hastanın kognitif, psikolojik ve işlevsel durumunun iyileştirilmesinde çeşitli aktivitelerin kullanıldığı durumdur.

Duygu merkezli terapi: psikososyal müdahalelerden biridir çeşitli materyaller kullanılarak (resim, müzik vb.) bireyin hafıza ve ruhsal durumuna çağrışım yapmak hedeflenmektedir.

Biliş merkezli terapi: kognitif işlevselliğin artırılması için yapılan tedavi nesnelerin sürekli tekrarı, önce tanıdığı bireylerle görüştürülmesi yapılmaktadır (Özdemir 2007).

Ayrıca aromaterapi ve fiziksel egzersizlerde uygulanmaktadır.

Aromaterapi terapi: bitkilerden elde edilen yağların kullanımını barındıran bir nonfarmakolojik uygulamadır. Yapılan araştırmalarda demans tanısı almış hastaların davranışsal fonksiyonlarındaki bozukluklarını dengelemek, uyku problemlerini düzenlemek ve hastaların olumlu yönde motive etmek için kullanılmıştır((Holt ve ark. 2003).

Alzheimer hastalığının önlenmesinde fiziksel egzersizlerin risk faktörleri üzerinde (obezite, hipertansiyon inme, diyabet) etkin olduğu yapılan birçok çalışmanın sonucunda ortaya konulmaktadır (Chen ve ark. 2016).Ayrıca Alzheimer tanısı almış bireylerde egzersizler bilişsel fonksiyonlarda düzelme, nöropsikiyatrik belirtilerde azalma ve gerileme gösteren günlük aktivitelerde yararlı olduğu belirtilmiştir. Yapılan egzersizin kullanılan ilaçlara göre yan etkisinin daha az olduğu ve yapılabiliğinin mümkün olduğu ifade edilmiştir (Cass 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Hemşirelerin yaşlı ve Alzheimer hastalığı süreci konusundaki farkındalıklarını, bilgi düzeylerini tespit etmektir. Özellikle Alzheimerlı yaşlılara hizmet veren kurumlarda Alzheimerlı yaşlının hastanede ve kurumda bakım veren hemşirelerin sorunlarını, psikolojik, ekonomik, sosyal ve bakım ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçları hemşirelik uygulamasında çözüm üretmek ve bakım yüklerinin azaltılması için stratejiler geliştirmek amaçlanmıştır. Ayrıca hemşirelere yönelik yaşlılık ve Alzheimer hastalığı sürecine ilişkin kurs, seminer ve sertifika programları gibi hizmet içi mesleki eğitim programlarının planlanması ve literatüre benzer araştırmalara katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Ek olarak Alzheimer hastalarına gündüz bakım veren merkezlerin önemini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Bu araştırmanın önemi Alzheimerlı yaşlıların, ailelerinin ve bakım veren bireylerin ihtiyaçlarına cevap verebilecek, onlar için düzenlenecek politikalarda önemli rol oynayabilecek hemşirelerin yaşlı ve Alzheimer hastalığına bakış açılarını ölçmek bu hastalığa karşı farkındalıklarını artırarak gelecekteki çalışmalara ışık tutmaktır. Bu nedenle çalışmanın yaşlılık alanında da hizmet veren hemşireler üzerinde yapılmış olmasının, Alzheimerlı yaşlıya bakım alanındaki ihtiyaçların belirlenmesi ve hizmetlerin gelişmesine öncülük edeceği açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

“Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı Algısı (Konya Numune Hastanesi Örneği) başlığıyla hazırlanan bu çalışma Alzheimerlı yaşlıya bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları sorunların neler olduğu ve bu sorunlara hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde çözümler getirebilmek amacıyla ele alınmıştır.

Araştırma Konya Numune Hastanesi'nde çalışan hemşireler ile görüşme formu ile yüz yüze yapılmıştır. Araştırma kapsamında literatür taranmış, konu ile alakalı çalışmalar incelenmiş ve araştırmanın sorunları belirlenmiştir. Araştırmanın sorunları belirlendikten sonra sorunları ortaya çıkarabilecek sorunların belirlenmesi

ve çalışmanın nitelikli olabilmesi adına görüşme soruları detaylandırılarak oluşturulmuştur.

Mülakat sorularının hazırlanmasında hemşirelerin karşılaştığı sorunlara yönelik 6 çeşit soru grubu oluşturulmuştur.

- Demografik Bilgiler
- Hastalıkla İlgili Bilgiler
- Bakım İle ilgili Bilgiler
- Mevcut Bakım Hizmetleri İle İlgili Bilgiler
- Alzheimer Hasta Yakınları İle İlgili Bilgiler
- Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi İle İlgili Bilgiler

Araştırma verilerinin daha verimli ve sağlıklı olması amacıyla nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Nitel araştırmalarda çalışmacılar küçük örneklemle katılımcı bireylerin gerçek hayattaki tecrübelerini görüşme yoluyla ya da gözlemlerle belirlemeye çalışırlar. Araştırmanın verileri içerik analiz yöntemi ile çözümlenmesi hedeflenmektedir. İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirlerine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirerek, anlaşılır biçimde organize etmek ve yorumlamaktır. Bu amaçla toplanan verilerin önce kavramsallaştırılması, daha sonra da ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlenmesi ve buna göre veriyi açıklayan temalar saptanacaktır. Fenomenoloji çalışmaları hem teorik hem de pratik olarak yararlı bilgiler sunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

3.4. Araç ve Gereçler

Nitel araştırma kapsamında yapılmış görüşme formu Prof. Dr. Figen GÜNEY ve Doç.Dr.Süleyman Barbaros YALÇIN, Doç.Dr Mehmet UYAR tarafından yapılan ilavelerle hemşire ,yaşlı, gündüz bakım merkezi ve Alzheimer hastalığında önemli konular hesaba katılarak hazırlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ele alınan bu çalışmanın evreni Konya Numune Hastanesidir. Araştırmaya dahil edilen katılımcılara birimler, yoğun bakım üniteleri, klinik servisler, polikliniklerden ulaşılmıştır. Bu kişiler ile yüz yüze görüşmeler yapılmış ve görüşmeler ses kaydı ile kayıt altına alınmıştır. Bu bağlamda Konya Numune

Hastanesi'nde çalışan 10 erkek ve 10 kadın olmak üzere 20 hemşireye ulaşılmıştır. Çalışmadaki katılımcı hemşireler, erkekler için; E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 kadınlar; K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10 kısaltmaları kullanılmıştır.

Örneklem grubunun taşınması gereken özellikler;

- Konya Numune Hastanesi 'de hemşire olarak çalışıyor olması,
- En az 1 yılın üzerinde çalışma deneyiminin olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Konular

Araştırmanın öncesinde etik kurul onayı, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Klinik Araştırmalar kurulundan onay alınmıştır. Araştırmaya katılan kurumdan Konya Numune Hastanesinden onay alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid-19 salgını nedeniyle görüşmecilerin uzun süreli yüz yüze olmasını reddetmesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Görüşme yapılan kişilerin çoğunluğunun Alzheimerlı bireye bakım vermemeleri görüşmeleri istenilen düzeyde olamayışı araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Yapılan araştırmanın başka şehir ve kültürleri yansıtmıyor olması, görüşme yapılan kişilerin görüşmeleri sadece hastane ortamında kabul etmesi bu durum işleyiş aksaklığına neden olabileceğinden dolayı istenilen uzunlukta ve derinlikte olmayışı araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edileceği için çoğu hemşirenin görüşmeyi kabul etmemesi araştırma sınırlılıklarındandır.

3.8. Araştırmanın Hazırlığı

Araştırmaya başlamadan önce yardımcı araştırmacı olarak problemi doğru belirlemek ve tanımlamak amacıyla kamuya ait hastanede gözlem yapılmıştır. Alzheimer Hastalığı alanında yüksek lisansa devam eden ilk hemşire olarak yaşlı ve Alzheimer çalışmalarını güncel olarak bakımın kalitesi yaşlı ve Alzheimerlı bireyleri doğrudan etkilediği için araştırma hazırlığı yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu başlık altında yapılan saha araştırması ile ilgili veriler analiz edilmiştir. Bu bölümdeki başlıklar katılımcıların sosyo-demografik bilgileri, hastalık ile ilgili bilgiler, bakım ve mevcut destek bakım kurumları, Alzheimerlı hasta yakınları ve Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi ile ilgili bölümlerden oluşmaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu çalışmada örneklem olarak Konya Numune Hastanesi seçilmiş olup, katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Araştırma çerçevesinde ulaşılan katılımcıların farklı birimler görmeleri, çalışma yılları ve yaşam şekline sahip olmaları araştırmanın çeşitliliği yansıtması adına dikkat edilmiştir. Bu başlık altında katılımcıların yaş, eğitim, cinsiyet, çalışma şekli, çalışma yılı, aile türü, şimdiye kadar 65 yaş ve üstü bireylerle yaşama durumu, çalıştığı birim, işinden memnun olma durumu ,yaşlılığı algılama, ileride Alzheimer hastası olmaktan korkma durumu, ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalık durumu ,bakım verme eğitimi, ilgili bulgulara yer verilmiştir.

4.1.1. Katılımcıların Yaş Dağılımları

Çalışma kapsamında bütün yaş gruplarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Böylelikle görüşmelerde verilen cevapların tekrarlayıcı, benzer cevaplar olmasının ve araştırmanın güvenilirliğini azaltmasının önüne geçilmek istenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Yaş Dağılımları.

Yaş grubu	Sayı	Yüzde
25-35	10	%50
36-45	6	%30
46-55	4	%20
Toplam	20	%100

Tablo 4.1'e bakıldığında, en yüksek katılımcı oranının % 50 oran ile yaş 25-35 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Akabinde 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındaki katılımcıların ise %50 oranını oluşturdukları belirlenmiştir

4.1.2. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları

Araştırma kapsamında 20 kişi ile görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan hemşireler 10' u erkek 10' u kadın olmak üzere eşit sayıda da hemşireden oluşmaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	10	%50
Erkek	10	%50
Toplam	20	%100

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere hemşirelerin %50 'i kadın ve %50 'i erkek hemşireden oluşmaktadır.

4.1.3. Katılımcıların Eğitim Durumu

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler de hemşirelerin eğitim durumu ile ilgili bilgiler tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Eğitim Dağılımı.

Eğitim durumu	Sayı	Yüzde
Ön lisans	4	%20
Lisans	16	%80
Toplam	20	%100

Tablo 4.3'de görülmekte olduğu üzere eğitim durumu katılımcıların en yüksek %80 oranla lisans mezunları hemşireler olduğu görülmektedir. Katılımcılardan %5 oranla ortaöğretim hemşireliğini ön lisans engelli bakımı mezunu bitiren katılımcı da bulunmaktadır. Araştırma da her eğitim seviyesine ulaşmaya çalışılmıştır.

4.1.4. Katılımcıların Aile Türü

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler de hemşirelerin aile yapılarıyla ilgili bilgiler tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Aile Türü.

Aile Türü	Sayı	Yüzde
Çekirdek	20	%100
Geniş	0	0
Toplam	20	100

Tablo 4.4'de görüldüğü üzere hemşirelerin %100 çekirdek ailede yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

4.1.5. Katılımcıların 65 Yaş Üstü Bireylerle Yaşama Durumu

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler de hemşirelerin şimdiye kadar 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşama ile ilgili bilgiler tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların 65 Yaş Üstü Bireylerle Yaşama Dağılımı.

65 Yaş Üstü Bireyle Yaşama Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	10	%50
Hayır	10	%50
Toplam	20	%100

Tablo 4.5’de görüldüğü üzere hemşirelerin %50 oranla 65 yaş üstü ile yaşama durumu ortaya çıkmıştır.

4.1.6. Katılımcıların Çalıştığı Kurum Durumu

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler de hemşirelerin çalıştığı kurum ile ilgili bilgiler tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Çalıştığı Kurum Durumu.

Çalıştığı Kurum	Sayı	Yüzde
Konya kamu hastanesi	20	%100

Tablo 4.6’da görüldüğü üzere hemşirelerin %100 oranla kamu hastanesinde çalıştığı bilgisine ulaşılmıştır.

4.1.7. Katılımcıların Çalıştığı Birim

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler de hemşirelerin çalıştığı birim ile ilgili bilgiler tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Çalıştığı Birim Durumu.

Çalışma Birim	Sayı	Yüzde
Yoğun bakım	8	40
Klinik servis	8	40
Sağlık destek	4	20
Toplam	20	100

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere hemşireler yoğun bakım, servis ve destek hemşire olarak çalıştığı tespit edilmiştir.

4.1.8. Katılımcıların Meslekte Çalışma Şekli

Çalışma kapsamında 20 hemşire ile görülmüştür. Yapılan görüşmelerde hemşirelerin meslekte farklı klinik ve birimlerde çalıştığı görüşme esnasında en son çalıştıkları birimler esas alınmaya çalışılmıştır.

Tablo 4.8. Katılımcıların Çalışma Şekli.

Çalışma şekli	Sayı	Yüzde
Nöbet	19	%95
Nöbetsiz	1	%5
Toplam	20	100

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi katılımcıların %95 oranında nöbet tuttuğu %5 oranında katılımcının gündüz çalıştığı belirtilmiştir. Ayrıca bir katılımcı hemşirenin hem nöbet hem de nöbetsiz çalıştığı belirlenmiştir.

4.1.9. Katılımcıların Meslekte Çalışma Süreleri

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ve yüzdeler oranlar verilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Çalışma Süreleri.

Katılımcıların Çalışma Süreleri	Sayı	Yüzde
1-4	4	%20
5-9	4	%20
10-15	5	%25
16-20	2	%10
21-25	2	%10
26-30	1	%5
31 ve üzeri yıl	2	%10
Toplam	20	%100

Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %20’si 4 yıl ve aşağısı, %25’i 20 yıl ve üzeri, %75’i 20 yıl aşağısı hemşirelik mesleğini yapmaktadır. Yapılan görüşmede hemşirelik mesleğine yeni başlayan ve uzun yıllardır çalışan hemşirelere ulaşılmıştır.

4.1.10. Katılımcıların İşinden Memnuniyet Durumu

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin meslek ile ilgili tutumlarına yer verilmeye çalışılmıştır.

Tablo 4.10. Katılımcıların İşinden Memnuniyet Durumu.

Çalışma şekli	Sayı	Yüzde
Evet	14	%70
Hayır	6	%30
Toplam	20	100

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi katılımcıların %70 oranında işinden memnun olduğu ifadelerine ulaşılmıştır.

4.1.11. Katılımcıların Yaşlılığı Algılama Durumu

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin yaşlılık ile ilgili tutumlarına yer vermeye çalışılmıştır.

Tablo 4.11. Katılımcıların Yaşlılığı Algılama Durumu.

Yaşlılığı Algılama	Sayı	Yüzde
Olumlu	0	%0
Olumsuz	20	%100
Toplam	20	100

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi katılımcıların %100 oranında işinden memnun olduğu ifadelerine ulaşılmıştır.

4.1.12. Katılımcıların İleride Alzheimer Hastası Olmaktan Korkma Durumu

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin Alzheimer hastalığı tanısı almaktan korkma durumu ile ilgili tutumlarına yer vermeye çalışılmıştır.

Tablo 4.12. Katılımcıların İleride Alzheimer Hastası Olmaktan Korkma Durumu.

Alzheimer tanısı	Sayı	Yüzde
Evet	19	%95
Hayır	1	%5
Toplam	20	100

Tablo 4.12'de görüldüğü gibi katılımcıların %95 oranında Alzheimer tanısı almaktan korktuğunu ifade etmiştir.

4.1.13. Katılımcıların İlaç Kullanmasını Gerektiren Unutkanlığı Olan Hasta Yakını Durumu

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler de hemşirelerin ilaç kullanmasını gerektiren unutkanlığı olan tanığının var mı? Sorusu yöneltmiş olup bu durum ile ilgili bilgilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Tablo 4.13. İlaç Kullanmasını Gerektiren Unutkanlığı Olan Hasta Yakını Durumu.

İlaç Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet var	5	%25
Hayır yok	15	%75
Toplam	20	%100

Tablo 4.13’de görüldüğü üzere hemşirelerin %75 oranla unutkanlık belirtisi olan hasta yakınının olmadığını ifade etmişlerdir

4.1.14. Bakım Verme ile İlgili Kurs

Tablo 4.14. Bakım Verme ile İlgili Kurs Dağılımı.

Bakım Verme ile İlgili Kurs	Sayı	Yüzde
Katılmadım	15	%75
Katıldım	5	%25
Toplam	20	%100

Tablo 4.14’de görüldüğü üzere bakım verme ile ilgili kursa katılımın az olduğu yapılan araştırmada elde edilen bilgiler arasındadır. Katılımcı hemşirelerin %25’lik kısmı yoğun bakım ile ilgili kursa gittiklerini ifade etmişlerdir.

4.2. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.2.1. Hemşirelerin Alzheimer Hastalığı Hakkında Düşünme Teması

Alzheimer Hastalığı hakkında düşünme teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 16 hemşire “hastalığın unutkanlık olduğunu”, 1 hemşire hastalığın demans olduğunu”, 3 hemşire “yaşlılık döneminde bakımın zor olduğu bir hastalık”, olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. Alzheimer Hastalığı Hakkında Düşünceleriniz Nelerdir?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Hemşirelerin Alzheimer Hastalığı Hakkında Düşünme Teması	Demans hastalığı	1	K1: Demans, bunama demek .
	Yaşlılık dönemi bakımı zor hastalık	3	K8: Son dönemlerde yaşlılarda yaygın görülen bakımı ve takibi zor bir hastalık bakım veren kişileri psikolojik yönden kötü etkileyen zor bir hastalık.
	Unutkanlık	16	E8: Unutkanlıkla başlayan herkesi, her şeyi, evini evlatlarını kendini bile unutturan hastalık, ihtiyaçlarını yerine getiremeyecek kadar bakıma muhtaç eden bir hastalık.

Katılımcılardan 1'inin ön lisans engelli bakımı mezunu olması, 2'sinin palyatif bakım servisinde çalışıyor olması 8'inin yoğun bakımda çalışıyor olması ya da çalışma geçmişinin bulunması, 5'inin yakın aile üyelerinde ya da çevrelerinde unutkanlık ve Alzheimer tanısı almış bireylerin olması, 4'ünün hastane sürecinde meslek hayatlarında karşılaştıklarını ifade etmesi hemşirelerin Alzheimer hastalığı hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamıştır.

Tablo 4.15 incelendiğinde elde edilen bilgilere göre katılımcıların çoğunluğu hastalığı ilk belirti olan unutkanlık olarak tanımlamaktadır. Alzheimer hastalığı her bireyde farklı ama benzer seyreden bir hastalıktır. Ayrıca katılımcı hemşirelerin çoğunluğu bakımın yaşlılık döneminde zor olduğunu ifade etmiştir.

4.2.2. Hemşirelerin Alzheimer Hastalığının Belirtileri Teması

Alzheimer hastalığının belirtileri teması 4 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 20 hemşire hastalığın en önemli belirtisinin “unutkanlık olduğunu”, 10 hemşire ek olarak belirtilere “çevreyi tanıyamama olduğunu”, 7 hemşire ek olarak belirtilere “sinirlilik huzursuzluk unutkanlık” 6 hemşire ek olarak belirtilere “günlük faaliyetleri ve ihtiyaçları yerine getirememe” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16. Alzheimer Hastalığının Belirtileri Nelerdir?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer hastalığının belirtileri teması	Unutkanlık	20	K10: Unutkanlık, ajitasyon, huzursuzluk, günlük faaliyetleri yerine getirememe, sinirlilik, adres bulamama. K5: Adres bulamama, evin içinde karıştırma, unutkanlık, yeme alışkanlığında hatırlamama, nasıl yiyeceğini bilememe.
	Çevreyi tanıyamama	10	K3: Unutkanlık, çevreye karşı yabancılaşma. E6: Unutkanlık, aile ve çevreyi tanıyamama, adresi bulamama, hatta günlük gereksinimlerini bile unutuyorlar.
	Sinirlilik, huzursuzluk	7	K7: Unutkanlık, sinirlilik, 40 yıl öncesini hatırlayıp yakın tarihi hatırlamama, kabullenmeme. K4: Unutkanlık, sinirlilik
	Günlük faaliyetleri yerine getirememe, ihtiyaçlarını yapamama	6	E10: Unutkanlık, şaşkınlık, çevreye karşı ilgisizlik, olaylara karşı tepkisizlik, gaitayı tutamama, idrar tutamama, uykusuzluk. E7: Unutkanlık, adres bulamama, yemek yediğini hatırlayamama, aynı soruları tekrar sorma, uyku bozukluğu, hayal görme, eski yaptığı işleri yapamama.

Tablo 4.16 incelendiğinde elde edilen bilgilere göre özellikle katılımcıların hepsi unutkanlığı ön belirti olarak ifade etmiştir. Alzheimer hastalığı her bireyde farklı ama zamanla aynı semptomlarla ilerleyen bir hastalıktır. Özellikle günlük faaliyetleri yerine getirememe ve çevreye uyum sağlayamama, huzursuzluk en çok görülen belirtilerdendir. Ayrıca Alzheimerlı bireylerin zihinlerinin karışıklığı, zaman algısının kayboluşu, kişi, mekan karışıklığı, yeni bilgileri kaydetmeme bireylerin davranışlarında anormallik, inatlaşma, ajitasyon saldırgan davranış göstermeleri hastalığın belirtileri olarak da ifade edilmiştir.

4.2.3. Alzheimer Hastalığının Tanısı Teması

Alzheimer hastalığının tanısı teması 4 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 15 hemşire hastalığın tanısında en çok “nörolojik muayene ve hastalık öyküsü”, 5 hemşire ek tanı koymada “radyolojik tetkikler ve kan tahlilleri olduğunu”, 1 hemşire ek olarak tanı yöntemine “gen taramasını” 1 hemşire tanı yöntemini bilmediğini” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Alzheimer Hastalığının Tanısı Nasıl Konulur?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer hastalığının tanısı teması	Nörolojik muayene ve hastalık öyküsü	15	E4: Nörolojik muayene, hastalık geçmişi, MR, BT, tahliller tetkikler.
	Radyolojik tetkikler ve Kan tahlilleri	5	K9: MR, tomografi kan testleri, sözel testlerle tanı kurur.
	Bilmiyorum, rutin test olabilir	1	E9: Bilmiyorum rutin kan, test, MR olabilir.
	Gen taraması	1	K8: Nörolojik muayene, EEG, BT, MR, hatta kalıtsal olduğu düşünülüyorsa gen taraması olabilir

Tablo 4.17 incelendiğinde elde edilen bilgilere göre özellikle katılımcıların çoğunluğu tanı koymada en çok kullanılan yöntemin nörolojik muayene ve hastalık öyküsünü ifade ederken, tahliller ve radyolojik testler ile tanı konulduğunu ifade eden katılımcı hemşirelerde olmuştur. Katılımcılardan 1 hemşirenin gen taraması ile tanı konulabilir ifadesi 1 hemşirenin kesin tanı yöntemini bilmiyorum ifadesi dikkat çekmiştir. Ayrıca başlangıçta bazı hastalarda Alzheimer belirtileri mevcut olsa da aile ve çevresi bu durumu gözlemediği için veya yaşlılıktan kaynaklandığını düşündüğü için tanı alma süreci gecikebilmektedir

4.2.4. Alzheimer Hastalığından Korunma Teması

Alzheimer hastalığından korunmak mümkün mü teması 2 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 19 hemşire hastalıktan “korunmanın mümkün olmadığını”, 1 hemşire “korunmak mümkün olduğunu”, olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18. Alzheimer Hastalığından Korunmak Mümkün mü?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer hastalığından korunma teması	Korunmak mümkün değil	19	E5: Nörolojik bir hastalık olduğu için sinir hücreleri öldüğünden dolayı mümkün değil. E6: Kesin tedavisi olmadığı için korunmak tam mümkün değil, sadece yavaşlatabiliriz hızını. E1: Kalıtsal olarak meydana geldiğini düşünüyorum. Kalıtsal olarak bir koruyuculuk yok K7: Sebebi bilinmeyen ve net bir tedavisi olmadığı için mümkün değil.
	Korunmak mümkün	1	K10: Korunmak mümkün, sağlık koşulları iyileştirildi teknolojik ilerlemeler ilerledi.

Tablo 4.18 incelendiğinde elde edilen bilgilere göre özellikle katılımcıların hepsi hastalıktan korunmanın mümkün olmadığını ancak evreler arası geçişlerin yavaşlatılabileceğini ya da hastalığın ilerleyiş hızının yavaşlatılabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca literatürde yapılan çalışmaların çoğunluğu katılımcıların ifadelerini desteklemektedir. Katılımcı hemşirelerin bazıları tarafından hastalığın sebebi bilinmemekle birlikte hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı hakkında tahminler bulunmaktadır. Tedavisi henüz bulunmayan hastalığa yönelik asıl amaç hastanın zihinsel becerilerini korunmak ve ilerleyen dönemlerde de hastanın bağımsız olarak hayatını sürdürmesini sağlamak ve hasta ve bakım veren bireyin yaşam kalitesini artırmaktır (Tufan 2016).

4.3. Bakım ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.3.1. Hemşirelerin Alzheimer Hastasına Bakım Sağlarken Karşılaştıkları Zorluklar Teması

Hemşirelerin Alzheimer hastasına bakım sağlarken karşılaştıkları zorluklar teması 7 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 8 hemşire “en çok unutkanlık olduğunu”, 6 hemşire hastaların cevabını aldığı soruları tekrar tekrar sorma, iletişim”, 5 hemşire “ajite olmaları, saldırganlaşmaları”, 4 hemşire “inatlaşma, ikna edememe tedaviyi ret etme” olarak 3 hemşire “uyku bozukluğu” 2 hemşire “idrar tutamama ve gaita ile oynama” 3 hemşire “öz bakım gereksinimlerini yapamama” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.19’de verilmiştir.

Tablo 4.19. Hemşirelerin Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Sağlarken Karşılaştığı Zorluklar Nelerdir?

Tema	Kategoriler	F	Örnek Görüşler
Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Sağlarken Karşılaştığı En Çok Zorluklar Teması	Unutkanlık	8	K5: yemek yemeyi bile unuttukları için sürekli aç olduklarını söylemeleri çevrede hastayı aç bırakma algısı oluşturmaları, olmamış olayları anlatmaları, farklı kişilerle karıştırmaları, kelimeleri unuttukları için ne anlatmaya çalıştığını anlamıyorum.
	Cevabımı aldığı Soruları tekrar tekrar sorma, iletişim	6	E4: sağlık destek ekibinden biri olarak işimi yapacağım zaman aynı hastaya her gün aynı bilgileri tekrarlamak gerekiyor kendilerine eziyet ettiğimizi zarar verdiğimizi sanıyorlar ikna etmekte zorluk yaşıyorum iletişim sıkıntıları oluyor.
	Ajite olmaları, Saldırganlaşmaları	5	E6: ajite oluyorlar, tedaviyi kabul etmiyorlar, zarar göreceklarını düşünüp daha da saldırganlaşabiliyorlar, tedaviye engel olucu davranışlarda bulunabiliyorlar (intra muskuler ve subkutan enjeksiyon ve ağızdan ilaç alımı, işlemlere karşı).

Tablo 4.19. (Devam) Hemşirelerin Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Sağlarken Karşılaştığı Zorluklar Nelerdir?

Uyku bozukluğu,	3	E8: tuvalet ihtiyacı giderme de banyo, uyku, beslenme gibi zorunlu ihtiyaçları yerine getirirken sıkıntılı, zorlayıcı durumlarda kalabiliyorum olmamış bir olayı olmuş gibi anlatıyorlar.
İdrar tutamama ve gaita ile oynama	2	E5: beslenmeye karşı besinleri tükürüyorlar yemek yedirdiğim halde açım ben yemek yemedim diyorlar, bezleriyle uğraşıyorlar uyardığım zaman inkar ediyorlar, iletişim kurmakta yaşamakta güçlük yaşıyorum.
Öz bakım gereksinimlerini yapamama	3	E2: sürekli idrar gaita kaçıрма, ajitasyon bakımı ret etme.

Tablo 4.19 incelendiğinde elde edilen bilgilere göre yapılan görüşmelerde Alzheimer hastalarına bakım veren hemşirelerin en çok unutkanlık problemi ile sorun yaşamalarından, iletişim, ikna etme ve aynı soruları birçok kez cevap vermek gibi durumları sık sık yaşadıklarını ifade edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin Alzheimer hastalarının zaman zaman tedaviyi reddetmek, saldırganlaşma, ajitasyon gibi konularda da problemler yaşadığı verilerine de ulaşılmıştır. Çalışmada hemşirelerden 18’i yukarıda verilen örneklerin ve tabloda gösterilen konulardan en az 1 tanesiyle ilgili sorun yaşadığını ifade ederken, yalnızca 1 katılımcı bakım verirken zorlanmadığını ifade etmiştir 1 katılımcı da tahminde bulunmuştur.

K3 katılımcı hemşirenin bu konuda zorlanmamasına neden olan durumlar düşünüldüğünde bakım noktasında kendini geliştirmiş olması ve yaşlılara bakım sağlarken manevi olarak doyum alıyor olmasının bakım verirken zorlanmamasında etkili olan nedenler arasında sayılabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca yapılan çalışmalarda verilen ifadeleri desteklemektedir. Alzheimer hastalığı ilerleyen yaşla birlikte, nörolojik, fiziksel ve psikolojik açıdan bireyde en fazla yıkıma neden olan hastalıklardan birisidir (Kalınkara 2016). Bu yüzden hem bakım veren bireyler hem de yaşlılar hastalığın ilerleme sürecinde birtakım zorlayıcı, yıpratıcı, psikolojik ve sosyal açıdan problemlerle karşı karşıya kalabilmektedirler (Özer 2010).

4.3.2. Alzheimer Hastasına Tek Başına Bakım Verme Teması

Alzheimer hastasına tek başına bakım verme teması 2 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu

kategorilerden 19 hemşire “Hastane ortamında ekip arkadaşı ve klinik destek”, 1 hemşire” ev ortamında aile üyeleri” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.20’te verilmiştir

Tablo 4.20. Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Sağlarken Tek Başına mı Bakım Veriyorsunuz?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Hastasına Tek Başına Bakım Verme Teması	Hastane ortamında ekip arkadaşı ve klinik destek	19	E4: klinik destek, stajyer öğrenci, ekip arkadaşım varsa aile üyesi ile.
	Ev ortamında aile üyeleri	1	K5: aile üyeleri anne baba kardeşlerim.

Tablo 4.20 incelendiğinde elde edilen bilgilere çalışan hemşirelerin çoğunluğun hastane ortamında hastalara bakım verirken destek aldıkları gözlenmiştir. Ayrıca evde bakım veren hemşirelerinde aile üyelerinden destek aldığı görülmektedir. Klinik servislerde bakım veren hemşireler refakatçi olarak aile üyeleri varsa destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle hasta yakını bulundurmayan birimlerde klinik destek ve diğer çalışanlardan yardım alındığı elde edilen verilerdendir.

4.3.3. Bakım Verdiğiniz Hastaların Tanı Konulmuş Başka Hastalıklar Teması

Bakım verdiğiniz hastaların tanı konulmuş başka hastalıklar teması 9 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 16 hemşire “Tansiyon”, 12 hemşire “Şeker hastalığı”, 6 hemşire “Kardiyovasküler hastalıklar”, 4 hemşire “Psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar”, 4 hemşire “Sindirim sistemi hastalıkları”, 5 hemşire “Kas ve iskelet hastalıkları”, 6 hemşire “Duyu organları hastalıkları”, 10 hemşire “Akciğer hastalıkları”, 1 hemşire “başka hastalığı yok/bilmiyorum” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21. Bakım Verdiğiniz Hastaların Tanı Konulmuş Başka Hastalıkları Var mı?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Bakım Verdiğiniz Hastaların Tanı Konulmuş Başka Hastalıkları Teması	Tansiyon	16	K8: Genellikle ileri yaş hastalara baktığımız için birden fazla kronik hastalıklar olabiliyor (HT, DM, Kalp yetmezliği, gibi).
	Şeker	12	K6: HT, DM .
	Akciğer hastalıkları	10	E2: DM, Genel Durum Bozukluğu, Akciğer Hastalıkları (Astm, Bronşit, İşitme ve Görme kaybı gibi) .
	Kardiyovasküler hastalıklar	6	K1: HT, DM, RİTİM Bozukluğu, Kalp Yetmezliği, SVO, Depresyon
	Duyu organları hastalıkları	6	E10: Genellikle yaşlılık döneminde kronik hastaları çok oluyor; DM, HT, Prostat, Beslenme bozukluğu İşitme ve görme bozuklukları, genel durum bozukluğu gibi.
	Kas ve iskelet hastalıkları	5	K7: Yaşlılığa bağlı genellikle düşme Genel Durum Bozukluğu, DM, HT, Kalp Yetmezliği, Kemik Erimesi, Kolesterol, Anemi gibi rahatsızlıklar geçirilmiş serebral öyküsü.
	Sindirim sistemi hastalıkları	4	E5: DM, HT, Covid dönemi covid19 akciğer enfeksiyonları, Beslenme bozukluğu, genel durum bozukluğu, yutma bozukluğu, aspire etme riski.
	Psikiyatrik nörolojik hastalıklar	4	E8: SVO, DM, HT, KY Depresyon, psikoz,
Başka hastalığı yok/bilmiyorum	1	E7: Baktığım bir hasta yok bilmiyorum.	

Tablo 4.21 incelendiğinde yapılan görüşmelerde Alzheimerlı hastaya bakım veren hemşireler hastanın en az bir tane kronik hastalık tanısının olduğunu ifade etmişlerdir. Bu hastalıkların başında HT, DM, SVO beslenme bozukluğu gelmektedir. Alzheimer hastalığının dışında ek hastalıkların varlığı bakım yükünü artırmaktadır.

Yaptığımız çalışmada ortaya konulan sonuçlarda olduğu gibi literatürde de benzer çalışmalarda aynı bulgulara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğim yaşlı bireylerimizde en sık karşılaşılan sağlık problemleri arasında kalp-damar hastalıkları demans, görme ve işitme problemleri, yatak bası yaraları, akciğer enfeksiyonları, beslenme güçlüğü gelmektedir (Danış 2004). Alzheimerlı bireylerin ölüm nedenleri genellikle akciğer enfeksiyonları yara enfeksiyonları, beslenme problemleri, bası yaraları ve kırıklar gibi sağlık sorunları görülmektedir (Balam Yavuz ve ark. 2009).

4.3.4. Yaşadığınız Bakım Yükü Sonucunda Tanı Konulmuş Bir Hastalığınız Teması

Alzheimer hastasına bakım verme esnasında yaşadığınız bakım yükü sonucu tanı konulmuş bir hastalığınız var mı teması 1 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategoriden 20 hemşire “Hayır yok”, olarak sıralanmıştır. Bu kategori ile ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.22’te verilmiştir.

Tablo 4.22. Yaşadığınız Bakım Yükü Tanı Konulmuş Bir Hastalığınız Var mı?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Bakım Yükü Sonucunda Tanı Konulmuş Bir Hastalık Teması	Yaşadığınız Bakım Yükü Tanı Konulmuş Bir Hastalığınız	20	E4:hayır tanı konulmuş hastalığım yok

Tablo 4.22 incelendiğinde yapılan görüşmelerde Alzheimerlı hastaya bakım veren hemşireler tanı konulmuş bir hastalıklarının olmadığını ifade etmişlerdir.

4.3.5. Hastanın Bakımıyla İlgili Olarak Yaşanan Güçlüklerle Baş Etme Yöntemi Teması

Alzheimer hastasının bakımıyla ilgili yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemi teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategoriden 15 hemşire “sabırlı davranma, empati”, 5 hemşire “psikolojik destek çevreden”, 4 hemşire “manevi destek ve yaklaşım” olarak sıralanmıştır. Bu kategori ile ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.23’de verilmiştir.

Tablo 4.23. Hastanın Bakımıyla İlgili Olarak Yaşanan Güçlüklerle Baş Etme Yöntemi Nelerdir?

Tema	Kategoriler	F	Örnek Görüşler
Hastanın bakımıyla baş etme	Sabırlı davranma, empati yapma, iletişim kurma	15	K7: Hastaya karşı empati kurmaya çalışıyorum, hatta bazen sempati kuruyorum, sakin kalmaya çalışıyorum. Durumu tolere etmeye çalışıyorum. İyi yönde olumlamlar yapmaya çalışıyorum.
	Psikolojik destek	5	E3: Psikolojik destek alıyorum çevremden, sabırlı olmaya çalışıyorum.
	Manevi destek ve	4	K9: Manevi destek ekibiyle iletişim kuruyoruz. Gerektiğinde psikolojik destek alıyoruz.

Tablo 4.23 incelendiğinde Alzheimerlı hastaya bakım sağlayan bireyin yaşadığı durumlar göz önüne alındığında yaşanan sürecin zorluğu ve yıpratıcı süreç olduğu dikkat çekmektedir. Bu yüzden bakım sağlayan bireylere psiko-sosyal destek sağlanmalı, psikolojik ve fizyolojik sağlıkları göz ardı edilmemelidir. Literatürde benzer sonuçlar bulunmuştur. Ayrıca hastalığın bakım verme süresinin giderek artmasından etkilenen bakım veren personeller kurumlarından ve devlet tarafından bakım noktasında desteğe ihtiyaç duymaktadır (Dileköz 2003).

4.3.6. Alzheimer Hastalığında Bakım Verme İle İlgili Ülkemizde Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerisi Teması

Alzheimer hastalığında bakım verme ile ilgili ülkemizde yaşanan sorunlara çözüm önerisi teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 10 hemşire “Alzheimer hastalığı hakkında eğitimler”, 7 hemşire “maddi ve manevi desteklerin artırılması”, 3 hemşire “tanıtım ve reklamlar” olarak sıralanmıştır. Bu kategori ile ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.24’de verilmiştir.

Tablo 4.24. Alzheimer Hastalığında Bakım Verme ile İlgili Ülkemizde Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerisi Nelerdir?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Hastalığında Bakım Verme İle İlgili Ülkemizde Yaşanan Sorunlara Çözüm Teması	Eğitim	10	K8: Eğitimler artırılmalı, Alzheimer ile ilgili torba yasaları çıkarılmalı, kliniklerin açılması, bakım verilerine maddi ve manevi destekler yapılmalı.
	Maddi manevi destek	7	E6: Maddi ve manevi destek hem hastaya hem aile üyelerine kesinlikle sağlanmalı, bakım merkezlerinin sayısı artırılmalı ve farkındalık oluşturulmalı, hastalık hakkında eğitimler verilmeli, toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi sağlanmalı.
	Tanıtım ve reklamlar	3	E10: Görsel medya ile iletişime geçilerek slayt ve küçük tanıtım videoları oluşturmak, eğitimler verilmeli, maddi ve manevi teşvikler yapılmalı.

Tablo 4.24’de yapılan çalışma değerlendirildiğinde katılımcıların benzer cevaplar verdiği gözlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu eğitimlerin artırılması, maddi ve manevi desteklerin artırılması, hastalık hakkında farkındalığın artırılması için sanal ve mevcut kaynaklardan yararlanılması gerektiğini ifade etmiştir. Yaşlı sayısının giderek artmasına bağlı olarak Alzheimer hasta bakımı konusunda profesyonel bakım sağlayan kişilere duyulan ihtiyacın her geçen gün artacağı göz

önünde bulundurulmalı, buna bağlı olarak Alzheimer hastalığının bilincine varılarak sosyal, sağlık ve güvenlik anlamında Alzheimer hastaları ve bakım verenler için yapılan çalışmalar artırılmalıdır. Alzheimer hasta bakımı için; manevi ve maddi destek sağlanmalı, ihtisaslaşmış kurumlar, vasıflı meslek elemanları ve en azından sertifikalı bireylerin sayısı nicel ve nitel olarak arttırılmalıdır.

4.3.7. Alzheimer Hastaları ile Sağlıklı Yaşlılar Aynı Ortamda Bakım Sağlama Teması

Alzheimer hastaları ile sağlıklı yaşlılar aynı ortamda bakım sağlama teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 3 hemşire “bakımın verilebileceğini”, 7 hemşire “sağlıklı yaşlıyı olumsuz etkilemeyecekse verilebileceğini olumsuz etkilerse verilemeyeceğini”, 10 hemşire “sağlıklı yaşlı ile Alzheimer yaşlı aynı ortamda bakım verilemeyeceğini” ifade olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.25’de verilmiştir.

Tablo 4.25. Alzheimer Hastaları ile Sağlıklı Yaşlılar Aynı Ortamda Bakım Verilebilir mi?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Hastaları ile Sağlıklı Yaşlılar Aynı Ortamda Bakım Teması	Bakım verilebilir	3	E7: Verilebilir çünkü psikolojik olarak aşırı etkilemez özellikle aynı evde yaşayan yaşlılar ise ayırmak iyi gelmez, depresyona girebilirler.
	Bakım verilebilir/ olumsuz etkilerse verilemez	7	K7: Bakım verecek kişi yoksa, şartlar elverişli değilse verilebilir, ama sağlıklı yaşlıda olumsuz etkilemiyorsa verilir, olumsuz etkiliyorsa verilmemeli.
	Bakım verilemez	10	E8: Verilmemeli, sağlıklı yaşlının da ihtiyaçları oluyor Alzheimerlı hastanın bakımı sağlanırken sağlıklı yaşlı ihmal edilebilir sağlıklı yaşlının psikolojisi bozulabilir ama aynı yerde değil farklı yerlerde (odalarda) etkilemeyecek şekilde verilebilir. E6: Verilemez fakat ülkemizde ataerkil bir toplum olduğu için genelde anne veya babada bu hastalık görüldüğünde ayrılmıyor.

Tablo 4.25’de elde edilen katılımcıların verileri değerlendirildiğinde Alzheimer hastalarının yaşadığı davranışsal ve psikolojik sorunlardan dolayı bakım veren bireyin sürekli gözetimine ihtiyaç duymaktadır ve bu durum bakım veren için başlı başına stresli bir süreçtir. Bu süreç içinde bakım veren birey sağlıklı yaşlıyı

ihmal edebilir. Katılımcı hemşirelerin çoğunluğunun sağlıklı yaşlıyı olumsuz etkiler düşüncesiyle verilemez dediği tespit edilmiştir.

4.4. Mevcut Bakım Hizmetleri ile İlgili Bilgiler Düzeyi Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.4.1. Alzheimer Hastalarına Verilen Kurum Bakımı Değerlendirilmesi Teması

Alzheimer hastalarına verilen kurum bakımı değerlendirilmesi teması 4 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 1 hemşire “kurum bakımının yeterli”, 7 hemşire “kurum bakımlarının yetersiz olduğunu”, 8 hemşire “kurum bakımlarının kısmen yeterli” 4 hemşire kurum bakımları hakkında bilgisinin olmadığı” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.26’da verilmiştir.

Tablo 4.26. Alzheimer Hastalarına Verilen Kurum Bakımı Yeterli Buluyor musunuz?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Hastalarına Verilen Kurum Bakımı Değerlendirilmesi Teması	Kurum bakımı yeterli	1	E10: Yeterli olduğu kanaatindeyim.(geçmiş yıllardan daha kaliteli sağlık hizmetleri verilmektedir).
	Kurum bakımı yetersiz	7	E6: Hayır, eleman sayısı az yetersiz.
	Kurum bakımı kısmen yeterli	8	E4: Kısmen yeterli, personel sayısı az, destek az o yüzden kısmen.
	Kurum bakımını bilmiyorum	4	K5: Evde baktık kurum bakımı almadık, o yüzden tam olarak bilmiyorum.

Tablo 4.26 incelendiğinde hemşirelerin neredeyse yarısının bu konu hakkında net cevap vermediği görülmüştür. Alzheimerlı hastalara hizmet sağlayan yatılı ve gündüz bakımı veren devlet kurumlarının sayısı sınırlı olduğu fakat Alzheimer yoğun olarak görüldüğü yerlerde birimlerin sayısının yüksek olduğu bilinmektedir. Hasta yakınlarının hastalarını sabah bırakıp akşam alabildikleri Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezleri hastanın bakımı ile ilgilenen bireylere yardımcı olmaktadır. Alzheimerlı birey imkân ölçütünde genellikle servis ile sabah evinden alınıp kuruma bırakılmaktadır. Öğle yemeği, ara öğünü verilen, ilaçları takip edilen, faaliyet artırıcı uğraşlarla ilgilenen hastalar ayrıca bu kurumlara belirli bir ücret ödemektedir(<https://www.alzheimerderneği.org.tr>).Diğer taraftan ülkemizde çeşitli

illerde bu tür hizmetler verilmektedir. Adana, Antalya, Ankara, Bursa, Denizli, Eskişehir, Fethiye, İzmir, Kadıköy, Kayseri, Karabük, Kıbrıs, Konya, Manisa, Marmara, Mersin Samsun, Van şubelerinde gündüz yaşam merkezi faaliyetleri yürütülmektedir ayrıca gün geçtikçe sayıları artmaktadır (<https://www.alzheimerderneği.org.tr>). Katılımcı hemşirelerden yalnızca sadece 1 katılımcı hemşirenin yeterli bulması yapılan çalışmada da dikkatimizi çekmiştir.

4.4.2. Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Veren Bir Merkezde Çalışma Fikri Teması

Alzheimerlı yaşlıya bakım veren bir merkezde çalışma fikri teması 4 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 1 hemşire “kurum bakımının yeterli”, 7 hemşire kurum bakımlarının yetersiz olduğunu”, 8 hemşire “kurum bakımlarının kısmen yeterli”, 4 hemşire “kurum bakımları hakkında bilgisinin olmadığı” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.27’de verilmiştir.

Tablo 4.27. Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Veren Bir Merkezde Çalışma Fikri Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimerlı Yaşlıya Bakım Veren Bir Merkezde Çalışma Fikri Teması	Çalışmak isterdim olabilir	13	K9: Alzheimerlı hasta ile sadece hastane ortamında karşılaştım ve çalışmak isterdim K5: Evet düşünürüm, yaşlıları seviyorum.
	Şu an çalışıyorum	1	K8: Çalışıyorum düşündüm.
	Çalışmak istemezdim	4	E3: Çok çalışabileceğimi düşünmüyorum, çok zor olsa gerek. E1: 30 yaşından sonra düşünebilirim ama şimdi istemezdim. K2: Kesinlikle hayır.
	Belki ilerleyen zamanlarda	2	E2: Şu anki işimden memnunum ama ilerde çalışabilirim ama şimdi istemezdim.

Tablo 4.27 incelendiğinde bakım veren merkezde çalışma fikrine hemşirelerinin çoğunluğunun istekli, katılımcı hemşirelerden bazılarının sadece kısa süreliğine deneyimlemek için, 1 hemşirenin aktif çalışmakta olduğu, katılımcı 4 hemşirenin fiziksel ve psikolojik olarak Alzheimer hastası olan birine bakmanın zorluğu göz önünde bulundurarak cevap verdikleri gözlenmiştir. Yapılan çalışmada daha çok hemşirelerin çalıştığı birimlere kurum tarafından karar verildiği hemşirelerin kendilerine uygun ve bilgi, becerilerinin farkında olarak ve istekleri doğrultusunda birimlerde çalışması katılımcı hemşirelerin iş doyumunu etkilediği

gibi aynı zamanda hizmet alan bakım hastalarını da etkilemektedir. Ayrıca katılımcı hemşireler arasında özellikle katılımcı E10: “Öncelikli olarak bu konuda eğitim almış kişilerin bu merkezde çalışması taraftarıyım ” ifadesi dikkat çekmiştir.

4.4.3. İşyerinde Bakım Sağladığınız Yaşlı Sayısı Durumu Teması

İşyerinde bakım sağladığınız yaşlı sayısı durumu teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 1 hemşire “yaşlı sayısı az”, 18 hemşire “yaşlı sayısının çok”, 1 hemşire “yaşlı sayısının az ya da çok değişkenlik gösterdiği”, olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.28’de verilmiştir.

Tablo 4.28. İşyerinde Bakım Sağladığınız Yaşlı Sayısı Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
İşyerinde bakım sağladığınız yaşlı sayısı teması	Yaşlı sayısı az	1	E7: Cerrahi vakalarda genelde az.
	Yaşlı sayısı çok	18	K9: Çoğunlukla yaşlı hastalara bakıyoruz 10 yataklı yoğun bakımın 9 tanesi yaşlı genellikle çok. E2: Çok fazla yaşlıya bakıyoruz 5 yatağın 3’ ü yaşlı. K4: Çok aşırı çok fazla.
	Yaşlı sayısı değişiyor	1	E4: Genellikle sayı değişiyor hastane içinde rotasyonlu çalışıyorum.

Araştırma sonuçlarına bakılarak ülkemizde yaşlı nüfusunun arttığı Tablo 4.28’deki verilerin de bu durumu desteklediğini görüyoruz. Dünya nüfusun hızla yaşlanmaktadır. Yaşlı sayısındaki artış yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlılıkta görülen çeşitli hastalıklarında sayısında artış yaşanacağı kaçınılmaz bir durumdur. Bu durum kurumlarda hizmet alan yaşlı sayısını da paralel olarak etkilemektedir.

Katılımcı E7 yaşlı sayısını cerrahi vakalarda genelde az olarak ifade etmesinin nedenini genelde cerrahi vakalarda risk yüksekse aile yakınlarının cerrahi operasyonun hayati tehlike riski yüksekse cerrahi işlemlerden kaçındıklarını ifade etmiştir.

4.4.4. Kurumda Psikolojik Destek Personel Teması

Kurumunuzda psikolojik anlamda size destek verecek personel teması 1 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 20 hemşire “kurumda psikolojik destek personeli isterim” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.29’de verilmiştir

Tablo 4.29. Kurumunuzda Psikolojik Anlamda Size Destek Verecek Personel Olmasını İster misiniz?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Kurumda Psikolojik Destek Personel Teması	Destek isterim	20	E3: Kesinlikle hem bize hem de hastalara olmalı. K5: Olursa çok güzel olur.

Yukarıda Tablo 4.29’da görüldüğü üzere katılımcı hemşirelerin hepsi psikolojik destek veren bir personel istediği tespit edilmiştir. Tüm katılımcıların cevapları evet olmuştur. Katılımcılar bakım yüklerinin artıkça tükenmişlik duygularının arttığını psikososyal yönden zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde benzer çalışmalarda da aynı bulgulara ulaşıldığı görülmüştür. Bakım veren hemşirelerin yaşadıkları en büyük psikolojik sorun, iş yükünün fazlalığından hastanın bakımında kendilerini yetersiz ve desteksiz görmeleridir.

Araştırmalar demanslı hastalara bakım sağlayan bireylerde de depresyon ve anksiyete tükenmişlik gibi tanıların yüksek olduğu yönündedir (Sales, 2003).

4.5. Alzheimer Hasta Yakınları ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.5.1. Alzheimer Hasta Yakınları ve İletişim Teması

Alzheimer hasta yakınları ve iletişim teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 12 hemşire “sabırlı ve empati”, 4 hemşire “şefkat ve hassas davranma”, 4 hemşire “sakin ve açıklayıcı iletişim” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.30’da verilmiştir.

Tablo 4.30. Alzheimer Hasta Yakınları Hastalarıyla İletişim Kurarken Nelere Dikkat Etmelidir?

Tema	Kategoriler	F	Örnek Görüşler
Alzheimer Hasta Yakınları ve İletişim Teması	Sabırlı ve empati	12	E6: Empati kurmalılar sabırlı olmalılar ayrıca hastası hakkında bilgi sahibi olmalılar hastalık hakkında bilgileri olması süreci iyi yönetmelerini sağlar. K9: Sürekli unutkanlık ve bakıma ihtiyaç söz konusu olduğundan bol bol sabır göstermeliler empati yapmalılar ayrıca kızarak davranmamalılar.
	Şefkat ve hassas davranma	4	K4: Sabırlı sevgi dolu karşısındakinin hasta olduğunu düşünerek daha dikkatli davranmalılar.
	Sakin ve açıklayıcı iletişim	4	E10: Sakinlerini korumaya çalışmalılar insani davranış sergilemeliler ayrıca iletişimde net olmalılar hastanın anlayabileceği şekilde konuşmalılar.

Ayrıca katılımcı hemşirelerden E8 ve K6 ‘nın açıklayıcı ifadeleri dikkat çekmiştir. E8: ‘Hastaya davranırken hırçın bir çocuğa davranır gibi davranmamalılar sözlerine ve davranışlarına dikkat etmeliler empati ve hoş görülü olmalılar sabırlı olmalılar’ ifadesi dikkat çekmiştir. Katılımcı E8 hemşire uzun yıllardır meslekte çalıştığını hastayla iletişim kurarken bu düşüncesinin iletişimi kolaylaştırdığı ifadesinde bulunmuştur.

K6: “Sevecen yaklaşmalılar stresle baş etme yöntemlerinin eğitimini almalılar maddi ve manevi olarak hastalarını yük olarak görmemeliler hastalara karşı hassas anlayışlı olmalılar karşısındakinin bir birey bir hasta olduğunu isteyerek bu halde olmadığını düşünüp şefkatli yaklaşılmalıdır ayrıca hastalık hakkında kullanılan ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmalılar.” Katılımcı hemşire mesleğini icra ederken hastalarla iletişim kurarken bu kurallara dikkat ediyorum ve çevremde de aynı tavsiyelerde bulunuyorum ifadesinde bulunmuştur.

Tablo 4.30 incelendiğinde katılımcı hemşirelerin çoğu benzer cevapları vermiştir. Özellikle sabır, empati, hoşgörülü davranmanın üzerinde durulmuştur. Katılımcı hemşirelerin genel olarak ifadeleri “iletişim kurarken yüz yüze olmalı basit anlaşılır kısa tek komutlu sözcükler kullanmak dikkatini dağıtacak etmenleri ortadan kaldırmak aynı şeyleri sorduğunda sakin kalabilmek, Alzheimerlı bireyle inatlaşmadan şefkatli anlayışlı iletişim kurmak çok önemlidir” yönünde olmuştur. Ayrıca hasta ile iletişim kurarken zihinsel bozulmalarının yanında konuşma, işitme ve görme bozulmaları da göz önüne alınmalıdır.

4.5.2. Alzheimer Hasta Yakınları Psikolojik Destek Teması

Alzheimer hasta yakınları için psikolojik destek teması 1 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 20 hemşire “psikolojik destek gerekli”, olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.31’de verilmiştir.

Tablo 4.31. Alzheimer Hasta Yakınları İçin Psikolojik Destek Gerekli midir?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Hasta Yakınları Psikolojik Destek Teması	Psikolojik destek gerekli	20	<p>E4: Kesinlikle psikolojik destek gereklidir. Hastaya bakmak zor ama Alzheimerlı hastaya bakmak daha zor.</p> <p>E6: Çünkü bakımı zor hastalar yeri geliyor çocuğunu bile tanımıyorlar, bakıcısı için yıpratıcı oluyor K6: bakım yükü zor hastaya bakmak zor gerekli.</p> <p>K7: Hastanın sürekli yanında olmak gerekiyor bakım verenler sosyal hayattan kısıtlanıyor bu durum kişide olumsuz duyguları artırıp sabrı azaltıyor.</p>

Yukarıda Tablo 4.31’de görüldüğü üzere katılımcı hemşirelerin hepsi psikolojik destek gereklidir ifadesinde bulunmuştur. Hemşirelerin cevapları evet olmuştur. Katılımcıların genel ifadeleri değerlendirildiğinde bakım yükünün artıkça tükenmişlik duygusunun da artış eğiliminde olduğunu hasta yakınlarının hastaya bakım verme konusunda yetersiz kalabileceklerini bu durumda bakım veren de psikososyal yönden zorluklara yol açabileceğini ifade etmişlerdir. Bakım veren kişilerde stres, depresyon yorgunluk karamsarlık tükenmişlik vb. durumlar sıklıkla görüldüğü yapılan araştırmalarda da ortaya konulmaktadır. Bu yüzden bakım verenler psikolojik olarak desteklenmelidir.

4.5.3. Alzheimer Hastaları ve Aile Üyeleri Bakım Teması

Alzheimer hastaları ve aile üyeleri bakım teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 9 hemşire “Tavsiye ederim”, 5 hemşire “Tavsiye etmem”, 6 hemşire “Duruma göre değişir” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.32’de verilmiştir.

Tablo 4.32. Alzheimer Hastalarına Bakım Verecek Hasta Yakınlarının Sırayla Hastaya Bakmalarını mı Tavsiye Edersiniz?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Hastaları ve Aile Üyeleri Bakım Teması	Tavsiye ederim	9	E2: Tek başına sürekli bakmak bakanın psikolojisini bozacağı için, yıpranma riskini azaltır sırayla bakmasını tavsiye ederim. K4: Sırayla tavsiye ederim çünkü bakan kişinin de nefes almaya ihtiyacı var diğer türlü tükeniyor sağlıklı kalmaya ihtiyaç var bakım vermek insanı etkiliyor.
	Tavsiye etmem	5	K1: Tavsiye etmem çünkü uzun süre bakan kişi hastanın ihtiyaçlarını tam olarak bilecektir ve hastada bakım verene alışarak yeni bakan kişi hastayı tanıyana kadar hasta yıpranacaktır. E6: Sırayla tavsiye etmem çünkü yeri değişen hasta daha fazla etkilenip biraz daha agresif tavırlar sergileyebiliyor bakım yapanlar zamanla yıpranıyor yoruluyor bakım verenler hastanın yerini değiştirmeden sırayla bakmaları daha iyi olur yıprandıkları için tabii bu durum bakım verecek bireylerin koşullarına göre değişir.
	Duruma göre değişir	6	K9: Hastada, yer, konum, zaman, kavramları eksik olduğundan sabit bir yakında kalması daha iyi olacaktır ama sırayla bakmak hasta yakınları için daha iyi daha rahatlatıcı olabilir şartlara göre değişir. E1: Eğitimleri varsa şartları uygunsa hasta açısından iyi olursa sırayla bakmalarını tavsiye ederim. Hasta açısından iyi olmayacaksa tavsiye etmem koşullara göre değişir.

Yukarıda tablo 4.32’de görüldüğü üzere hemşirelerin bir kısmı net kesin cevaplar vermediği hastanın ve bakım verenin durumuna göre değişebileceğini, katılımcı hemşirelerin çoğunluğu hasta yakınları açısından bakım yükünün olumsuzluklarına karşı sırayla tavsiye ettiği, bazı hemşirelerin hasta için olumsuz yönde etkileyeceği için tavsiye etmediği elde edilen verilerdir.

Ayrıca katılımcı hemşirelerden K5 ve E8 görüşü dikkat çekmektedir “K5: Hasta kimi isterse bence o kişi bakmalı değil ise hastaya kim iyi bakıyorsa o bakmalı diğer türlü hastaya bakılınca hastanın durumu daha kötüye gidiyor hastanın durumuna göre değişir.” Katılımcı K5 hemşire hastanın kendisinin farkında olduğu dönemlerde tercih yapma durum değerlendirilmesi yapabilecek durumlarda olduğu için böyle düşünmekteyim olarak yanıtlamıştır. E8: Sırayla bakım zor olabilir herkes aynı seviyede bakamaz çünkü özel ilgi gerekiyor kim daha iyi bakıyorsa bakmaya razı ise o baksın bakan üyede desteklesin bakan olmazsa kuruma versinler. Katılımcı E8 kurum bakımını ifade etmesinin nedenini son çare olarak hasta açısından kurum bakımı daha iyi olur bakan olmazsa açıklamasında bulunmuştur.

4.5.4. Alzheimer Hastaları ve Profesyonel Kişi Bakım Teması

Alzheimer hastaları ve profesyonel kişi bakım teması 3 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 7 hemşire “Aile üyeleri baksın”, 10 hemşire “Hem profesyonel hem aile baksın”, 3 hemşire “Profesyoneller baksın” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.33’de verilmiştir

Tablo 4.33. Alzheimer Hastalarına Aile İçi Bireylerin Bakım Vermesini mi Yoksa Bu İşi Profesyonelce Yapan Kişilerin Bakım Vermesini mi Tavsiye Edersiniz Neden?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Hastaları ve Profesyonel Kişi Bakım Teması	Aile üyeleri baksın	7	K1: Ne kadar profesyonelce olsalar da hiç kimse ailesinden birisi gibi iyi bakamaz E2: Aile içi bireylerin sabrı daha yüksek olacağından eğitilmiş aile bireylerin bakmasını tavsiye ederim ama devletin kontrolü olmalı şayet etkin bakım yoksa profesyonel kişilerin profesyonelce bakmalarını tavsiye ederim
	Hem profesyonel hem aile	10	K10: Aile üyelerine profesyonel eğitim verilip aile bakarsa daha iyi olur E2: Aile içi bireylerin sabrı daha yüksek olacağından eğitilmiş aile bireylerin bakmasını tavsiye ederim ama devletin kontrolü olmalı etkin bakım yoksa profesyonel kişilerin profesyonelce bakmalarını tavsiye ederim
	Profesyoneller baksın	3	K7: Bence her ikisi de gerekli profesyonel kişilerin desteği ile daha kaliteli daha sağlıklı ve bilinçli bakım verilebilir bu da yaşlının refahını daha üst seviyeye çıkarır E1: Maddi durumu elveriyorsa profesyonel kişiler baksın E7: Profesyonel bakım kişilerin daha iyi bakım sağlayacağını düşünüyorum E8: Profesyonellerin bakması daha uygun nasıl bakım yapılacağı noktasında daha yetkinler nasıl davranacaklarını bilir.

Ayrıca K8 ve E6 katılımcı hemşirelerin ifadeleri de dikkat çekmiştir.

K8:” İkisinin de yaklaşımları farklı aile bireyleri aktif hayatlarında (çalışma saatleri) profesyonelce bakım veren kişilerin bakmasını isterdim”.

E6: “Yeri değişen hasta daha agresif davranabiliyor aile üyeleri de zamanla yıpranıyorlar aile üyelerini profesyonel bakım verenlerin destek vererek bakmasını tavsiye ederim hastanın yeri değişmeden profesyonel bakım sağlayabilecek bakım elemanlarının bakım vermesi daha güzel olur.”

Yaşlılara aile üyelerinin bakım vermesi iyilik hallerini olumlu yönde katkı sağlasa da zamanla yaşlının bakımının aile içi problemlere neden olduğu

görülmektedir. Hem Alzheimerlı birey hem de bakım veren birey için profesyonel bakımdan destek almak bakım yükünü hafiflettiği yapılan araştırmalarda ifade edilmektedir. Alzheimer Hastalığı, ilerleyen dönemlerinde hastaya, aile üyelerine, bakım veren bireylere ve tüm sosyal çevresini olumsuz etkileyen, sıkıntı veren bir hastalıktır. Bu yüzden hasta tedavisi ve bakımında geniş anlamda çok yönlü, çok etkileşimli ve multidisipliner bakımın ele alınması gerekmektedir. Hatta sağlıklı yaşlarımızın bakımında da gereklidir.

Hemşirelerin profesyonel bakım konusunda çoğunun kanaati Alzheimerlı yaşlı sayısının artmasıyla beraber bakım sağlayan bireylerin belli bir eğitim sürecinden geçmesi gerektiği zaman içinde eksiklikler ve ihtiyaçların tespit edilmesi bu konuda yapılan çalışmaların artması, öneriler olarak ifade edilmiştir. Ayrıca bu konuda toplumumuzun ihtiyacına cevap verebilecek profesyonel meslek elemanları yetiştirmektir ifadelerinde de bulunulmuştur.

4.6. Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi İle Bilgiler Düzeyi Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.6.1. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Teması

Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi teması 2 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategorilerden 12 hemşire “Konya Alzheimer Yaşam Merkezini hakkında bilgisinin olmadığını”, 8 hemşire “Konya Alzheimer Yaşam Merkezi hakkında bilgisinin olduğunu” olarak sıralanmıştır. Bu kategorilerle ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 34’ de verilmiştir.

2016 yılında Konya da Türkiye Alzheimer Derneği Karatay Belediyesi ve Necmettin Erbakan üniversitesi işbirliği ile kurulan Alzheimer gündüz yaşam merkezi hastaların gün içinde bakımıyla ilgilenirken hastaların bakım kalitesini artırırken aynı zamanda psikolojik destek verilen ve bakım yükü azalan yakınlarının da yaşam kalitesi artıran bir merkezdir (www.aa.com.tr/18.02.2020).

Tablo 4.34. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Hakkında Bir Bilginiz Var mı?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Teması	Merkez hakkında bilgim var	8	K8: Alzheimerlı yaşlıların kreşi gibi bir yer olduğunu duydum.
	Merkez hakkında bilgim yok	12	K2: Hayır, duymadım Konya’ımızda böyle bir merkez mi var.

Tablo 4.34 incelendiğinde hemşirelerin çoğunluğunun merkez hakkında bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Ayrıca merkez hakkında bilgim var ifadesinde bulunan hemşirelerin kurum hakkında açıklayıcı net bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir.

Özellikle hemşire K9: Kurum olarak gidip görmedim ama ulaşımda trafikte servis araçlarına denk geliyorum ifadesi araştırmada dikkat çekmiştir. Öte yandan yapılan çalışmada çoğunlukla erkek katılımcı hemşirelerin duymadığı da dikkati çekmektedir.

Ayrıca Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezinde Türkiye de ilk defa NEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Nöroloji Anabilim Dalı'na bağlı Alzheimer hastalığına yönelik yüksek lisans bölümü uygulamalı olarak bugünün ve yarının hastalıkları için çözüm aramadan önemli rol oynamak isteyen yeterliliği yüksek kaliteli bireylerin yetiştirilmesi de amaçlanmaktadır (Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Adını Dünyaya Duyurdu 2016).

4.6.2. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Teması

Konya gündüz yaşam merkezi ziyaret teması 1 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategoride 20 hemşire “gündüz yaşam merkezini ziyaret etmedim” olarak sıralanmıştır. Bu kategori ile ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 4.35 ‘de verilmiştir.

Tablo 4.35. Konya A Gündüz Yaşam Merkezi Yerinde Ziyaret Ettiniz mi, Gözlemleriniz Nelerdir?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Teması	Ziyaret etmedim	20	E1: Hayır ziyaret etmedim K8: Ziyaret etmedim sadece kreş gibi olduğunu duydum faaliyetlerinin

Tablo 4.35’de görüldüğü üzere hemşirelerin gözlem ve ziyaret etme durumunu bulunmadığı tespit edilmiştir.

4.6.3. Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezlerinin Teması

Alzheimer Gündüz yaşam merkezi teması 1 kategoriden oluşmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri görüşlerden oluşturulan bu kategoride 20 hemşire “gündüz yaşam merkezlerinin sayısı artırılmalı” olarak sıralanmıştır. Bu kategori ile ilgili örnek hemşire görüşleri Tablo 36’da verilmiştir.

Alzheimerlı yaşlılara hizmet veren kurum ve kuruluşların nicel olarak sayısının sınırlı olması ve her geçen gün giderek yaşanan ülkemizde ihtiyaca cevap verecek nitelikte olmaması ve zaman içinde daha da ihtiyacın artacağı ön görülmektedir (Alzheimer hastaları için huzur evi yapılması şart 2017). Bu konuya yönelik araştırmalar ve çalışmalar toplumumuzda da önem kazanmaya başlamış yeni projeler ve yeni merkezlerin açılması planlanmaktadır. Aşağıdaki katılımcı hemşirelerin ifadesi bu öngörüü desteklemektedir.

Tablo 4.36. Gündüz Yaşam Merkezlerinin Ülkemizde Sayıları Artmalı mı Neden?

Tema	Kategoriler	f	Örnek Görüşler
Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi Sayısı Teması	Gündüz Yaşam Merkezlerinin ülkemizde sayıları artırılmalı	20	<p>K7: Kesinlikle artırılmalı, çünkü bu hastalık fazlasıyla ülkemizde görülüyor. Aile üyeleri çalışıyor ama kültürümüzde örf adet ve geleneklerden dolayı huzur evine vermek istemiyorlar. Gündüz aktif çalışma hayatına aile üyeleri devam ederken yaşlıya bu tür profesyonel bakım sağlayan kurumların olması toplum için faydalı olur. Sağlıklı birey, sağlıklı toplum demek. Bu da ülkemiz için gelişmişlik refahını gösterir. Umarım bu merkezlerin sayıları artar. Bu merkezlere ulaşım daha kolay olur.</p> <p>K8: Artırılmalı, eğitici aktiviteler yapıyorsa bu kurumlar yaşlı hastaların hastalığının seyri açısından faydalı olduğunu düşünüyorum hatta hasta yakınları içinde faydalı olur bu yüzden sayıları artırılmalı.</p> <p>E4: Kesinlikle artırılmalı hatta her ilde değil, her semtte olmalı, yaşlıların yaşam kalitesi artar, aile üyelerinin üzerindeki bakım yükü azalır böylelikle.</p> <p>E6: Mutlaka artırılmalı çünkü hastanın çocukları bir yere kadar bakabiliyor. Bir zaman sonra bakım yükü ağır gelip tükenmeye bağlı farklı davranışlar sergileyebiliyorlar (sinirlilik, bıkkınlık) özelde bakım veren yerlerin çok pahalı olduğunu duydum. Devlet desteği olarak devlet tarafından böyle merkezin sayıları artırılmalıdır. Böylelikle hastalara daha insancıl bakım sağlanmış olur.</p> <p>K10: Sayıları artırılmalı çünkü yaşlı bir birey olarak bakıma ihtiyaçları artıyor yaşlılarımıza sahip çıkmalıyız. Onlara faydalı olan yerler artırılmalı.</p> <p>K1: Hasta sayıları gün geçtikçe arttığı için bakım veren kurumların kapasitesini zorlamakta o yüzden artmalıdır.</p>

Tablo 4.36’da görüldüğü üzere katılımcı hemşirelerin hepsi hem Alzheimerlı yaşlı bireyler için hem de bakım veren bireylerin bakım yükünü hafifletmek için ve toplum sağlığı ve refahı için merkezlerin artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Bu merkezler, ailesiyle beraber yaşayan Alzheimer hastası yaşlı bireylerin tek başına kalmasında ortaya çıkan riskleri ortadan kaldırarak hastanın güvenliğini sağlar, bireyi çeşitli faaliyetlerle aktif hale getirir. Alzheimer hastası ailesine destek veren kuruluşlardır.



5. TARTIŞMA

Yapılan araştırma için literatür incelemesinde ülkemizde yaşlı bakım alanında ve Alzheimerlı yaşlı bakımında çalışan hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumlarını inceleyen çok fazla araştırma yer almadığı görülmektedir. Alzheimerlı yaşlılara yönelik Konya ilinde kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin tutumunu inceleyen ilk çalışmadır. Benzer mevcut araştırmalar bulunmaktadır. Bu alandaki mevcut çalışmalar çoğunlukla demanslı bireyler, aileleri ve bakım verenlerin yaşadığı problemler ve çözüm önerilerine yöneliktir. Hemşirelik alanı, yaşlılara karşı tutumların önemli olduğu alanlardandır. Bakım kalitesi hemşirelik alanı açısından öncelikli bir konudur. Yaşlılara ve Alzheimerlı bireylere yönelik olumlu tutumlar, hizmet kalitesini artıracak, olumsuz tutumlar ise bu hizmet kalitesinin azalmasına neden olacaktır. Bu nedenle çalışmanın yaşlılık alanında hizmet veren hemşireler üzerinde yapılmış olmasının, Alzheimerlı yaşlıya bakım alanındaki ihtiyaçların belirlenmesi ve hizmetlerin gelişmesine öncülük edeceği açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Alzheimer Hastalığı beyin korteksinin bellek kısmını etkileyen yavaş ilerleyen bir hastalık olmakla beraber ileri yaşın en sık karşılaşılan büyük sağlık sorunlarından biridir. Kognitif fonksiyonlarda bozulma ve değişiklikler ile karakterize olan AH, yaşlılarda demans türleri arasında en yaygın görülen türüdür (Tatar 2002).

Alzheimer hastalığı gibi özellikle yaşlılık döneminde ortaya çıkan hastalıklar gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan Alzheimer hastalığının geri dönüşsüz bir süreç olması, giderek semptomları ağırlaşan bir hastalık olması nedeniyle bu durum hem hastaya hem de bakım verenlere büyük bir yük olmaktadır (Atagün ve ark. 2011).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması büyük ölçüde çalışanlara bağlı olduğundan çalışanları etkileyen faktörlerin farkında olmak ve bu konuda gerekli önlemleri almak gerekmektedir. Yaşlılara sunulacak hizmetlerin kaliteli ve işlevsel olabilmesinin ön koşulu bu hizmetleri sunan personelin konularında uzman olmaları ve bu işi severek, benimseyerek yapmaları ile mümkündür. Bu nedenle insan kaynaklarının seçiminde bu ilkelere bağlı kalınması ve personelin sürekli eğitilerek maddi ve manevi yönden desteklenmesi gerekmektedir (Durgun ve Tümerdem

1999). Bu yüzden bakım verenlerin yükünün azaltılması, hizmet kalitesinin ve yaşlının yaşam kalitesinin artırılması açısından bakım hizmetlerinin çeşitlendirilmesi, tanıtılması ve kapsamının genişletilmesi, evde bakım hizmetlerinin artırılması, yaşlı konutları ve gündüz bakım hizmetinin yaygınlaştırılması önemlidir (Aközer ve ark. 2011).

Sezgin (2007) hemşirelerle gerçekleştirdiği araştırmada eğitim düzeyi arttıkça, iş doyumunun arttığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda bakım verenin bakım konusunda bilgisinin artması ve problemi belirlemesi ve çözüm yolu üretmesinde stresi ve hissedilen bakım yükünü azalttığı belirtilmektedir (Rusinac ve Murphy 1995). Uluslararası Çalışma Örgütü (2001) hemşirelerin çalışma ortamındaki en önemli stres faktörlerinden birinin nöbet usulü çalışma olarak belirtmiştir. Ayrıca Saygılı (2008), hastane çalışanları ile yaptığı araştırmada, meslekte çalışma yılı ilerledikçe çalışma yerinin olumsuz algılandığını ortaya koymuştur.

Gerçekleştiren çalışma sonuçlarına göre, hemşirelerin %50'si kadın ve %50'si erkek hemşireden oluşmaktadır. En yüksek katılımcı yaş oranının % 50 oran ile 25-35 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Hemşirelerin eğitim düzeyi %80 oranla lisans mezunu olduğu görülmektedir. Ayrıca meslekte çalışma yılı katılımcıların %75 oranla 20 yıl aşağısı hemşirelik mesleğini yapmaktadır. Katılımcıların %95 oranında nöbet tuttuğu %5 oranında katılımcının gündüz çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %100 çekirdek ailede yaşamaktadır. Katılımcı hemşirelerin %75'lik kısmı herhangi bir bakım ile ilgili kursa katılmadıkları belirlenmiştir.

Barlas ve Onan (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin hasta ve hastalık ile ilgili süreci ve sorunları bilmeleri bu sorunlara yönelik bilgilerinden yararlanarak bir bakım planı oluşturması önemlidir. Gerçekleştirilen çalışmada özellikle katılımcıların hepsi unutkanlığı ön belirti olarak ifade etmiştir. Alzheimer hastalığı her bireyde farklı ama zamanla aynı semptomlarla ilerleyen bir hastalıktır (Tablo 4.16). Alzheimer hastasının sayısının artmasıyla beraber bakım verenlerin belirli bir eğitim sürecinden geçmesi gerektiği ve bakım veren hemşirelerin hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri oldukça az olduğu belirlenmiştir.

Hastadan ve ailesinden alınan hasta hikâyesi, fizik ve nörolojik muayene nöropsikolojik değerlendirme, görüntüleme teknikleri ve laboratuvar %95 oranında tanı koyabilmek mümkündür (Işık 2010).Çalışma sonuçlarına göre Tablo 4.17 incelendiğinde özellikle katılımcıların çoğunluğu tanı koymada en çok kullanılan yöntemin nörolojik muayene ve hastalık öyküsünü ifade ederken, tahliller ve radyolojik testler ile tanı konulduğunu ifade eden katılımcı hemşirelerde olmuştur. Elde edilen çalışma sonuçlarının benzer çalışma sonuçlarının desteklediği görülmektedir.

Akyar ve Akdemir 2009) gerçekleştirdiği çalışmada; bakım verenlerin hastanın yemek, tuvalet banyo, fiziksel hareket gibi kişisel ihtiyaçların karşılanmasında bir desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir. Özellikle hastalığın farklı dönemlerinde desteğe olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun bakım sürecinde en çok destek ihtiyacının fiziki bakımda, beslenmede ve boşaltımda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca diğer yaşanan güçlük durumlarının; uyku problemleri, aynı soruları tekrar etmek, iletişim problemleri ile ilgili problem olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

“Bakım verdiğiniz hastaların tanı konulmuş başka hastalıkları var mı?” Sorusuna verilen cevaplar Tablo 4.21’de verilmiştir. Alzheimerlı hastaya bakım veren hemşireler hastanın en az bir tane kronik hastalık tanısının olduğunu ifade etmişlerdir. Bu hastalıkların başında HT, DM, SVO beslenme bozukluğu gelmektedir. Alzheimer hastalığının dışında ek hastalıkların varlığı bakım yükünü artırmaktadır. Danış (2004) çalışmasında yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan sağlık problemlerinin kalp-damar hastalıkları demans, görme ve işitme problemleri, yatak bası yaraları, akciğer enfeksiyonları, beslenme güçlüğü olarak ifade etmektedir.

“Hastanın bakımıyla ilgili olarak yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemi nelerdir?” Sorusuna verilen cevaplar Tablo 4.23’de verilmiştir. Cevaplar arasında en çok; Sabırlı davranma, empati yapma, iletişim kurma kullanılmıştır. Psikolojik ve manevi destek diğer verilen cevaplardır. Hastanede belirli aralıklarla yaşlılara bakım veren hemşirelerle toplantılar düzenlenmeli hem kurumdaki bakım noktasında eksiklikler hem de hemşirelerin beklentileri göz önünde bulundurulmalıdır. Böylelikle bakım kalitesi doğrudan etkilenecektir. Njoku (2015) yaptığı çalışmada yaşlı bakımı konusunda yeterli bilgi ve seviyeye sahip olmayan bakım verenlerin,

bakımdan kaynaklanan streslere uzun süre maruz kalırsa merhamet yorgunluğu görülebileceğini belirtmiştir.

“Alzheimer hastaları ile sağlıklı yaşlılar aynı ortamda bakım verilebilir mi?” Sorusuna verilen cevaplar Tablo 4.25’de verilmiştir. Alzheimer hastalarının yaşadığı davranışsal ve psikolojik sorunlardan dolayı bakım veren bireyin sürekli gözetimine ihtiyaç duymaktadır ve bu durum bakım veren için başlı başına stresli bir süreçtir. Bu süreç içinde bakım veren birey sağlıklı yaşlıyı ihmal edebilir. Katılımcı hemşirelerin çoğunluğunun sağlıklı yaşlıyı olumsuz etkiler düşüncesi ile verilemez dediği tespit edilmiştir. Bu nedenle Alzheimerlı hastalar için özellikli birimlerin açılması gerekmektedir. Alzheimer hastaları çoğunlukla diğer yaşlı veya ağır engelli hastalar ile birlikte kalmaktadırlar bu durum sağlıklı yaşlıyı ve bakım veren bireyleri etkilemektedir. Yaşlı bireylere bakım sağlayan kurumlar vardır. Bu kurumlarda Alzheimer hastası yaşlılar genel olarak engelli statüsünde değerlendirilerek engellilere yönelik haklardan yararlanmaktadır. Bu kurumlardan kaç tanesi yaşlılara yönelik ya da kaç kişisi Alzheimerlı yaşlıların ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş bilinmemektedir (Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler 2019).

Tablo 4.27 incelendiğinde bakım veren merkezde çalışma fikrine hemşirelerinin çoğunluğunun istekli, katılımcı hemşirelerden bazılarının sadece kısa süreliğine deneyimlemek için, 1 hemşirenin aktif çalışmakta olduğu, katılımcı 4 hemşirenin fiziksel ve psikolojik olarak Alzheimer hastası olan birine bakmanın zorluğu göz önünde bulundurarak cevap verdikleri gözlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu yaşlıya bakım vermenin zor olduğunu ifade ederken aynı zamanda yaşlıya bakmanın sevmeden yapılacak bir iş olmadığını isteksiz bakım vermenin bakım kalitesini düşürdüğü, hemşirelerin maddi ve manevi destek beklediği ifadeleri sıklıkla kullandığı tespit edilmiştir. Eroğlu’nun (2011), araştırmasında istekli çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin daha az olduğunu ifade etmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alzheimer hastasına bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun; yoğun bakım hemşiresi, palyatif, karmaşık servis, ve nöroloji hemşiresi olduğu sonucuna varıldı.

Hemşirelerin çoğunluğunda hastalığın süreci, belirtisi, tedavisi, hasta ile iletişim gibi konularda aktif bilgilerinin olmadığı sonucuna varıldı. Hemşireler hastalık ile ilgili psikolojik, davranışsal, zihinsel belirtileri bilmeleri, hastalık hakkında bilinçlendirilmesi karşılaştıkları sorunları hazırlıklı olmaları, baş etme yöntemleri geliştirmelerine ve bakım sürecine katkı sağlayacaktır. Bu yüzden eğitici bilgilendirici faaliyetler düzenlenmelidir.

Bakım veren hemşirelerin Alzheimerlı yaşlıya bakım verirken daha çok yoruldukları ve zaman zaman tükendikleri psikolojilerinin kötü yönde etkilendikleri sonucuna varılmıştır. Hemşirelik mesleğinin zorluklarının yanında bakım sağlamanın zorluğu da eklenince zaman içinde hemşirelerin tükenmişlik duygusu yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle hemşirelere devlet tarafından zaman zaman psikolojik olarak desteklenmeleri için eğitim, etkinlik, ödenek vb. çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir.

Yapılan işin fiziksel ve psikolojik zorluğu göz ardı edilmeyerek hemşirelerin almış oldukları maaş ve ücretler desteklenerek arttırılması gerekmektedir sonucuna varılmıştır. Böylelikle hem hemşireler açısından hizmet vermek motivasyonu artıracak hem de yaşlılar daha kaliteli bir hizmetten yararlanmış olacaklar.

Bakımı güç olan ya da aile bireyleri tarafından çeşitli sebeplerle bakım verilemeyen Alzheimerlı hastaların gündüzlü ve yatılı kurum bakımı hizmetlerinden yararlanabileceği görüşü yaygınlaştırılmalı, kurum bakımı ve gündüz bakım algısı değiştirilmelidir.

Evde bakım verilen öz bakım gereksinimlerini karşılayamayan Alzheimerlı yaşlı bireyler için hem yaşlının yaşama kalitesini arttırmak hem de bakım verenin bakım yükünü azaltmak için alanda yetişmiş, profesyonel, eğitilmiş meslek elemanlarının sayıları artırılmalıdır. Ayrıca refakat bakımı çalışmaları girişimleri desteklenmeli, kamulaştırılmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

Gündüz yaşam merkezlerinin duyurulabilmesi bu kapsamda televizyon, radyo sanal ortamlarda kamu spotları yaygınlaştırılmalı, kitaplar ve broşürler basılmalı, tüm toplumdaki bireylerin ulaşabilmesi kolaylaştırılmalıdır.

Yapılan çalışma, araştırmacının bakım hizmeti sunan katılımcı hemşirelerle birlikte çalışarak katılımcıları gözleyebilmesi, değerlendirmesi ve en nihayetinde bir çalışma yapmasına olanak sağlamıştır. Araştırma sonucunda derinlemesine görüşmelerle elde edilen verilerin hastane de çalışan hemşirelerin ne tür sorunlarla karşı karşıya kalabileceklerini ve bu problemlere ne tür çözüm önerileri sunabilecekleri konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca Alzheimerlı yaşlıya bakım veren gündüz merkezlerinin önemine vurgu yaparak yapılacak çalışmalara önemli katkılar sağlayacaktır.

Öneriler

Çalışma daha fazla katılımcı hemşire içeren sadece Alzheimerlı hastalara bakım veren bir örneklem grubuyla yapılabilir.

Çalışma Alzheimerlı yaşlılara bakım veren kurumlarda çalışan hemşirelerin iş doyumuna yönelik yapılabilir.

Çalışma Alzheimer hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştığı güçlüklerle kurumların ve politikacıların geliştirmiş olduğu çözüm önerilerinin yeterliliğine yönelik yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

- Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Yaşlanma Özel İhtisas Raporu, 2014.
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015. London: Alzheimer's Disease International; 2015
- Kulaksızoğlu, I.B. (2017) <http://www.milliyet.com.tr/turkiye-de-yaklasik-600-binalzheimer-istanbul-yerelhaber-2288873/> 31 Ekim 2020
- Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K. and Arrighi HM. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 2007; 3(3): 186-91.
- Taneli B. ve Taneli Y. Yaşlı Dostu Kentlerin Sağlıklı Yaşlılar ve Alzheimer Hastaları İçin Önemi. *Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, 2015, Ankara, s: 30-51.
- Tatar M. Geriatri Merkezlerinin Örgütlenmesi, Geriatri. Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş., 2002, s: 281-7.
- Gözüm S, Tan M. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. *Geriatri*, 2003; 6(1): 14-21.
- Dozois E. Ageism: A review of the literature. Calgary Health Region, Healthy Aging Committee. Word on the Street Consulting Ltd., 2006, Calgary, Alberta, p: 1-29.
- Akdemir N, Çınar Fİ. ve Görgülü Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2007; 10 (4): 215-22.
- Aşiret GD ve Kapucu S. Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015; 60-8.
- Kalınkara V, Tezel E. ve Zorlu, T. Gero(n)teknoloji: Yaşlı ve Teknoloji, Yaşlılık; Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler 2. Nobel Yayıncılık, 2016, Ankara, s: 509- 40.
- Hablemitoğlu Ş. ve Özmete E. Yaşlı Refahı: Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet. Kilit Yayınları, 2010, Ankara, s: 89-98
- Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, 2005, Ankara.
- Akçay C. Yaşlılık, Kavramlar ve Kuramlar. Kriter Yayınevi, 2011, İstanbul
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2013-2014 Raporu
- Kalınkara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. Nobel Yayıncılık, 2016, Ankara
- Tümerdem Y. Gerçek Yaş (Real Age). *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006; 9(3): 195.
- Kalınkara V. Dünya'da demografik değişim dinamikleri: yaşlı nüfus artışının yaratacağı toplumsal ve ekonomik sorunlar. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 7-8 Mayıs 2009, Sivas, s: 163-71.
- Yapıcıoğlu A. Modernleşme süreci ve yaşlılık: iki yerleşim yerinde modernitenin yaşlılığa etkileri. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2009 (Tez Danışmanı: Prof.Dr.Nurgün Oktik).
- <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/konyadaki-alzaymir-merkezi-dunyaya-ornek-gosterildi/1678068> (01.04..2022).
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2021-45635> (18 Mart 2022).
- Öztop H, Şener A. ve Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008; 1: 39-49.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M ve Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2011; 3(3): 513-52.
- Çapan BE. Yaşlı ile birlikte yaşamak: Stres ve başa çıkma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2016; 9(2): 33-47.
- Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, 2005, Ankara.

- Baran AG. Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması: Ankara Örneği. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları, 2005, Ankara.
- Danış, M. Z. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri. Sosyal Hizmet Dizisi I, Güç-Vak Yayınları, 2004, Ankara.
- Sütçü, S. Hastanelerin evde bakım-evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Veli Duyan).
- <https://www.aile.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9F1%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>(30.03.22)
- Aközler M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. Aile ve Toplum, 2011; 7(27).
- Aşiret GD ve Kapucu S. Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama terapisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 60-8.
- Türkan M. ve Sezer S. Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017; 4(4): 35- 57.
- Kurt, G. Türkiye'de yaşlılık olgusuna sosyolojik bir bakış: Sivas il örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Metin Erol).
- Akın G. Gerontoloji Yönüyle Yaşlılık. Palme Yayıncılık, 2006, Ankara.
- Kulaksızoğlu IB. Alzheimerlı hastalarda görülen psikiyatrik ve davranışsal sorunlar. Türkiye Klinikleri Nöroloji Özel Dergisi, 2009; 2(1): 36-44.
- Karakaş A ve Durmaz H. (2017). Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral. Kocatepe Tıp Dergisi , 2017; 18 (1): 32-6 .
- Atchley RC. The Sociology of Retirement. 1976, New York.
- Atay H. Eyvah! Annem Alzheimer. Hatipoğlu Yayınları, 2014, Ankara, s: 75.
- Aydın, E. Türkiye genel nüfusunda alzheimer hastalığına yönelik bilgi ve farkındalık düzeyleri. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen Ünsalver).
- Kumral E. Demans (Bunama), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Kitapları Sağlık Serisi, İzmir, 2015, s.92
- Alzheimer's Association. 2017 alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement, 2017;13: 325-73
- Tezer İ, Erdem S, Topçuoğlu E. ve Topçuoğlu AM. (2007). Sık Rastlanan Nörolojik Sorunlar. İçinde: Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, 2007, Ankara, s: 67-75.
- Petersen R. Mayo Clinic Alzheimer Hastalığı, Bellek Kaybı, Yaşlanma, Araştırma, Tedavi ve Hasta Bakımı Konusundaki Sorunların Cevapları, çev. Bingöl A. Güneş Tıp Kitapevi, 2004, Ankara.
- Emre M. 99 Soruda Alzheimer Parkinson. İş Bankası Yayınları, 2006, İstanbul
- <https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/demans/> (18 Ekim 2020).
- Selekler K. Alois alzheimer ve alzheimer hastalığı. Türk Geriatri Dergisi, 2010; 13 (3): 9-14.
- Çağlar T. Yaşlıya Bakım Verenlerle Çalışma. İçinde: Yaşlılık ve Sosyal Hizmet. Ed: Yanardağ U. ve Zubaroğlu YM. Nika Yayınevi, 2019, Ankara.
- WHO (World Health Organization). Dementia Key Facts. Retrieved from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/dementia> (21 Eylül 2021).
- Keleş E ve Özalevli S. Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2018; 3(2): 39-42.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV-TR), çev. Köroğlu, E., Hekimler yayın Birliği, 2001, Ankara.

- James IA. and Jackman L. Understanding behaviour in dementia that challenges: A guide to assessment and treatment: Jessica Kingsley Publishers. Journal of World Health & Societal Politics, 2017; 2(1):1-13.
- Öztürk O (1994). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 371-92.
- Kum N. Organik Ruhsal Bozukluklar, Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1996, İstanbul, s: 67-81.
- Gilleard CJ (2000). Is alzheimer's disease preventable? A review of two decades of epidemiological research. Aging & Mental Health 4(2): 101- 18.
- Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastaların bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009; 16(3): 32-49.
- Dileköz A. Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması. Ankara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2003 (Tez Danışmanı:Prof.Dr.Engin Turan).
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227\(20.04.21\)](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227(20.04.21)).
- Soner S. ve Aykut S. Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017; 3 (2): 375-87.
- Öztürk M. ve Şahbudak E. Akademisyenlikte iş doyumunu. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2015; 8(40): 494-01.
- Yazıcı G. ve Şahin H. Alzheimer hastalığı. Klinik Gelişim Dergisi, 2012; 2(3): 48-53.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Demans Bakım Modeli Raporu. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017, Ankara.
- Gürvit H, Emre M, Tımaz T, Bilgiç B, Hanağası H, Şahin H, Gürol E, Kvaloy JT and Harmancı H. The Prevalance of Dementia in an Urban Turkish Population. Am J Alzheimer's Dis. 2008; 23(1): 67- 76.
- Güngör, D.C.Konya il merkezinde alzheimer hastalığının prevalansı. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, 2017 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Figen Güney).
- Barlas GÜ, Onan N. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008;11(4): 105-11.
- Bendlin BB, Carlsson CM, Gleason CE, Johnson SC, Sodhi A, Gallagher CL, et al. Midlife predictors of alzheimer's disease. Maturitas, 2010; 65(2): 131-7.
- Barbara J. Grabher Journal of Nuclear Medicine Technology December 2018, 46 (4) 335-340; DOI: <https://doi.org/10.2967/jnmt.118.218057>
- WEB_5: Cankurtaran M, Arıoğul S. Demans ve alzheimer hastalığı. http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110113040255demans_alzheimer.pdf.
- Van der Linden M, Juillerat Van der Linden AC. A life-course and multifactorial approach to Alzheimer's disease: Implications for research, clinical assessment and intervention practices. Dementia, 2018; 17 (7): 880-95.
- Isik AT. Late onset alzheimer's disease in older people. Clinical interventions in aging, 2010; 5: 307.
- Çınar N. Alzheimer hastalığında epidemiyoloji ve klinik bulgular. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics 2012;5(3): s:1-6.
- Hanağası H.Demans kavramı ve hastaya yaklaşım Klinik Gelişim 2010;10(1):44-7.
- Baysal AY. ve Yeşilbudak Z. Alzheimer hastalığının klinik bulguları. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi, 2003; 1(1): 1-5.
- Caselli RJ and Reiman EM. Characterizing the preclinical stages of Alzheimer's disease and the prospect of presymptomatic intervention. Journal of Alzheimer's Disease, 2013; 33(1): 405-16.
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-

- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. 2013; 11(1): 96-106.
- Galvin, J. E., Powlishta, K. K., Wilkins, K., McKeel, D. W., Xiong, C., Grant, E., Morris, J. C. Predictors of preclinical Alzheimer disease and dementia: a clinicopathologic study. Archives of neurology, 2005; 62(5), 758-65.
- Tarawneh R. and Holtzman DM. Semptomatik Alzheimer hastalığı ve hafif bilişsel bozulmanın klinik sorunu. Cold Spring Harb Perspect Med, 2012; (5).
- Yılmaz A. ve Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baştme yolları. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2007; 27: 445-54.
- Kulaksızoğlu IB. Unutmak bir hastalık belirtisi olabilir. Popüler Psikiyatri 2007; (39): 11-2.
- Cankurtaran M, Arıoğul S. (2004). Alzheimer hastalığı ve vasküler demansta risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2004 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Servet Arıoğul).
- WEB_4: Alzheimer tipi demans hastalar ve aile bireyleri için bilgiler Isabel Flamme Klinik ve sağlık psikoloğu <http://www.demenzinfo.at/assets/DKW-Allgemein/Downloads/Demenzinfo-Turkisch/02- Alzheimer-tipi-demans.pdf>.
- Kesken S. Alzheimer hastalığı. SSK Tepecik Hastanesi Dergisi, 1995; 5 (1): 11-20.
- İnce A. ADCS-ADL ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirliği. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa, 2008 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hatice Mavioğlu).
- Geldmacher GS. Differential diagnosis of dementia syndromes. Geriatric Medicine, 2004;20(1): 27-43.
- Zastrow C. Sosyal Hizmete Giriş. Nika Yayınevi, 2013, Ankara.
- Tufan İ. Bakıma Muhtaç Türkiye'de Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı. Koç Üniversitesi Yayınları, 2016, İstanbul.
- Özkay ÜD, Öztürk Y. ve Can ÖD. Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 18(1): 35-42.
- Eker, E. Alzheimer Hastalığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2008, İstanbul.
- Marucci G, Buccioni M, Ben DD, Lambertucci C, Volpini R. and Amenta F. Efficacy of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. Neuropharmacology, 2020.
- Lök N, Buldukoğlu K. Demansta bilişsel aktiviteyi artırıcı psikososyal uygulamalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014; 6(3): 210-16.
- Fargo K, Bleiler L. Alzheimer's association report. Alzheimers & Dementia, 2014; 10(2): 47-92
- Goodman CC, Fuller KS. Pathology: İmplications for the Physicaltherapist. St. Louis, MO, 2015, Elsevier Saunders.
- Özdemir L. ve Akdemir N. Hafif alzheimer hastalarına uygulanan çoklu duyuşsal uyarın yönteminin kognitif durum üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 14(2): 1-11.
- Holt F. E., Birks, T. P., Thorgrimsen, L. M., Spector A. E., Wiles A. and Orrell M. Aroma therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003; (3)
- Chen WW, Zhang X, Huang WJ. Role of physical exercise in Alzheimer's disease. Biomedical reports. 2016; 4(4): 403-07.
- Cass SP. Alzheimer's disease and exercise: a literature review. Current sports medicine reports. 2017; 16(1): 19-22.
- Yıldırım A. ve Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınevi, 2005, Ankara.
- Özer S. Demanslı hasta ve bakımı verenlerin yaşam kalitesi. Türk Geriatri Derneği, 2010; 27-35.

- Balam Yavuz ve ark. Alzheimer’li Hastaya Geriatrik Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics. 2009; 2(1): 81-8.
- Sales E. Family Burden and Quality of Life. Qual Life Res. 2003; 2(1): 33- 41.
- <https://www.alzheimerderneği.org.tr/2020/08/14/2050-yilinda-hasta-sayisinin-150-milyonulasmasi-bekleniyor/>
- <https://karatay.bel.tr/haberdetay/3437/alzheimer-gunduz-yasam-merkezi-adini-dunyaya-duyurdu>
(20.09.2021)
- <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/konyadaki-alzaymir-merkezi-dunyaya-ornek-gosterildi/1678068>
(10.12.2019)
- Durgun B. ve Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Turkish Journal of Geriatrics, 1999; 2(3): 115-20.
- Sezgin B. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Rusinac RL, Murphy JF (1995) Elderly spousal caregivers: knowledge of cancer care, perceptions of preparedness and coping strategies. Journal of Gerontological Nursing, 21(3):33- 41.
- Uluslararası Çalışma Örgütü 2001 Raporu.
- Saygılı M. (2008). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Isik AT. Late onset alzheimer’s disease in older people. Clinical interventions in aging, 2010; 5: 307.
- Njoku, G.U. (2015). The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level. Walden University, College of Health Sciences, Doctoral Study
- Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler 2019
- Eroğlu, Erhan, (2011). İletişimci Liderlik, Editör: Enderhan Karakoç, Sebat Ofset Matbaacılık, Birinci Basım, s.69, Konya.

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hatice
Soyadı	Karakuşak
Doğum yeri	
Doğum tarihi	
E mail	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Atatürk Üniversitesi/Sosyal Hizmet	2022
Lisans	Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz SYO/Hemşirelik	2014
Ön Lisans	Atatürk Üniversitesi/Çocuk Gelişimi	2020

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Hemşire	Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi	2022- halen
Hemşire	Konya Numune Hastanesi	2018-2022
Meslek dersi öğretmeni	Özel Farabi Sağlık Lisesi	2015-2018
Hemşire	Özel Kızılay Hastanesi	2014-2014

Yabancı Dil : İngilizce

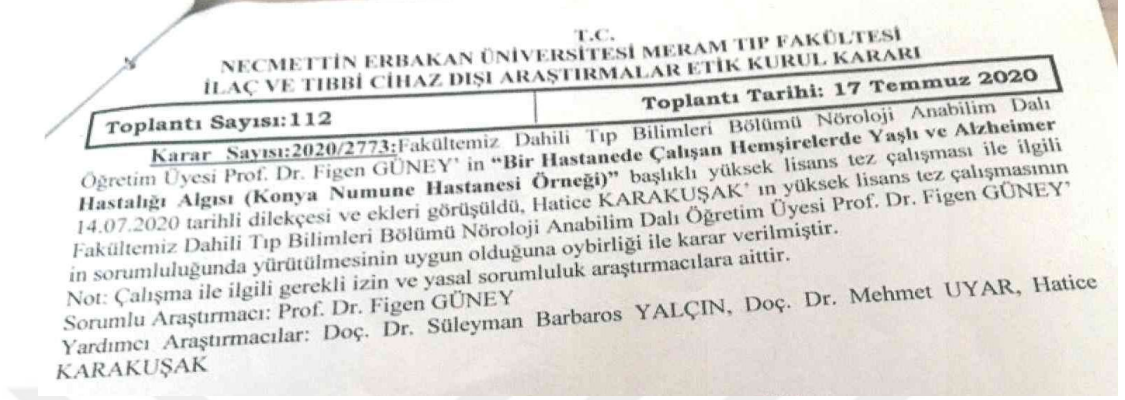
Yayınları/Tebliğleri/Sertifikaları/Ödülleri

* Yüksek lisans veya doktora tezinden üretilen yayınlar için parantez içinde (yüksek lisans tezinden yapılmıştır) veya (doktora tezinden yapılmıştır) şeklinde açıkça belirtilmelidir.

Özel İlgi Alanları: Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı

9. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



EK-2: KONYA NUMUNE HASTANESİ ÇALIŞMA İZİN BELGESİ



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ



Sayı : 86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri

Sayın Hatice Karabacak.....

İlgi : 30/10/2020 tarihli dilekçeniz

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.

EK-3: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın katılımcı, Necmettin Erbakan Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenciyim. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı Algısı (Konya Numune hastanesi Örneği) hakkında nitel bir araştırma gerçekleştiriyorum. Bu araştırma için gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamında sizinle yaklaşık bir saat sürecek bir görüşme yapacağız. Görüşmede özel sorular (politik görüş, cinsel yönelim, din vb.) sorulmayacaktır. Cevaplamak istemeyeceğiniz, özel olduğunu düşündüğünüz sorular olursa cevap vermeyebilirsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Bu durum size hiçbir sorumluluk getirmeyecektir. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmanın tüm süreçlerinde kişisel bilgileriniz ihtimamla korunacaktır. Görüşme anında konuşulanların not alınması zor olduğu için izin verdiğiniz takdirde ses kayıt cihazı kullanacaktır. Görüşmeler çözümlendikten sonra görüşme metninizi okumanız ve onaylamanız için size verilecektir. Metin üzerinde ekleme, çıkartma ve düzeltme yapabilirsiniz. Bu gönüllü katılım formunu imzalamadan önce veya daha sonra aklınıza gelebilecek olan soruları istediğiniz zaman bize sorabilirsiniz.

Katılımcının Adı, Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmanın yürütücüsü Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

EK-4: GÖRÜŞME FORMU

Doğum tarihiniz kaçtır?

Cinsiyetiniz nedir?

Eğitim durumunuz nedir?

Aile tipiniz nedir?

Şimdiye kadar 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşadınız mı yaşıyor musunuz?

Çalıştığınız kurum neresidir?

Çalıştığınız servis nedir?

Çalışma şekliniz nedir?

Meslekte toplam çalışma süreniz kaç yıldır?

İşinizden memnun musunuz?

Yaşlılığı Nasıl Bir Dönem Olarak Tanımlarsınız?

İleride Alzheimer Hastası Olmaktan Korkuyor musunuz?

İlaç kullanmasını gerektiren unutkanlık hastalığı olan tanıdığınız var mı? Varsa yakınlık derecesi?

Bakım verme ile ilgili bir kursa katıldınız mı?

Hastalıkla ilgili bilgi düzeyini ölçme soruları:

Alzheimer Hastalığı hakkında ne düşünüyorsunuz, hastalık hakkında bildikleriniz neler?

Alzheimer Hastalığı belirtileri nelerdir?

Alzheimer Hastalığı tanısı nasıl konulur?

Alzheimer'dan korunmak mümkün mü? Korunmak mümkün ise neler yapılabilir?

Alzheimer hastalığından korunmak mümkün değilse neden?

Alzheimer hastasına bakım veriyor iseniz:

Alzheimer hastasına bakım sağlarken karşılaştığınız zorluklar nelerdir?

Alzheimer hastasına tek başına mı bakım veriyorsunuz?

Bakım verdiğiniz hastaların tanı konulmuş başka hastalıkları var mı?

Yaşadığınız bakım yükü sonucunda tanı konulmuş bir hastalığınız var mı?

Hastanın bakımıyla ilgili olarak yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemleriniz nelerdir?

Alzheimer hastalığında bakım verme ile ilgili ülkemizde yaşanan/yaşadığı sorunlara çözüm önerileriniz nelerdir?

Alzheimer hastalarına sağlıklı yaşlılarla aynı ortamda bakım verilebilir mi,

Verilebilirse neden?

Verilemezse neden?

Mevcut kurum bakımı ve sağlık hizmetlerinin yeterli olup olmadığını ölçen sorular:

Alzheimer hastalarına verilen kurum bakımını yeterli buluyor musunuz?

Alzheimerlı yaşlıya bakım veren bir merkezde çalışma fikri hakkında ne düşünüyorsunuz?

İş yerinde bakım sağladığınız yaşlı sayısı (az ya da çok olduğu) hakkında ne düşünüyorsunuz?

Kurumunuzda psikolojik anlamda size destek verecek bir personelin olmasını ister misiniz?

Alzheimerlı Hasta Yakınları ile ilgili sorular:

Alzheimer hasta yakınları, hastalarıyla iletişim kurarken nelere dikkat etmelidir?

Alzheimerlı hasta yakınları için psikolojik destek gerekli midir?

Alzheimer hastalarına bakım verecek hasta yakınlarının sırayla hastaya bakmalarını tavsiye eder misiniz, Tavsiye ederseniz neden? Tavsiye etmezseniz neden?

Alzheimer hastalarına aile içi bireylerin bakım vermesini mi yoksa bu işi profesyonelce yapan kişilerin bakım vermesini mi tavsiye edersiniz, neden?

Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi ile ilgili sorular:

Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi hakkında bir bilginiz var mı?

Gidip bu merkezi yerinde ziyaret ettiniz mi, gözlemleriniz nelerdir?

Bu merkezlerin ülkemizde sayıları artmalı mı, neden?